

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.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Continuous pagination. |

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.) — M. LARAMÉE.

De l'Ascite.

(Leçon recueillie par le Dr. O. R. DE COTRET.)

Messieurs,

Au No. 6 de la salle Saint-Joseph, vous avez remarqué un malade présentant les signes d'un ascite.

Cet homme, âgé de trente-six ans, était cuisinier à bord d'un paquebot transatlantique, et depuis plusieurs mois son appétit et sa digestion étaient en baisse ; il constata en même temps une diminution de vigueur et un amaigrissement graduel. Enfin, le développement de l'abdomen se mettant de la partie, ce malade demanda son entrée à l'hôpital il y a six semaines. De plus, il confesse avoir fait usage des alcooliques chaque fois qu'il en avait eu l'occasion. Je vous prie, messieurs, de prendre note de ce dernier aveu, et je vous dirai, en passant, de graver dans votre esprit que l'observation est la probité du médecin, comme le dessin est la probité de l'artiste. Cette confession du malade vous autorise, en quelque sorte, à vous le représenter comme étant en candidature à la sclérose du foie, vu que cette maladie, cause très commune de l'ascite, se retrouve chez l'alcoolique.

Je profite de ce sujet pour signaler à votre attention les signes prédominants, la marche et la terminaison de l'ascite suivant la cause qui la détermine. Cherchons d'abord à établir si le cas qui nous occupe se rattache à une cirrhose du foie ou si nous avons à traiter simplement une hydropisie essentielle ? Les antécédents du malade, c'est-à-dire ses habitudes alcooliques, ses troubles digestifs, son dégoût pour les aliments, la diminution de ses forces, son amaigrissement graduel, l'épanchement péritonéal se forment avec plus ou moins de lenteur. La percussion permet la constatation de l'atrophie du foie. Quant à l'accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine, elle est bien nettement démontrée par la percussion qui fait entendre une matité dans les flancs quand le

malade est sur le dos, et à la région inférieure de l'abdomen dans la position verticale; on distingue donc un son mat dans tous les points occupés par le liquide. À la région supérieure de l'abdomen on entend une sonorité bien distincte en raison des intestins qui surnagent au-dessus de l'épanchement. Nous n'avons trouvé aucun indice de tumeur de la rate. Nous n'avons donc aucun doute sur l'existence de l'ascite, et de plus il nous est permis, grâce aux antécédents de ce malade, de conclure qu'il souffre en réalité d'une ascite liée à une sclérose du foie.

Il nous reste à vous dire quelques mots sur l'hydropisie idiopathique. Cette forme d'ascite a été niée pendant longtemps, mais elle est aujourd'hui acceptée. Elle se développe chez des sujets jeunes, robustes, sous l'influence d'un refroidissement soudain. Remarquez que le sujet étant en sueurs plus ou moins abondantes, il y a suppression brusque de la transpiration à la suite de l'ingestion d'une boisson froide ou glacée, et le refroidissement atteignant le réseau muqueux de la surface gastro-intestinale, le réseau sous-séreux se fluxionne et détermine l'ascite. Tandis que le refroidissement portant sur la peau comme après une immersion dans l'eau froide, c'est le réseau sous-cutané qui est en jeu et une anasarque a lieu. Souvent, dans ce dernier cas, il y a albuminurie abondante. Le pronostic de cette ascite à frigore n'est généralement pas grave.

Traitement de l'ascite : Je dois vous avouer que le traitement curatif de la sclérose du foie est nul, et le médecin est réduit à combattre les symptômes principaux de l'affection, dont l'ascite est à coup sûr le plus important.

Il est opportun de recourir, soit aux diurétiques, soit aux purgatifs drastiques.

La formule suivante trouve bien sa place dans ce cas pour obtenir une action sur les reins :

R.—Tr. digitalis.....	z̄iiss.
Pot. iodid.....	z̄ii.
Tr. opii co.....	z̄ss.
Syr. pruni virgin.....	z̄iii.
Syr. scillæ.....	z̄i.

M.—Une cuillerée à thé toutes les 4 heures.

Les pilules suivantes, comme diurétique et drastique, méritent d'être signalées :

R.—Pulv. scillæ.....	} ŷi.
“ scammonii.....	
“ digit.....	

M.—Divisez en 60 pilules.

Ces médicaments, de même que la plupart des diurétiques ou purgatifs drastiques, agissent efficacement, très efficacement

même, dans l'ascite à frigore, mais dans l'ascite liée à l'atrophie vulgaire du foie, l'on doit recourir à la ponction, au moyen d'un trocart de petite dimension afin d'éviter la syncope résultant d'un écoulement trop rapide du liquide. Cette ponction doit se faire sur un point entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, ou sur la *ligne blanche*, à deux ou trois pouces au-dessous de l'ombilic. Il faut avoir la précaution de se servir d'un trocart bien nettoyé, passé au bichlorure ou à l'eau phéniquée ou simplement nettoyé à l'eau bouillante. Avec ces précautions, on évite *sûrement* des accidents consécutifs tels que péritonite, érysipèle. Chez le sujet de cette leçon, les diurétiques n'ont naturellement procuré aucun résultat satisfaisant, mais la paracentèse abdominale pratiquée à deux reprises, à un intervalle de vingt jours, a soulagé le malade promptement. Mais le pronostic reste toujours sombre, et il est très probable qu'avant longtemps il faudra répéter l'opération.

La ponction, dans l'ascite primitive ou idiopathique, pratiquée en temps convenable, donne d'excellents résultats; mais le plus ordinairement le traitement médical fait justice de la maladie.

De la pathogénie de la migraine,

par C. LAVIOLETTE, M.D.

Membre de la Société française de Laryngologie et d'Otologie de Paris.

Depuis Hippocrate, les théories les plus variées se sont succédées sur la pathogénie de la migraine sans arriver à un résultat satisfaisant, et aujourd'hui deux d'entre elles restent en présence: pour les uns, il s'agit d'une névralgie du trijumeau, pour les autres d'une affection du grand sympathique.

Après la lecture de toutes ces théories et de leurs arguments, on arrive à cette conclusion, que le trijumeau et le grand sympathique sont atteints dans la migraine, et que la douleur appartient au premier et les troubles vaso-moteurs au second.

C'est là l'opinion des derniers auteurs qui ont écrit sur cette question.

Grasset, dans son traité des maladies nerveuses, dit: "la migraine est une névrose douloureuse du trijumeau, ayant sa physionomie propre et distincte de la névralgie courante, s'accompagnant de troubles du côté du sympathique et du pneumogastrique."

Thomas, après avoir analysé toutes les théories émises sur la migraine, en vient à la conclusion suivante : " les probabilités sont en faveur d'une névralgie siégeant primitivement sur un rameau déterminé du trijumeau : l'irritation se propage ultérieurement aux fibres du grand sympathique et peut-être à la substance cérébrale."

Le trijumeau et le sympathique sont donc atteints. Eh bien ! l'irritation de la muqueuse nasale agit par voie réflexe sur ces deux nerfs. En effet, les faits de névralgie du trijumeau sous la dépendance d'une irritation de la membrane pituitaire ne nous manquent pas, et je puis en citer un dont j'ai été non seulement le témoin mais aussi l'auteur. Le 8 du mois dernier, le professeur Frankel, à la clinique duquel je travaille, me confie un patient américain qu'il ne pouvait comprendre.

A l'examen des fosses nasales je constate une assez forte hypertrophie des cornets des deux côtés. Je fais de légères cautérisations au galvano-cautère. Le lendemain, il revient à la clinique, se plaignant d'une douleur très vive dans la région du nerf frontal, avec point douloureux à la partie interne du rebord orbitaire droit. Il ne peut ni fermer ni ouvrir la paupière à cause de la douleur ; le malade souffre beaucoup. Je badigeonne la narine droite avec une solution de cocaïne au 20ième, instantanément la douleur disparaît. Le 16, ce patient est revenu à la clinique pour une légère laryngite catarrhale et m'a dit que la douleur n'était pas revenue depuis.

Un second fait m'a été communiqué par un compatriote, le Dr. K..., en ce moment à Berlin.

Souffrant d'une attaque de coryza, il aspire par la narine droite une solution un peu forte de borate de soude. Instantanément il est pris d'une douleur très vive, localisée à la région sus-orbitaire et à la région occipitale droite, douleur qui persiste quelques instants et disparaît.

De plus, les recherches de F. Franck sur les réflexes d'origine nasale ont montré qu'en irritant cette muqueuse, on obtient chez les animaux la vaso-dilatation de la tête seulement et la vaso-constriction partout ailleurs, aussi bien à la périphérie qu'à la profondeur.

Ce sont les troubles que l'on observe le plus habituellement dans la migraine. On voit, en effet, une vaso-constriction de tout le corps se manifester par de petits frissonnements, par du froid aux pieds et aux mains. Le plus souvent aussi la tête devient lourde et la face rougit.

Tous les phénomènes objectifs ont donc été reproduits par l'expérimentation ; il est impossible de savoir si les animaux en expérience souffraient de la tête, mais les faits que j'ai signalés plus haut nous montrent des névralgies du trijumeau sous la dépendance d'une irritation nasale.

Si nous consultons les auteurs qui ont écrit sur la migraine, tels que : Vepfer, Tissot, Sarda, Thomas et Grasset, etc., nous voyons dans leurs observations beaucoup de faits qui nous autorisent à conclure : une affection nasale concomitante (polypes, hypertrophie des cornets.)

Beaucoup de médecins ont constaté et peuvent constater tous les jours que la migraine précède ou accompagne l'asthme; s'il est une névrose d'origine nasale bien reconnue, n'est-ce pas cette dernière ?

Le rhumatisme et l'herpétisme ont été incriminés par tous les auteurs comme cause de la migraine; eh bien, n'est-ce pas un fait d'observation courante que le catarrhe naso-pharyngien accompagne constamment ces diathèses.

Les causes de l'accès de migraine sont souvent les mêmes que celles qui agissent habituellement sur la muqueuse des fosses nasales (coryza, changement de temps, froid aux pieds, etc.)

Depuis plusieurs mois, dans toutes les cliniques que j'ai fréquentées, tant en France qu'en Autriche et en Allemagne, j'ai demandé à beaucoup de malades affectés du côté des fosses nasales, s'ils sont sujets à la migraine; la réponse a été affirmative dans une moyenne de 75 à 80 pour cent. J'ai fait la contre-preuve et parmi les personnes ayant les fosses nasales saines, j'ai trouvé très peu de migraines.

Beaucoup de migraines ayant résisté à tous les autres traitements ont disparu sous le traitement d'affections des fosses nasales, telles que coryza, polypes, hypertrophie des cornets, etc.

Loin de moi, cependant, la pensée d'affirmer que toute migraine est d'origine nasale : mais je pense, avec beaucoup d'autres, que c'est souvent le cas.

Comme conclusion, je crois qu'il est nécessaire chez toutes les personnes sujettes aux maux de tête, de faire l'examen des fosses nasales. Même lorsque cet examen ne révèle aucune affection, le professeur Fauvel conseille de s'informer si, pendant les accès, les malades ne sont pas gênés pour respirer, s'ils n'éternuent pas, etc.

Si, au contraire, il existe une affection quelconque des fosses nasales, il faut traiter cette affection par les moyens appropriés, et l'on verra dans la plupart des cas la migraine disparaître.

Berlin, 21 juillet 1890.

— Dans la rougeole, l'éruption (taches rouges, veloutées, irrégulières, à forme de morsures de puce) commence par la face, le cou, le tronc et les membres. Dès le début, le catarrhe nasal, oculaire, du larynx, des bronches et quelquefois de l'oreille, est le compagnon inséparable de la rougeole.—Prof. LARAMÉE.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

De l'asthme des foins. Pathogénie et traitement. (1) — Mais ces lésions à elles seules ne sauraient expliquer la production de l'accès, puisqu'on les rencontre chez les individus qui ne souffrent pas et n'ont jamais souffert d'asthme des foins. Il faut donc faire intervenir également une excitabilité anormale du système nerveux vaso-moteur, excitabilité qu'on observe surtout chez les individus de la classe aisée qui si souvent sont neurasthéniques.

Mais comment interpréter les cas où l'examen rhinoscopique reste négatif? On ne peut alors qu'invoquer l'état diathésique qui ouvre la porte à la fois aux poussées conjonctives et aux manifestations nerveuses.

En somme, la pathogénie de l'asthme des foins est sans doute complexe. D'une part, une muqueuse présentant des lésions permanentes d'origine et de nature variables ou prédisposée par l'arthritisme aux raptus fluxionnaires; de l'autre, des corps étrangers pénétrant à la faveur de leur ténuité jusque dans les couches profondes de la muqueuse pour y déterminer un état inflammatoire aigu avec ou sans troubles d'irradiation nerveuse, selon le tempérament du sujet, voilà comment on peut concevoir aujourd'hui la pathogénie de l'hay fever; ce qui nous amène à une thérapeutique rationnelle de cette affection.

Autant de théories pathogéniques, autant d'indications qu'on a cherché à remplir par les médications les plus diverses, plus de déceptions que de succès réels et durables: telle était la situation jusque dans ces derniers temps. Les choses ont changé de face, depuis que, le rôle des altérations nasales étant connu, on a eu recours à un traitement local plus ou moins vigoureux.

Dans les cas où il n'existe qu'une simple hyperémie avec irritabilité de la muqueuse, ou même du catarrhe, on possède dans la cocaïne un agent des plus précieux, qu'on l'emploie en instillations ou en badigeonnages. Elle remplit, en effet, ces deux

(1) Fin. Voir livraison de septembre.

indications capitales, d'anémier et d'insensibiliser les tissus avec lesquels elle entre en contact. Mais la cocaïnisation n'est pas sans présenter quelques inconvénients; comme il faut la renouveler fréquemment, on peut être amené, pour obtenir des résultats satisfaisants, à élever singulièrement les doses au préjudice parfois de l'état général; en outre, la cocaïne produit souvent la sécheresse des narines, de l'engourdissement local, une sorte d'état paralytique qui, d'après certains auteurs, pourrait conduire à l'obstruction des fosses nasales. Aussi dans les cas légers doit-on lui associer soit l'antipyrine qui possède, quoique à un degré moindre, des propriétés analogues, sans présenter les mêmes dangers, soit même le sulfate de quinine dont l'efficacité est, il est vrai, encore moindre. Des lavages avec des solutions antiseptiques peuvent aussi être avantageux.

Lorsque les lésions sont plus profondes, cette médication en quelque sorte superficielle, échoue, et force est de recourir à des procédés plus radicaux. La cautérisation galvanique, la destruction des tissus malades par le thermo cautère, opérations qui ne sont pas douloureuses quand on les fait précéder d'un badigeonnage à la cocaïne, sont alors de mise. Mais il importe d'éviter la production d'adhérences entre la région cautérisée et la cloison; ce à quoi l'on arrive en ne pratiquant pas la cautérisation sur une trop grande surface en une seule séance et en interposant un tampon imbibé d'une pommade non irritante. Enfin, il est des cas où il fallut exorciser des saillies osseuses de la cloison.

D'après les partisans du traitement chirurgical, on aurait par cette méthode une proportion considérable, 80 o/o, de guérisons. C'est ainsi qu'au congrès de l'Association britannique de 1888, Roë a rapporté six observations de fièvres de foin guéries soit par l'excision de saillies osseuses, soit par la cautérisation de cornets hypertrophiés.

Mais ces statistiques brillantes des laryngologistes quelque peu suspectes peut être en raison de leur provenance, ne doivent pas nous faire oublier qu'il est des cas où la lésion nasale n'a qu'une importance secondaire, et que toujours le traitement doit s'adresser à l'état général; d'où la nécessité d'une médication préventive à instituer dans l'intervalle des crises et à continuer au moment de l'accès. Pour lutter contre le nervosisme, on peut recourir soit au valérienat de zinc et à l'assafœtida, préconisés par Mackenzie, soit à la belladone, soit surtout à l'hydrothérapie recommandée par Fleury. De même, lorsqu'il s'agit d'arthritiques avérés, il y a lieu d'instituer une médication anti-diathésique.

Enfin dans les cas où ces médications échouent, on doit, suivant le conseil de Mackenzie, éloigner les malades des contrées où se trouvent le plus de graminées et par exemple leur recommander de séjourner au bord de la mer. Quelquefois il suffit d'un petit

déplacement pour enrayer la maladie; il en a été ainsi pour une de nos malades qui, pendant une villégiature en Suisse voyait une crise se produire à la suite de chaque promenade dans une vallée où l'on venait de faire la récolte des foins.—*Gazette hebdomadaire.*

De la douleur dite caractéristique de l'ulcère rond de l'estomac.—Tout le monde connaît la description classique de la douleur xiphœidienne caractéristique de l'ulcère rond, douleur intense, nettement circonscrite, réveillée par la pression, à laquelle peut correspondre une douleur rachialgique dans le point correspondant du dos. Cruveilhier et Brinton ont beaucoup insisté sur la valeur de ce symptôme, et il est incontestable qu'il ne doit jamais être traité légèrement, quand il s'accompagne d'autres caractères, tels que l'apparition de cette douleur peu de temps après l'ingestion des aliments; il acquiert son maximum de valeur pathognomonique quand on observe chez le malade une hématemèse et alors, les cas d'hystérie mis à part, il n'y a guère de doute à conserver sur le diagnostic.

Mais on se contente encore souvent, à défaut d'hématemèse, de la constatation du mœna, c'est-à-dire de garde-ropes contenant du sang, si toutefois ce sang a les caractères de sang altéré par un séjour quelque peu prolongé dans l'intestin, s'il est noirâtre et revêt l'apparence du goudron ou de la suie.

Cependant le professeur BERNHEIM, (de Nancy), rapporte dans une récente clinique qu'il a rencontré la douleur dite caractéristique de l'ulcère gastrique chez un individu névropathe atteint de simples coliques intestinales avec diarrhée et hémorrhoides, si bien que le malade avait des garde-ropes sanguinolentes; mais le sang était rouge vif.

Cette douleur serait souvent suggérée au malade par le médecin lui-même, suivant M. Bernheim; la région xiphœidienne est la plus sensible de l'abdomen; chez tous les sujets impressionnables, la pression même légère de cette région détermine une sensibilité plus ou moins vive. Les malades affectés de gastrite, de gastralgie, d'ulcère rond sont tous impressionnables, la sensibilité de cette région se transforme très facilement chez eux en douleur; le fait d'explorer pour la rechercher constitue souvent une suggestion suffisante pour l'exagérer: l'attention du malade, appelée sur cette région, l'exalte ou la crée de toutes pièces. Il suffit de parler devant le malade du point rachidien vis-à-vis du point xiphœidien pour que, quand on explore la région rachidienne sans affectation, aussitôt qu'on arrive sur la vertèbre correspondante, le malade réagisse douloureusement.

Il est bon de se défier des suggestions inconscientes que le médecin impose aux sujets hystériques et neurasthéniques, et il ne faut pas faire le diagnostic d'ulcère gastrique sur le seul caractère classique dit pathognomonique de la douleur xiphœidienne localisée avec point douloureux correspondant dans le dos.—*Concours médical.*

Valeur séméiologique et traitement des palpitations. Technique de l'examen du cœur.—S'il fallait énumérer tous les états morbides dans lesquels existe ce symptôme, il faudrait refaire ici les articles des Dictionnaires. Tel n'est pas mon dessein et pour beaucoup de causes. Je me contenterai, fidèle aux habitudes du journal, d'envisager quelques-unes des circonstances cliniques les plus fréquentes, en ayant surtout comme objectif de rappeler la technique à suivre pour remonter le plus vite possible du symptôme à sa cause sans s'égarer et de préciser les indications thérapeutiques.

Et d'abord l'âge et le sexe du sujet doivent engager le clinicien plutôt sur une piste que sur d'autres.

La première enfance ignore à peu près les palpitations, hormis le cas de *malformation cardiaque*; les jeunes enfants sont incapables d'accuser ce symptôme, et si le médecin s'aperçoit d'une fréquence inusitée des contractions cardiaques avec impulsion exagérée et rythme désordonné, c'est par hasard en prenant le pouls, en inspectant la région précordiale, chez un enfant dyspnéique ou bronchitique, ou dont les lèvres et les ongles sont cyanosés.

Dans la seconde enfance, et surtout aux approches de la puberté au contraire, garçons et surtout fillettes, sont sujets aux palpitations et s'en plaignent, j'ajoute ce dernier terme, car il n'y a de palpitations qu'autant que les désordres de la contractilité cardiaque sont perçus à la fois par le malade et par le médecin.

Or, à cet âge, parmi les causes de palpitations les plus fréquentes il faut ranger une certaine gêne que subit le cœur quand il se développe proportionnellement plus vite que le thorax; c'est l'état que M. G. Sée a baptisé *hypertrophie cardiaque de croissance*, bien qu'en réalité il n'y ait pas d'hypertrophie, il n'y a que suractivité fonctionnelle; c'est chez les enfants portant des traces de rachitisme thoracique, à poitrine étroite, à sternum en carène qu'on rencontre souvent ces palpitations qu'on peut appeler *palpitations de croissance*. Cette suractivité fonctionnelle, transitoire,—car au bout de quelques mois, d'un an ou deux l'équilibre s'est établi entre le contenant et le contenu,—peut-elle aboutir à l'hypertrophie vraie, à l'augmentation de volume de l'organe? Je ne le crois pas, à moins de lésion orificielle méconnaue. Ces palpitations apparaissent à l'occasion des efforts, des jeux quelque peu violents, de la course.

Puis viennent les palpitations de l'*anémie de la croissance* dans les deux sexes ou de la *chlorose* commençante chez les petites filles (anémie de puberté): chez les enfants dont la croissance s'opère rapidement dans des conditions hygiéniques défectueuses, avec une alimentation mauvaise comme quantité ou comme qualité, avec une aération insuffisante, il existe certainement une anémie qu'on peut appeler de croissance; car c'est le développement trop prompt de l'organisme avec des matériaux de mauvaise qualité qui engendre de mauvais globules sanguins.

Les autres signes de l'anémie seront recherchés chez les enfants de cet âge atteints de palpitations : la décoloration des muqueuses des téguments, essoufflement, anhélation facile en l'absence de l'emphysème, appétit nul, capricieux, dépravé, névralgies diverses, céphalalgie. L'auscultation avec le stéthoscope fera entendre en général dans les vaisseaux du cou, un murmure plus ou moins bruyant, bruit de diable, de rouet, pialement ou un véritable souffle systolique au niveau de la base du cœur, presque toujours à gauche du sternum, au niveau du 2^e espace intercostal gauche, (c'est-à-dire au foyer de l'artère pulmonaire, souffle anémo-spasmodique de Constantin Paul), plus rarement au foyer aortique, c'est-à-dire à droite du sternum. La numération des globules sur une goutte de sang pris par une piqûre d'aiguille à l'index donnerait d'utiles renseignements, si tout procédé de recherche nécessitant une instrumentation quelconque n'était à peu près impossible dans la pratique courante. J'en dirai autant de l'hématospectroscopie si ingénieuse de M. Hénoque et des autres moyens qui ont permis à M. Hayem de fixer avec une si grande précision la richesse du sang, dosage de l'hémoglobine, examen micrographique des caractères de la coagulation, du réticulum fibreux, etc.

Les troubles dyspeptiques, cause si fréquente de palpitations chez l'adulte, existent plus souvent qu'on ne croit chez l'enfant. Seulement celui-ci ne s'en plaint pas autant ni aussi clairement que l'adulte ; du moins tant que sa dyspepsie n'est pas douloureuse. Il y a plusieurs raisons pour qu'il soit moins incommodé que l'adulte par la dyspepsie flatulente : des vêtements plus amples, moins ajustés, une plus grande activité physique après les repas et les distractions qui, en règle générale, ne permettent pas beaucoup aux enfants de s'analyser, détournent leur attention du ballonnement épigastrique et de la distension stomacale. Mais si on les examine physiquement, on constate que chez beaucoup de ceux qui accusent des palpitations et sont obligés de s'arrêter au milieu de leurs jeux à cause des battements de cœur, il existe une tympanite accentuée et que, soit par refoulement mécanique du diaphragme et du cœur, soit par une action réflexe dont le point de départ est l'estomac distendu, le cœur par ses contractions précipitées et tumultueuses trahit le trouble digestif. Une des causes fréquentes de la dyspepsie chez les enfants est, comme chez l'adulte, une diététique maladroite en ce qui concerne la *quantité des boissons*. Beaucoup d'enfants boivent trop en mangeant, et beaucoup aussi boivent entre leurs repas. Dans les lycées, aux récréations, le robinet de la pompe largement ouvert auquel les enfants de mon temps faisaient queue, les uns y accolant directement les lèvres, les autres plus raffinés y puisant avec une petite tasse de cuir, a été l'auteur de beaucoup de dilatations de l'estomac. Je crois que depuis quelques années l'administration univer-

sitaire a mis bon ordre à cette séculaire et funeste habitude. Chez les enfants qui ont de la dilatation de l'estomac en même temps que des palpitations il est fréquent de trouver cette névralgie intercostale bilatérale, que Chantelesse et Lenoir ont décrite et qui frappe le plus souvent les derniers nerfs intercostaux; aussi ces enfants accusent-ils après le repas un point de côté double au niveau des hypochondres ou des derniers espaces intercostaux, quand la douleur n'existe que d'un côté, c'est généralement à gauche. C'est dans la période digestive que les palpitations de cause gastrique se produisent naturellement, même sans exercice physique.

Il y a encore, particulièrement chez les filles, mais souvent aussi chez les garçons un peu efféminés des grandes villes, des *palpitations purement névropathiques*; la neurasthénie et l'hystérie ne sont pas rares de nos jours dans l'enfance, et, soit que le désordre de la motilité cardiaque dérive d'une paralysie du pneumogastrique (frein du cœur) ou d'une excitabilité anormale des filets du sympathique (éperon du cœur) résultant d'une inhibition d'origine cérébrale, chez les enfants névrosés les palpitations sont fréquentes. Chez ces enfants on constatera d'ordinaire un grand luxe descriptif des sensations. On ne relèvera pas chez ces enfants de rapport entre l'alimentation ou l'exercice et l'apparition de battements de cœur. Au contraire une émotion, une contrariété, une lecture attachante, bref une influence physique en sera la cause occasionnelle.

Je laisse de côté la *simulation ou l'exagération propres aux hystériques* petites ou grandes, qui les pousse si souvent à décrire avec force détails des sensations insignifiantes ou imaginées; il va de soi qu'on n'admet l'existence des palpitations que si on les a constatées soi-même tactu, visu et aure.

Mais chez les enfants à la puberté il ne faut pas négliger la recherche de l'*onanisme* comme cause de palpitations; le facies et l'humeur des enfants, la surveillance étroite des parents seront des éléments du diagnostic. J'attache une certaine importance à la dilatation exagérée et habituelle des pupilles (quand les enfants ne sont pas myopes).

Je signale enfin le rapport admis par les auteurs entre les vers intestinaux et les palpitations de l'enfance; mais le cas doit être rare.

Les palpitations chez les adultes depuis la jeunesse jusqu'à la maturité attirent notre attention vers différentes catégories de causes.

S'il s'agit d'une femme, la *grossesse* nous montre des palpitations d'ordre mécanique ou réflexe à point de départ utérin; et dans les derniers mois de la gestation oblige à l'analyse immédiate des urines qui pourra déceler une *albuminurie*. Chez la femme, on pense surtout aux *affections utérines*, à la *lithiase biliaire*,

à l'hystérie, particulièrement à celle qui apparaît à l'époque de la ménopause, sans compter l'abus du five o'clock tea.

Chez l'homme les intoxications par le *tabac* et l'*alcool*, l'usage abusif du *café* sont des indications qui viennent à l'esprit pendant l'interrogatoire.

J'ajouterai le *rhumatisme* et le *tempérament goutteux*.

Combien de femmes nous consultent pour une *douleur au cœur* accompagnée de crises de palpitations! On peut déjà leur répondre presque avec certitude : si vous avez ordinairement de vives douleurs au niveau de la pointe du cœur, vous n'avez point de maladie de cœur. Le plus souvent il s'agit d'une *névralgie intercostale* du cinquième espace, et de l'ébranlement douloureux des parties molles de cet espace par le choc désordonné de la pointe.

L'existence de palpitations fréquentes avec une précipitation constante des contractions du cœur (tachycardie) chez une femme très nerveuse, plus rarement chez un homme, devra faire examiner attentivement l'état du corps thyroïde, qu'on pourra trouver augmenté de volume, et celui des yeux dont les globes oculaires peuvent être saillants, avec un éclat insolite et une fixité gênante du regard, une instabilité du caractère, des alternatives de diarrhée, de boulimie, des accès de toux quinteuse sans expectoration, un tremblement à petites oscillations rapides dont les caractères ont été bien précisés par Marie et une résistance exceptionnelle au courant galvanique (signe de Vigouroux), enfin tous les signes de la *névrose de Graves et Basedow*; la co-existence de l'hystérie et de la neurasthénie n'est pas pour écarter le diagnostic du syndrome plus ou moins fruste de *goitre exophtalmique*, après les travaux de ces dernières années (Charcot, Ballet, etc).

Quoi qu'il en soit, *il faut toujours examiner minutieusement le cœur des personnes qui se plaignent de palpitations*, ne fut-ce que pour pouvoir les rassurer efficacement en leur donnant la garantie d'un examen méthodique. Ici il n'est pas hors de saison de rappeler certaines règles indispensables dans la technique de l'examen du cœur.

Faire déshabiller le ou la malade de façon que la région précordiale soit à nu; il va de soi qu'avec les femmes on procédera avec une sage lenteur pour ne pas mettre en révolte une pudeur sincère ou exagérée. Fermeté et discrétion sont également de rigueur. Entre le médecin timide qui consent à ausculter à travers un corsage, voire même à travers un corset! (je l'ai vu faire) et certain spécialiste célèbre, aujourd'hui disparu qui, dans sa vieillesse poli-sonne exigeait que les dames fussent dénudées *a capite ad calcem* pour leur dire si elles avaient ou non une maladie du cœur, il y a un juste milieu. Il faut voir la région précordiale (voussure exagérée, ondulations ou rétraction au niveau de la pointe, etc.); la palper avec la paume de la main pour rechercher les vibrations

anormales, le thrill, et préciser avec le bout de l'index dans quel espace intercostal bat la pointe, et si c'est en dehors de la ligne mamelonnaire. Ne pas oublier que le premier espace intercostal commence, au-dessous de la première côte et que, pour éviter de confondre avec lui l'espace sous-claviculaire il faut commencer à compter de haut en bas le long du bord gauche du sternum en prenant pour point de repaire l'articulation sterno-claviculaire.

Quand la pointe du cœur n'est ni abaissée ni déviée en dehors vers l'aisselle, il n'y a pas d'hypertrophie du cœur, et par conséquent l'existence d'une lésion du cœur comme cause des palpitations est déjà peu vraisemblable.

Mais c'est l'auscultation qui va trancher les hésitations si on en conserve. On ausculte le malade alternativement avec l'oreille à travers un linge fin et avec le stéthoscope à nu sur la peau au niveau des quatre foyers officiels; on ausculte le malade successivement couché et assis, on lui fait suspendre et précipiter sa respiration alternativement, on lui fait faire quelques pas dans la chambre, on lui demande de se baisser plusieurs fois pour accélérer par ces divers efforts les contractions du cœur, faire naître les palpitations si elles ne sont pas perceptibles. Après ces diverses épreuves, s'il existe une altération matérielle du cœur, on ne peut la méconnaître.

Quand on met l'oreille sur la région précordiale au moment des palpitations, on est désorienté de prime abord par la violence et l'irrégularité des bruits et on ne distingue plus la systole de la diastole; mais avec un peu de patience, en ayant toujours l'index sur le pouls radial, on arrive à analyser les bruits qui vous avaient d'abord dérouté. Deux questions sont à trancher: y a-t-il ou non un bruit de souffle, de roulement ou de pialement? Et ce bruit est-il le signe d'une lésion d'orifice?—(A suivre.).

Traitement de la laryngite tuberculeuse, par M. le Dr MOURE.
—Dans les formes inflammatoires, éréthiques, on se bornera à faire un traitement palliatif et antiphlogistique: révulsifs extérieurs (vésicatoires ou pointes de feu sur les côtés du larynx) inhalations ou pulvérisations antiseptiques et calmantes, au besoin gargarisme émollients; repos absolu de l'organe.

Si l'épiglotte et la région extra-laryngée sont le siège d'ulcérations, les gargarismes, ou plutôt les bains de gorge bien employés trouveront un emploi tout naturel.

Il est recommandé, à cet effet, d'employer le gargarisme suivant, qui offre le double avantage d'être calmant et antiseptique:

Solution avec:

Iode métallique.....	} ââ 0.30 centigrammes.
Iodure de potassium	
Acide phénique.....	1 à 3 grammes.
Laudanum Sydenham	4 grammes.
Glycérine neutre.....	120 à 150 grammes.

Une cuillerée à café de ce liquide par verre d'eau tiède, pour bain de gorgo trois ou quatre fois par jour.

Si les malades trouvent ce goût fade, désagréable, ou si on n'arrive pas à un résultat appréciable par ce tonique, on pourrait encore faire usage de la formule suivante :

Acide phénique ou créosote de hêtre.	1 à 2 grammes.
Bromure de potassium.....	3 à 5 grammes.
Laudanum Sydenham	3 à 4 grammes.
Glycérine neutre.....	120 à 150 grammes.

Une cuillerée à café par verre d'eau tiède, pour gargari-me.

Au besoin, la solution qui précède sera additionnée de 0 50 centigrammes à 1 gramme de chlorhydrate de cocaïne pour la rendre plus anesthésique.

Quant aux attouchements directs, il paraît préférable d'y renoncer ici, ils irritent presque toujours le larynx et sont mal supportés : tout au plus s'il existe des troubles de la déglutition, doit-on toucher les parties ulcérées avec une solution de chlorhydrate de cocaïne et de morphine. Si, pour quelque motif, les attouchements ne peuvent être faits, une pulvérisation calmante de deux ou trois minutes de durée, faite avec une des formules qu'on indiquera plus loin, pourra alors trouver son indication.

Dans la forme lente de la tuberculose laryngée, s'il existe des ulcérations, en dehors des pulvérisations ou inhalations antiseptiques et astringentes de la première période, qui pourront être encore employées ici, on recommandera encore la formule de pulvérisation qui suit :

Pulvérisation avec :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0.25 à 0.60 centigr.
Hydrate de chloral	2 à 3 grammes.
Bromure de potassium.....	2 à 4 grammes.
Glycérine pure	50 grammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

A employer trois ou quatre fois par jour, pendant trois à cinq minutes.

Suivant les cas, on supprimera la cocaïne et on la remplacera par de l'acide phénique cristallisé ou de la créosote de hêtre.

A la troisième période on emploie surtout des pulvérisations calmantes bromo-morphinées telles que la suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	0.23 à 0.60 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0.30 à 1 grammo.
Acide phénique.....	1 à 2 grammes
Glycérine pure.....	30 grammes.
Eau de laurier-cerise	20 grammes.
Eau.....	300 à 500 grammes.

A employer pendant deux ou trois minutes ; ne pas avaler.

On peut remplacer, suivant les cas, l'acide phénique par 3 ou 4 grammes de bromure de potassium ou d'hydrate de chloral.

Pour faciliter la déglutition, on peut encore faire, cinq minutes avant le repas, des atouchements avec un pinceau imbibé d'une solution morphinée ou cocainisée :

Chlorhydrate de morphine.	0.25 à 0.50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0.50 à 1 ou 2 gram.
Glycérine pure.....	30 grammes.

Il suffit ensuite de faire rincer la bouche du malade pour qu'il puisse avaler des aliments demi-solides.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Du cœur forcé.—SARKOWIC rapporte cinq cas de cœur forcé qu'il a observés dans la campagne de Bulgarie. Ce sont des exemples de maladie du cœur dues, non à un effort brusque et excessif, mais à un surménagement prolongé. Dans tous les cas, les malades étaient jeunes et robustes, et après une série de marches forcées, commencèrent à souffrir d'essoufflement, de palpitations et de douleur précordiale. Tous ces symptômes disparaissaient promptement par le repos, pour reparaître et s'aggraver si les malades reprenaient leur service. Il survenaient alors une dyspnée intense, de l'oppression, des palpitations, enfin des œdèmes et la suppression des urines. L'examen du cœur montrait de la dilatation du ventricule gauche et même du ventricule droit dans les cas graves. Dans un cas, la mort fut la conséquence de ces accidents ; il s'agissait d'un officier dyspeptique qui fut surmené plus longtemps que les autres malades.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Souffle présystolique sans lésion de la valvule mitrale.—Depuis longtemps, Austin Flint (de New-York) a remarqué que dans l'insuffisance aortique il n'est pas rare d'observer un souffle présystolique à la pointe, sans lésion de la valvule mitrale. Des faits du même genre ont été publiés par Guitéras, Steel, Gairdner, Byrom, Bramwell et Osier.

ROB. MAGUIRE rapporte encore deux observations de malades atteints d'insuffisance aortique classique, chez qui l'on a pu à diverses reprises, mais seulement d'une façon passagère, entendre un souffle présystolique à la pointe. Dans les deux cas, l'autopsie a confirmé le diagnostic d'insuffisance mitrale et a montré un orifice mitral d'une largeur normale sans autres lésions que quelques opacités sans importance de la valvule.

Ce souffle diffère du souffle ordinaire du rétrécissement mitral en ce qu'il est plus franchement soufflé et moins roulé et en ce qu'il est passager. Maguire l'attribue à ce que l'afflux du sang dû à la systole auriculaire venant contrarier le courant liquide

revenant de l'aorte, provoque des vibrations des voiles de la mitrale. Il croit, du reste, que ce phénomène est moins rare qu'on ne le croit, mais qu'il est rare de pouvoir faire la nécropsie après avoir entendu le souffle.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Traitement du vertige cardio-vasculaire du début de l'artério-sclérose.—Par le professeur GRASSET, de Montpellier.—Le vertige cardio-vasculaire est une manifestation précoce de l'artério-sclérose à son début, alors qu'il n'existe encore aucune manifestation viscérale. On ne l'observera guère qu'en ville, chez les gens du monde qui ne craignent pas de consulter leur médecin pour une indisposition même considérée comme peu grave. Les vertiges des goutteux, des rhumatisants, des arthritiques, des intoxiqués saturnins, alcooliques ou nicotiniques, ne sont autres que le début de l'artério-sclérose.

C'est un vertige chronique, à crises plus ou moins fréquentes, se reproduisant sans cause extérieure apparente, s'accompagnant d'autres symptômes de claudication du cerveau, tels que l'hémi-pésie, l'amnésie, la fatigue intellectuelle, l'aphasie, etc., il peut même se compliquer de crises épileptiformes ou syncopales avec ou sans pouls ralenti d'une façon permanente.

Ses signes particuliers sont d'abord le vertige, puis les oppressions, la dyspnée, les palpitations, l'anxiété précordiale, la céphalalgie, la somnolence, enfin l'athérome des artères radiale et temporale, et l'éclat diastolique au foyer aortique confirment l'artério-sclérose.

Il faut traiter les maladies par l'iodure de sodium à doses longtemps répétées, ne dépassant pas 1 gramme mais continuées pendant des mois et des années. On peut prescrire l'iodure dans de l'eau, mais mieux dans du sirop d'écorces d'oranges amères ou dans du lait, au moment des repas.

La trinitrine ou nitro-glycérine, qui diminue la tension sanguine et congestionne les vaisseaux de la périphérie, est aussi indiquée.

Trinitrine 0 gr. 25
Alcool à 90° 100 grammes.
F. S. A.

Quatre gouttes matin et soir, en alternant avec l'iodure ou associé avec ce dernier. Hygiène appropriée, ni alcool, ni tabac, ni mets épicés. Laitages, viandes blanches, légumes et exercice.
—*Praticien.*

Dans la variole, l'éruption papule dure, pointue (grain de sable) débute au menton, aux lèvres, à la face, ensuite envahit le tronc et les membres.—Prof. LARAMÉE.

CHIRURGIE.

Sur un cas de mal de Pott, par M. le professeur DUPLAY à l'hôpital de la Charité. (1)—Le pronostic du mal de Pott est toujours grave; localement, il y a toujours à craindre, même lorsque la période de réparation est arrivée, qu'il ne se produise un retour offensif, la rechute étant due soit à un nouveau dépôt de tubercules, soit à un réveil de l'arthrite entraînant une nouvelle poussée inflammatoire. Ce retour offensif peut se produire après de nombreuses années. De plus, la maladie a le pronostic de toutes les tuberculoses locales, quel que soit leur siège. Tout malade, en effet, qui présente une de ces tuberculoses est exposé à des manifestations de même nature du côté des viscères. S'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse, il y a particulièrement à craindre le développement d'une méningite, et cette complication est possible même quand la lésion locale paraît guérie. J'ai eu souvent occasion, en ville, de voir des faits de ce genre. La méningite n'est pas à redouter pendant toute la vie, et notre malade a précisément atteint l'âge où des accidents de ce genre sont moins à craindre; par contre, on doit redouter le développement de la tuberculose pulmonaire, qui, à partir de 20 ans, est la complication la plus fréquente. Le pronostic est donc grave non seulement par suite de la lésion locale, mais par suite de la possibilité toujours existante d'une généralisation soit du côté des méninges, soit du côté des poumons; c'est à cette dernière éventualité que notre malade est exposé. Je m'empresse de dire que l'on ne peut jamais affirmer que, dans des cas semblables, la tuberculose pulmonaire apparaîtra, mais il faut toujours penser à la possibilité de son développement.

Je n'ai pas besoin d'insister, messieurs, sur l'importance considérable du traitement général dans le mal de Pott. Vous savez tous qu'il est nécessaire de recourir, dans cette maladie, aux modifications hygiéniques tel que le séjour à la campagne et la bonne nourriture et à la médication tonique. Localement, il nous faut combattre à la fois la lésion osseuse et celle de la moelle et de ses enveloppes. Les révulsifs ont été préconisés; il est bien rare de pouvoir leur attribuer réellement une action utile et, chez l'enfant que nous avons à soigner, nous sommes à peu près autorisés à la laisser de côté. Dans la grande majorité des cas, on remplit une indication bien plus importante en immobilisant la

(1) Suite. Voir livraison de septembre.

colonne vertébrale ; cette indication a une telle valeur que, à la période d'acuité du mal, il faut avant tout obtenir le repos complet au lit et que le malade doit rester constamment dans la position horizontale. Ce résultat est, du reste, facilement obtenu à l'aide de divers appareils dont le plus connu est la gouttière de Bonnet.

Lorsque le processus aigu semble terminé, on pourra permettre au malade de se mouvoir, de profiter de l'avantage qui peut résulter pour sa nutrition d'un exercice modéré. Mais alors il faudra soutenir la partie de la colonne qui se trouve au-dessus de la gibbosité par un appareil orthopédique, un corset. Ce corset prendra son point d'appui sur le bassin et soulèvera les épaules, afin de porter pour ainsi dire les portions supérieures du corps ; c'est alors qu'on permettra au malade de se promener et de mener un genre de vie plus actif.

Jusqu'en ces derniers temps, le traitement du mal de Pott se bornait à l'application d'un corset plus ou moins parfait et il semblait que l'on remplît alors toutes les indications ; mais il y a quelques années, Sayre (de New-York) vint en Europe pour vulgariser un nouveau système de traitement applicable à la période de réparation. La méthode de Sayre a d'abord pour but de soulager la moelle et ses enveloppes des tiraillements et de la compression dus à la cyphose. Cette indication bien remplie est suivie d'une grande amélioration et j'ai vu des malades à peu près paraplégiques, marcher presque correctement après le traitement. Pour arriver à ce résultat, il ne s'agit pas de faire disparaître la gibbosité, cela est impossible et Sayre ne l'a jamais cherché ; mais il faut combattre la contracture musculaire qui existe dans les ostéo-arthrites vertébrales comme dans les autres lésions du même genre. On y arrive par la suspension, qui fait disparaître ou diminue cette contracture. Le malade est suspendu à l'aide d'un haut trépied ou d'une échelle double, et les points d'application sont, d'une part, les aisselles et, d'autre part, le menton et l'occiput à l'aide de mouffles et on le laisse ainsi quelque temps sans qu'il doive souffrir ; s'il se plaignait, on le descend un peu jusqu'à ce que la pointe des pieds s'appuie sur la terre. Le malade étant ainsi suspendu, on immobilise la colonne vertébrale et le thorax dans un corset plâtré. Avant d'appliquer le corset, on met sur la peau un gilet de flanelle fin et ajusté pour éviter le contact du plâtre. Les pièces qui forment le corset sont des attelles en zinc poinçonné et des bandes longues de 5 à 6 mètres que l'on imprègne de plâtre sec et fin, et que l'on dispose de façon à pouvoir les plonger dans une terrine remplie d'eau. L'application du corset, lorsqu'elle est bien faite, peut rendre et a rendu de signalés services, et je ne crains pas de recommander l'usage de la méthode de Sayre.—
Union médicale.

Traitement précoce du pied-bot congénital, par le Dr BILHAUT.—Après avoir exposé quelques généralités sur le pied-bot congénital, sa pathogénie, ses lésions anatomo-pathologiques et son traitement chirurgical, l'auteur émet l'avis, que la cure de cette malformation serait des plus simples, si l'on n'avait la fâcheuse habitude de laisser s'écouler plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, avant de s'occuper de cette difformité.

Pour le Dr Bilhaut, tout pied-bot congénital devrait être soigné dès les premières semaines qui suivent la naissance. A cette époque la réduction est facile, elle n'exige aucune opération sanglante, aucune manœuvre de force. Quand le pied a été convenablement réduit, il faut le laisser plusieurs semaines dans sa nouvelle attitude.

Trente observations ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1^o Le traitement le plus efficace contre le pied-bot est le traitement précoce ;

2^o Il est absolument inoffensif ;

3^o Le redressement doit être complet, le pied doit être amené à l'angle droit, et maintenu dans cette position jusqu'à guérison ;

4^o Quand on fait l'immobilisation, on doit placer le pied dans une situation exactement semblable à celle du pied sain et ne pas transformer une déviation en une autre ;

5^o Des divers appareils à employer, le plus utile, c'est le bandage roulé avec attelle contentive en gutta-percha ;

6^o Chez le nouveau-né, les opérations sanglantes sont inutiles, parfois dangereuses, et le redressement manuel suffit.—*Annales d'orthopédie.*

De la contracture du biceps dans les arthrites du coude.—M. TERRILLON rappelle l'attention des chirurgiens sur cette variété de contracture qui présente les caractères suivants : l'avant-bras est fléchi sur le bras dans l'attitude ordinaire de la demi-flexion, mais à un degré variable suivant les cas. Lorsqu'on essaie de mettre le membre dans l'extension, on voit que celle-ci est limitée par une résistance élastique, extensible dans une certaine mesure, mais insurmontable. Pendant qu'on s'efforce de produire l'extension, on voit se dessiner en avant de la région du bras et au niveau du pli du coude, une corde saillante qui n'est autre que le tendon du biceps. Si ce mouvement est exagéré, il augmente la rigidité de cette corde et le plus souvent provoque une vive douleur.

Toutes les arthrites du coude peuvent produire cette contracture qui survient dès les premiers jours dans les arthrites traumatiques légères, qui est fréquente dans les arthrites traumatiques graves comme celles qui suivent les luxations du coude et qu'on observe enfin dans toutes les variétés de rhumatisme, le plus léger comme le plus intense.

M. Terrillon décrit trois variétés de cette contracture : dans un premier groupe de faits la contracture avec attitude fléchie de l'avant-bras peut précéder de trois ou quatre jours l'apparition des signes ordinaires de l'arthrite; dans une seconde variété, la contracture existe avec d'autres signes de la lésion articulaire et peut devenir une cause d'erreur pour le diagnostic en masquant la lésion articulaire. Enfin, dans une troisième variété, il s'agit de la contracture vulgaire qui accompagne toutes les arthrites du coude en pleine évolution et avec tous ses autres caractères : c'est une contracture ordinaire variant d'intensité suivant les variétés d'arthrites et qui peut être accentuée jusqu'à maintenir le coude dans la flexion complète. Cette contracture peut se prolonger après la disparition des phénomènes inflammatoires et devenir un obstacle à l'extension : combinée avec les adhérences périphériques plus ou moins résistantes, elle constitue un des facteurs les plus importants de la *fausse ankylose du coude*.

Cette contracture du biceps est un phénomène d'origine réflexe : l'irritation, point de départ du réflexe, existe au niveau des nerfs qui se terminent dans la capsule articulaire. Quelque faible que soit cette irritation, elle provoque aussitôt une contracture des muscles qui font mouvoir l'articulation.

En raison du pronostic sérieux que comporte cette contracture, le traitement est important à instituer pour lutter contre les deux facteurs, contractures musculaires et adhérences fibreuses qui, ensemble ou séparément, entretiennent la raideur du coude, c'est aux moyens mécaniques qu'il faut avoir recours. Tantôt ces moyens consistent simplement en des mouvements provoqués par le malade lui-même; tantôt ce seront des manœuvres plus violentes faites par une personne étrangère, ou au moyen du massage ou l'électricité; enfin on aura recours à des procédés énergiques, comme la traction élastique.

Dans deux cas où la contracture avait fait place à la rétraction réelle des muscles, M. Terrillon a pratiqué la section sous-cutanée du tendon du biceps, section qui a permis le redressement complet et la guérison définitive.—*Concours médical*.

De la tuberculose chirurgicale. — Le Dr. PAUL THIERY, professeur de la Faculté de Paris, a recueilli et réuni dans un important travail 258 observations de tuberculoses chirurgicales : il montre dans ces tuberculoses localisées quel est le traitement pré et post-opératoire, quelles sont les suites immédiates et éloignées de l'intervention chirurgicale.

Les tuberculoses locales sont d'une extrême fréquence, qui est au contingent des maladies chirurgicales ce qu'est la tuberculose pulmonaire en pathologie interne; elles ne sont en réalité que des tuberculoses *périphériques* et localisées; leur suppression pure et simple sans aucun traitement adjuvant ne saurait assurer

contre la récurrence ou la tuberculose viscérale : le temps pendant lequel la tuberculose est locale est excessivement court et ne saurait être pris en considération dans le traitement chirurgical de ces lésions. Il faut cependant opérer ces tuberculoses locales : elles peuvent constituer pour le malade de graves infirmités ou être une cause d'épuisement pour l'organisme ; de plus, abandonnées à la nature ou soumises à la thérapeutique médicale seule, elles n'ont pas de tendance à la guérison.

D'une manière générale, les suites immédiates des interventions sont encourageantes ; les résultats sont d'autant meilleurs qu'on se rapproche davantage du début de la manifestation locale ou que l'opération a pour but de supprimer un foyer de rétention et de suppuration. Dans le premier cas on peut toujours espérer d'obtenir la réunion immédiate ; dans le second cas, l'état général est le plus souvent heureusement influencé. Ces résultats immédiats varient suivant qu'il y a ou non coexistence de tuberculose pulmonaire, suivant la nature et le siège de la lésion, suivant la nature de l'intervention.

Dans les tuberculoses bien localisées, sans diffusion à travers les tissus voisins, l'opération doit être radicale ; dans les cas contraires, il faut se contenter d'un traitement plus anodin (topiques, injections modificatrices, etc.)

Lorsqu'il n'y a pas une urgence absolue, une tuberculose pulmonaire très avancée peut contre-indiquer l'opération ou ne permettre que quelques opérations légères dans les cas où l'intervention est indispensable et où l'état général du malade peut en bénéficier.

Malgré l'excellence apparente des suites immédiates, le malade n'en reste pas moins exposé du fait de la nature tuberculeuse de la lésion à quelques complications étrangères à la marche banale des plaies opératoires : échec de la réunion, récurrence immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, méningite tuberculeuse, généralisations qui jointes aux accidents des suites éloignées nécessitent un traitement prophylactique spécial.

Les résultats éloignés des opérations sont de beaucoup inférieurs aux résultats immédiats : pour les bien apprécier, il faut suivre longtemps les malades et ne pas entrer en ligne de compte que les observations complètes, la récurrence étant souvent très tardive. Ces suites éloignées comprennent localement des succès thérapeutiques en nombre restreint ; quant à l'amélioration de l'état général des tuberculeux à la suite de l'intervention, le plus souvent elle n'est pas durable : la guérison est exceptionnelle. Ces suites éloignées sont compliquées : a) au point de vue local par la fréquence des échecs thérapeutiques, des récurrences locales, des récurrences circonvoisines, ascendantes et à distance ; b) au point de vue de la marche des lésions pulmonaires par l'aggravation ou la

reprise des accidents à la suite d'une amélioration passagère, par l'apparition postérieurement à l'opération de lésions pulmonaires non constatées antérieurement.

On ne peut songer au traitement abortif de la tuberculose par l'exérèse de la manifestation locale au moins dans les conditions ordinaires et par les moyens actuellement mis en pratique; le résultat est parfois réalisé, mais dans des conditions qu'il n'est pas possible actuellement de déterminer exactement. Toutefois de l'étude comparée de l'expectation et de l'intervention il résulte que les tuberculoses périphériques ont peu de tendance à la guérison spontanée; c'est à l'opération qu'il faut avoir recours, malgré des suites éloignées peu encourageantes: l'abstention ne saurait être conseillée.

Ainsi on doit opérer les tuberculeux et les malades affectés de lésions périphériques tuberculeuses chaque fois que l'état général du sujet permet d'intervenir; mais ils doivent être soumis au traitement opératoire capable de guérir leur affection chirurgicale non comme les autres malades, mais comme les sujets *diathésiques* c'est-à-dire sous la réserve de précautions spéciales multiples que l'on peut réunir sous le nom de traitement pré et post-opératoire qu'il faut instituer au plus tôt.

Le traitement pré-opératoire comprend la désinfection du foyer local et la stérilisation des foyers d'infection: il consiste à imprégner l'organisme d'un antiseptique qui puisse s'opposer à la colonisation des bacilles, à mettre en un mot le tuberculeux dans les conditions d'un malade ordinaire. C'est cette pratique que le professeur Verneuil a formulé ainsi: "Chaque fois, dit-il, que j'opère un tuberculeux, s'il y a une lésion profonde non ouverte à l'extérieur, telle qu'une articulation malade à redresser, des ganglions à enlever, etc., je prescris l'iodoforme à l'intérieur par la bouche à la dose de 5 à 15 centigr. par jour, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. S'il y a lésion ouverte, ulcération, fistule, je saupoudre la plaie avec l'iodoforme finement pulvérisé, ou j'y introduis les crayons d'iodoforme solidifiés, ou encore j'y injecte une quantité suffisante d'éther iodoformé à 5 pour 100. En cas d'abcès, j'injecte directement l'éther iodoformé dans sa cavité. Les jours suivants j'examine les urines et lorsqu'elles présentent la réaction caractéristique avec l'acide nitrique et le chloroforme, je me crois en mesure de procéder."

Quant au traitement post-opératoire, il comprend les agents médicamenteux et les mesures hygiéniques. L'iodoforme, la créosote unie à la glycérine ou à l'huile de foie de morue doivent en former la base. M. Verneuil leur associe volontiers les préparations iodées, arsenicales ou sulfureuses. Le traitement hygiénique consiste dans le séjour à la campagne, dans les plages maritimes, etc.—*Concours médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels.—Tel est le titre d'une thèse intéressante et nouvelle du Dr Jules CHAIGNEAU.—Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

Chloroforme.—Le chloroforme en obstétrique est l'agent le plus facile à manier à condition qu'il soit chimiquement pur. Donnée à petites doses, au moment de chaque contraction utérine, il détermine une analgésie plus ou moins complète, mais suffisante ordinairement pour ramener le calme chez les malades nerveuses ou épuisées. Il régularise les contractions utérines, et facilite l'abaissement de la partie fœtale en relâchant le périnée.

Le chloroforme ne semble avoir aucune action bienfaisante ou contraire, sur la marche du travail, sur la délivrance, sur la production des hémorrhagies *post-partum*, et sur les suites de couches.

Il est indiqué dans tous les cas de douleurs trop grandes, de contractions irrégulières de l'utérus, de contraction spasmodique et de rigidité du col, de rétention placentaire par contraction utérine, de résistance du périnée et de tranchées utérines mal tolérées.

Les seules contre-indications du chloroforme sont : la chloro-anémie avec tendance aux lipothymies, la syncope, l'idiosyncrasie. Les affections pulmonaires aiguës ou chroniques, les maladies du cœur, du rein, du système nerveux ne doivent pas arrêter le médecin prudent dans l'emploi de cet anesthésique.

Enfin le chloroforme n'a aucune action fâcheuse sur la mère et sur l'enfant.

Chloral.—L'anesthésie produite par le chloral, subordonnée par la quantité employée du médicament, n'est pas immédiate, et sa durée est relativement plus longue que celle du chloroforme.

Le chloral est sans danger pour l'enfant, de même que pour la mère, à moins qu'elle ne soit très épuisée ou atteinte d'une affection cardiaque. Dans ce cas, il ne devra pas être employé, pas plus que lorsque l'enfant souffre, ou que son état ou celui de sa mère nécessitent une intervention rapide. On devra alors lui préférer le chloroforme.

Le chloral, administré par la voie stomacale ou le rectum, sera employé surtout pendant la période de dilatation.

Ether.—En règle générale, l'éther doit être abandonné dans la pratique courante ; il est inférieur comme anesthésique au chloroforme, et de plus il présente un danger trop sérieux : son inflammabilité.

Morphine.—Son action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus, est une contre-indication formelle à son emploi dans le cours du travail pour combattre la douleur.

Amylène.—L'amyène produit une anesthésie prompte, moins profonde et moins durable que le chloroforme; mais il a comme inconvénients: son odeur peu agréable, sa grande volatilité, et son inflammabilité facile, autant de causes qui doivent le faire abandonner.

Bromure d'éthyle.—Le bromure d'éthyle ne semble pas dans tous les cas faire disparaître la douleur, et son action sur les contractions utérines est loin d'être toujours favorable. Ces raisonnements ne doivent pas nous faire préférer ce corps à un autre agent anesthésique.

Hypnotisme.—L'hypnotisme est un agent infidèle, et par ce fait à rejeter. Il demande pour être employé, un médecin très exercé, des malades spéciales, et encore les résultats obtenus sont ils problématiques. En effet, si les douleurs disparaissent avec une facilité relative pendant la période de dilatation, ce résultat est exceptionnel pendant l'expulsion.

Antipyrine.—L'antipyrine administrée à dose suffisante dans le cours du travail, rendra comme analgésique de très grands services. Les injections d'antipyrine (1 gr.) nous paraissent préférables aux lavements pour les raisons indiquées plus haut.

Cocaïne.—Dans certains cas la cocaïne pourra être une précieuse ressource pour atténuer les douleurs au moment du passage de la tête à travers le canal vagino-vulvaire.

Protoxyde d'azote.—Ce corps, comme anesthésique ne présente jusqu'à ce jour aucun avantage pratique.

Méthodes composées.—Faute d'observations, nous ne pouvons encore nous prononcer sur l'emploi des méthodes mixtes dans le cours de la parturition. Les travaux publiés à ce sujet sont relativement peu nombreux et traitent la question bien plus dans le sens chirurgical qu'obstétrical.—*Paris médical.*

Iritis cataméniale.—M. A. TROUSSEAU a recueilli une observation qui est un exemple concluant de la corrélation entre certains troubles oculaires et les fonctions utérines. Il s'agit d'une femme qui présentait tous les mois des attaques d'irido-choroïdite torpide (absence de douleur et de photophobie) avec hypopyon et synéchiés légères. Ces attaques ne duraient chaque fois que quelques jours et survenaient toujours à l'époque des règles, soit un peu avant, presque toujours pendant, le plus rarement après cette période. Dans ce dernier cas, l'œil était simplement rouge sans la petite tache blanche habituelle (hypopyon.) Après s'être répétées, vingt-huit fois de suite, les attaques d'irido-choroïdite cessèrent brusquement lorsque la malade devint enceinte; mais elles survinrent de nouveau vers la fin de la grossesse, à une

date où les règles auraient dû se montrer, et, après l'accouchement, elles apparaissaient comme auparavant, c'est-à-dire à chaque époque cataméniale.

Ici la relation entre l'affection oculaire et l'utérus est des plus évidentes. Quoi qu'il en soit, M. Trousseau est d'avis que, si dans les cas de ce genre l'utérus est coupable, il ne l'est presque jamais sans la complicité de quelque autre altération de l'organisme; en d'autres termes, il pense qu'un trouble menstruel survenant chez une femme en pleine santé et indemne de toute tare ne peut que bien rarement amener des phénomènes oculaires dignes d'être mentionnés.

Il existait précisément deux tares chez la malade de M. Trousseau: d'abord une endométrite (avec écoulement catarrhal) pouvant être un point de départ pour l'infection (et l'hypopyon démontre l'origine infectieuse de l'irido-choroïdite dans le cas de l'auteur); ensuite la diathèse rhumatismale. En effet, la malade a eu sa première atteinte d'iritis peu de temps avant une attaque de rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire lorsque la diathèse existait déjà à l'état latent. Cette diathèse explique pourquoi le système irido-choroïdien (qui est un point faible chez les rhumatisants) a été le lieu d'élection des accidents infectieux.—*Archives de tocologie.*

La valeur de quelques déviations utérines, par G. C. NYHOF
—L'auteur s'oppose à la trop grande signification que l'on attache encore aux déviations utérines, comme telles. Spécialement c'est la rétroflexion qu'il attaque.

Il résume son opinion dans les thèses suivantes.

I. Les déviations utérines sont souvent d'ordre secondaire et dépendent soit d'affections dans le voisinage de l'utérus, soit d'un état pathologique de cet organe lui-même. Cela est de poids pleinement pour les antéflexions et les latéflexions, partiellement pour les rétroflexions.

II. Les symptômes que l'on peut observer, quand il existe une déviation utérine, dépendent presque toujours des altérations pathologiques qui l'accompagnent.

III. Les indications thérapeutiques relèvent de ces altérations pathologiques. Colles-ci guéries, généralement la déviation se redresse sans thérapie spécialement dirigée contre elle ou bien elle reste sans occasionner des plaintes ni des troubles dans les fonctions.

IV. Pour empêcher la confusion il est de première nécessité de distinguer la rétroflexion fixée de la rétroflexion mobile; de même dans la nomenclature il ne faudrait pas mettre en avant la déviation.

V. Lorsque dans le cas d'utérus mobile, le traitement des complications ne suffisant pas, la thérapie mécanique ne donne pas le

résultat voulu, l'hystéropexie sans castration est indiquée.—*Archives de tocologie.*

Mort subite par simple cathétérisme du col, dans une tentative d'avortement.—M. GIBERT communique à la Société de médecine légale l'observation suivante : une femme enceinte de quatre mois résolut de se faire avorter. La femme à laquelle elle s'adressa lui introduisit dans le col utérin le canal d'un petit injecteur en caoutchouc. Mais à ce moment, et avant d'avoir fait la moindre injection, la patiente, qui avait copieusement déjeuné une heure auparavant, est atteinte de syncope qui s'accroît et amène la mort en cinq minutes.

La morte fut apportée à l'hôpital, une instruction eut lieu et démontra les faits précédents. Il est probable que le fait d'avoir fait un repas copieux était une circonstance défavorable, puisque l'avorteuse, qui a reconnu avoir pratiqué plus de cent avortements, voulait remettre la séance à un autre jour. Il est remarquable aussi qu'une simple injection de liquide suffise à décoller les membranes.

L'autopsie ne révéla aucun désordre, aucune lésion, il est donc probable que la mort par syncope est due à un phénomène d'inhibition déjà observé lors du cathétérisme utérin, qui amène parfois un état syncopal.—*Praticien.*

Gingivite des femmes enceintes.—M. PINARD recommande la solution suivante contre la gingivite des femmes enceintes :

Hydrate de chloral.....	5 grammes.
Alcoolat de cochléaria.....	5 —

Faites dissoudre. On enlève le tartre des dents, puis on applique cette solution, tous les jours, sur le bord libre des gencives enflammées, à l'aide d'un instrument dont l'extrémité, enveloppée d'un bourrelet de ouate, sert de petite éponge. La cautérisation qui se produit est peu profonde, car l'eschare blanche et très superficielle qui en résulte disparaît généralement vingt-quatre ou trente-six heures après l'application. La durée moyenne du traitement n'a pas dépassé douze jours.—*Bulletin médical.*

Traitement des suppurations abdominales d'origine utérine.—M. PÉAN lit à l'Académie de médecine un travail sur le traitement des suppurations, d'origine utérine, qui ont pour siège l'utérus et ses annexes (trompes, ovaires, ligament large).

En voici les conclusions :

1o Les suppurations limitées à l'utérus peuvent être guéries par le traitement antiseptique de sa cavité, par les cautérisations, la dilatation progressive et le curettage.

2o Les suppurations légères des trompes peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine.

Lorsqu'elles sont enkystées, récentes, petites, sans adhérences, la castration tubo-ovarienne abdominale est recommandable.

3o Si la tumeur est adhérente au bord correspondant de l'utérus, on peut l'atteindre en désinsérant le vagin, en décollant le péritoine, en incisant, en drainant le foyer, et obtenir une guérison rapide par les lavages antiseptiques.

4o Si la poche salpingienne est volumineuse, bilatérale, très adhérente, il est préférable de recourir d'emblé à la castration utérine vaginale, qui ouvre une large voie au pus, permet de pratiquer des lavages antiseptiques et de guérir plus promptement, plus sûrement les malades.

5o Si la suppuration a pour siège un des ligaments larges, et si la collection purulente fait une forte saillie du côté du vagin, une large incision, le drainage et les lavages suffisent.

Si le phlegmon est situé sur un point élevé du ligament large, on peut encore l'atteindre par la désinsertion du vagin et la dissection du bord latéral de l'utérus.

Si la suppuration est étendue aux deux ligaments larges et si elle a fusé dans plusieurs directions, si le pus s'est fait jour dans la vessie et le rectum, s'il s'agit, en un mot, de ces graves suppurations qui mettent la vie des malades en danger, l'hystérectomie vaginale totale d'emblée est indiquée et donne des résultats vraiment merveilleux.

6o Les pelvi-péritonites suppurées bien localisées doivent être incisées de bonne heure par le vagin.

Si la suppuration est très étendue, si elle a envahi les autres portions des annexes, la castration utérine vaginale s'impose. Elle nous a toujours donné de très bons résultats.

7o La thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et de ses annexes est donc subordonnée à l'étendue et à la gravité de ces suppurations.

La castration tubo-ovarienne abdominale, qu'on a abusivement employée d'une manière indifférente dans le plus grand nombre des cas, est le plus souvent insuffisante. La castration utérino-vaginale, au contraire, ne compte jusqu'à présent que des succès.

—*Tribune médicale.*

Ouverture des collections purulentes ovariennes ou salpingées par la voie vaginale.—M. BOUILLY apporte six cas de suppuration de la trompe ou de l'ovaire, dans lesquels il a donné issue au pus par la voie vaginale. Il ne s'agit pas de collections suppurées du ligament large ou du péritoine, mais bien de la trompe ou de l'ovaire.

1o En 1887, femme présentant l'histoire clinique d'une salpingo-ovarite ancienne : à gauche tuméfaction vague, diffuse, difficile à circonscrire, état général mauvais.

Laparotomie : la tumeur était tellement enfoncée dans le petit

bassin que je ne crus pas prudent de l'ouvrir. Quatre ou cinq mois après, les accidents persistant, je donnai issue au pus par la voie vaginale par une incision au thermocautère. Huit jours après, pendant un pansement, il y eut une hémorrhagie secondaire de l'artère vaginale que je pus heureusement arrêter. Cet accident me fit renoncer au thermocautère dans les opérations suivantes.

2o Chez une femme épuisée par les hémorrhagies dues à un polype fibreux, suppuration de la trompe gauche. En refoulant très haut le cul-de-sac et pressant sur la paroi abdominale on arrive à sentir la fluctuation. Incision vaginale. Guérison.

3o Salpingite droite suppurée, salpingite gauche moins avancée : incision, drainage. Guérison rapide à gauche, persistance de quelques douleurs à droite.

4o Femme de 31 ans : pertes mucopurulentes, ménorrhagies, endométrite ancienne, annexes enflammées douloureuses. Dans les quelques jours qui suivirent une époque menstruelle, douleurs très vives, température élevée, pendant six semaines. Suppuration d'une trompe. Incision, guérison.

5o Accidents péritonéaux graves survenant quatre ou cinq jours après le mariage, ouverture de la collection purulente dans le rectum, cachexie. L'examen me montre une collection ovarienne ou salpingée dans la fosse iliaque droite. Incision par la voie vaginale, amélioration rapide ; il reste encore un trajet fistuleux.

6o Salpingo-ovarite suppurée datant de 6 ou 7 ans, accidents aigus à la suite du voyage d'Asie-Mineure à Paris. Douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, tumeur du volume d'un petit melon, bien isolée. Intervention par la voie vaginale. Guérison rapide.

Les indications sont tirées de la gravité de l'état général et de la possibilité d'atteindre la collection par la voie vaginale. Cette collection doit, de plus, être contenue dans une poche unique ; elle doit être unilatérale. Dans les autres cas, la laparatomie est préférable,

Pour le manuel opératoire il faut se souvenir qu'il s'agit d'une collection élevée et non d'une collection qui bombe dans un des culs-de-sac. Après anesthésie complète, le spéculum de Sims est placé sur la paroi vaginale postérieure : pendant qu'un aide presse sur la paroi abdominale, le trocart guidé par le doigt vaginal est enfoncé dans la demi-zone postérieure au col, avec le bistouri on prolonge l'ouverture d'un demi-centimètre à droite et à gauche, on dilate les lèvres de la plaie pour laisser le pus s'écouler complètement, on draine, puis lave jusqu'à ce que le liquide sorte propre. Sauf dans un cas, la cicatrisation a toujours été rapide.

M. POLAILLON.—M. Laroyenne (de Lyon) a voulu généraliser ce procédé, il a imaginé même un appareil analogue au perforateur du crâne : il a obtenu un certain nombre de succès : je l'ai employé une fois, il est resté un trajet fistuleux.

Je pense, comme M. Bouilly, qu'il ne faut pas généraliser cette pratique mais la réserver aux cas où les cavités purulentes peuvent revenir sur elles-mêmes.

M. ROUTIER.—Chez une femme présentant des accidents menstruels depuis deux ou trois mois, une température de 40°, un état misérable, je trouvai dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction é fluctuante. Je l'ouvris par la voie vaginale et obtins une guérison rapide. Je crois aussi qu'il ne faut pas généraliser.

Mr RECLUS.—Dans deux cas où j'ai employé ce procédé il est resté une fistule : les indications que nous a données M. Bouilly sont d'une grande utilité et d'une grande précision.

M. MONOD.—Dans un cas j'ai ouvert, par la voie vaginale, une collection purulente, alors qu'on connaissait mal les salpingites : l'écoulement purulent persista longtemps, puis la fistule se ferma après trois ans.—*Tribune médicale.*

De certaines affections de la mamelle ; guérison par les pulvérisations phéniquées.—M. le professeur VERNEUIL a retiré les meilleurs effets de ce traitement dans les abcès de la mamelle se terminant par des fistules, point de départ d'un érysipèle. Dans les mammites aiguës, les résultats sont excellents ; il fait des pulvérisations ante, intra et post-opératoires, désinfecte ainsi la région et peut alors, sans danger, drainer les parties qui suppurent.

Dans les cas de cancer du sein où tout traitement est impuissant, à l'aide de trois séances de vingt minutes par jour, on voit un énorme soulagement se produire et l'odeur infecte disparaître même presque complètement. Une fois, cette pratique a permis à M. Verneuil d'intervenir sur un sein jugé par lui inopérable avant le traitement qui fit cesser les complications inflammatoires.

Enfin cette méthode sert aussi, dans certains cas, à permettre de faire un diagnostic, notamment chez les malades qui voient leurs seins se gonfler à la suite de couches et chez lesquelles on hésite entre un cas de rétention des produits de sécrétion et un phlegmon mammaire. Il en est de même dans la mammite chronique qui pourrait être quelquefois confondue avec une tumeur maligne ulcérée.

M. Verneuil tenait à signaler à la Société de chirurgie ce moyen qui, comme on le voit, peut rendre des services.—*Courrier médical.*

Syphilis vaginale.—Contestée par les uns (Lancereaux, Cornil, Jullien), admise par les autres, la syphilis vaginale a été étudiée avec soin par M. Fournier qui a décrit ses caractères.

D'après lui, ses lésions sont moins rares qu'on ne le croit généralement, et il fournit à l'appui des arguments très plausibles : " Si rares que soient les lésions secondaires du vagin, elles le sont moins qu'on le dit, qu'on le pense généralement : la raison en est

simple : c'est que pour trouver ces lésions il faut les chercher. Or on ne s'astreint pas toujours à visiter au spéculum une femme syphilitique et moins encore à répéter cet examen d'une façon assidue. De sorte que les syphilides génitales internes ne s'accusent d'ailleurs par aucun phénomène et ne déterminant aucune douleur, échappent souvent à l'observation."

D'après les conseils de M. Balzer, M. le Dr BILLOIR en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale et a appuyé son travail sur un certain nombre d'observations tant personnelles que communiquées.

Les syphilides du vagin ont deux sièges de prédilection en dehors de l'anneau vaginal, c'est l'ampoule du vagin qui est le siège habituel des syphilides secondaires. Dans la partie moyenne du vagin, on les observe bien plus rarement.

Leurs caractères généraux sont ceux de toutes les syphilides muqueuses. Ce sont des lésions de caractère contagieux, ce sont elles qui fomentent et perpétuent la vérole.

Elles sont bien plus fréquentes que le chancre. Le chancre ne se produit qu'une fois sur un malade syphilitique, tandis qu'elles figurent cinq, dix, quinze, vingt fois dans le cours d'une vérole et se répètent parfois à satiété dans les trois ou quatre premières années de l'infection. Ce sont des lésions ignorées à force d'être bénignes. Ce sont enfin des accidents souvent assez tardifs et se produisant à une époque où les malades, croyant en être quittes avec la vérole, ne se tiennent pas en garde contre le risque de la communiquer. Toutes ces conditions rendent les syphilides muqueuses essentiellement fécondes en contagion. Elles sont douées d'une faculté surprenante de récidive, d'une puissance vraiment extraordinaire de repullulation.

Les syphilides vaginales présentent les types suivants :

- 1^o Erosif ;
- 2^o Papulo-érosif ;
- 3^o Ulcéreux superficiel ;
- 4^o Diphtéritique ;
- 5^o Ulcéreux profond.

Le diagnostic des syphilides vaginales est relativement facile lorsque la malade avoue une syphilis récente et surtout lorsqu'elle se trouve en pleine période d'activité des accidents secondaires.

Une cicatrice parcheminée à la vulve ou sur les petites lèvres, une roséole confluyente, des plaques muqueuses disséminées dans la bouche et dans la gorge, la coloration rouge cuivrée caractéristique de la peau du cou que l'on rencontre souvent chez les femmes syphilitiques, l'engorgement des ganglions du pli de l'aîne ou de la nuque permettent de rapporter presque à coup sûr à la syphilis des ulcérations vaginales auxquelles on ne saurait donner d'autres origines ; mais le plus souvent les choses ne se présentent pas avec la même simplicité. Le chancre peut avoir passé

inaperçu ; les accidents consécutifs ont pu faire défaut, et la malade, avec la meilleure foi du monde, nie toute infection. Il est aussi des circonstances où la femme, par pudeur, par honte ou par intérêt, affirme n'avoir jamais eu une syphilis qu'elle connaît parfaitement et dont les signes ont disparu sans laisser de traces manifestes. C'est alors que le diagnostic pourra devenir très difficile, et le médecin, sous peine d'erreur, devra toujours avoir présents à l'esprit les signes différentiels des diverses ulcérations du vagin.

On pourrait hésiter entre le chancre induré, le chancre mou, certaines vaginites érosives, l'herpès, les végétations ; mais un peu d'attention fera éviter toute erreur.

En tout cas l'examen de la cavité vaginale doit être fait avec le plus grand soin. Il faut déplier le vagin et modifier la position du spéculum dans divers sens, si l'on ne veut pas que l'instrument cache les lésions qu'il doit aider à découvrir.

Il sera nécessaire, souvent, de pratiquer de grands lavages pour chasser les mucosités et voir apparaître la muqueuse avec toute sa netteté. Enfin on ne doit pas oublier que les lésions du vagin peuvent exister seules, et c'est même le cas le plus habituel.

Les syphilides vaginales, du moins dans les deux formes érosives et papulo-érosives, sont des lésions sans gravité. Par les soins, l'hygiène, les injections avec la liqueur de Van Swieten, les tampons de glycérine résorcinée, elles disparaissent très rapidement. Le pronostic est donc bénin ; elles peuvent même guérir spontanément.

Le traitement est prophylactique et général. Le traitement prophylactique consiste en soins de propreté constants, pour éviter que les liquides pathogéniques s'accumulent dans les culs-de-sac du vagin. On conseillera donc les injections de sublimé avec la canule vaginale.

Le traitement général est celui de toutes les syphilides : pilules mercurielles, pilules de Dupuytren, sirop de Gibert, le régime tonique, l'iodure de fer.

Le traitement local consistera en bains de sublimé avec canule vaginale ou plus simplement en injections vaginales au sublimé, ou bien encore en cautérisations au nitrate d'argent (solution au 20^e) et applications de tampons de glycérine résorcinée ou iodoformée. Ce traitement fera disparaître les plaques muqueuses en trois semaines en moyenne.

S'il s'agit d'une syphilide ulcéreuse, on fera localement des attouchements avec la teinture d'iode ou la solution argentique au 20^e et on appliquera dans le vagin quelques mèches de gaze iodoformée.

Quant aux cautérisations énergiques avec des caustiques puissants, tels que le nitrate acide de mercure ou le chlorure de zinc, elles sont inutiles, sinon nuisibles.--*Paris médical.*

Mastite de la ménopause. par M. PHOCAS.—Le professeur Verneuil, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, vient de préconiser les pulvérisations comme moyen de traitement de certains mammites. Dans ma thèse, j'ai déjà soutenu cette opinion, que certains engorgements mammaires pouvaient donner le change et faire croire à une véritable tumeur. Je n'ai pas l'intention de revenir aujourd'hui sur les discussions multiples que cette opinion a provoquée; mais je suis bien aise de voir M. Verneuil préconiser des moyens d'expectation, avant d'arriver à une opération dans quelques cas de certaines mammites chroniques qui simulent un véritable cancer.

Permettez moi, à ce propos, d'extraire de mes cartons, une observation que j'ai recueillie lors de mon séjour à Paris, et qui montre combien ce diagnostic est difficile.

C'était l'année dernière, une femme de 45 ans, de bonne constitution, est venue me consulter pour une tumeur de la mamelle gauche. Depuis quelques jours, elle a ressenti des picotements et de la douleur dans le sein et bientôt elle constate l'existence d'une véritable tuméfaction. A la vue le sein paraissait enflé; il n'y avait rien du côté du mamelon. La peau glissait sur les parties profondes; mais dans la moitié externe de ce sein, il existait une grosse tumeur dure, légèrement lobulée à la surface, faisant corps avec la glande mammaire, légèrement douloureuse à la pression. Cette tumeur se confondait dans sa périphérie avec le reste de la glande. Il existait dans l'aisselle du même côté, deux ganglions durs et douloureux. L'état général avait notablement périclité. Cette femme, que je connaissais avant sa maladie, est devenue pâle, essoufflée et ne pouvait déjà plus vaquer aux soins de son ménage.

Le diagnostic était très embarrassant. La marche rapide de la tumeur, sa consistance, sa diffusion, l'existence de ganglions et le mauvais état général, tout cela me portait à penser à une affection maligne, à un cancer en masse. Cette circonstance que l'affection est survenue chez une femme à la période critique était de nature à corroborer mes soupçons. Et j'étais d'autant plus disposé à admettre un cancer, qu'un chirurgien expérimenté des hôpitaux de Paris, le Dr Désormaux, qui avait examiné la femme, lui fit entrevoir la nécessité probable d'une opération.

Au milieu de ce cortège de symptômes, trois signes sont venus jeter le doute dans mon esprit et me faire croire à une mammite. C'étaient l'absence d'adhérences de la peau, la marche de l'affection et l'engorgement ganglionnaire.

Il est rare, en effet, de trouver des adhérences à la peau dans ce genre de tumeur et il est, par contre, exceptionnel de ne pas trouver ce signe dans le cancer arrivé à cette période.

Relativement à la marche, Tillaux a établi que la marche oscillante était un caractère de premier ordre.

Enfin, l'engorgement ganglionnaire restait. Mais l'engorgement ganglionnaire est-il toujours de nature néoplasique? Beaucoup de chirurgiens en doutent et ils appuient leur opinion sur ce fait que certaines opérées ont guéri sans qu'on eût enlevé ces tumeurs ganglionnaires.

En présence de ce doute, je restai dans l'expectation et bien m'en prit car sous l'influence d'une médication très simple, la tumeur a diminué et a disparu au bout de six semaines. Je conclus donc :

« A côté de la mastite des nouveau-nés et des adolescents, il existe une mastite de la ménopause, accompagnée quelquefois de phénomènes généraux et ressemblant, à s'y méprendre, au cancer.—*Bulletin médical du nord.*

PÆDIATRIE.

Médecine infantile, (1) par le prof. GRANCHER.—Les difficultés d'examen et de diagnostic que je viens de signaler par quelques réflexions et quelques exemples, persistent, mais à des degrés différents chez l'enfant un peu plus âgé. Vers 10 ans, le garçon, la petite fille, déjà intelligents, éveillés, instruits de beaucoup de choses, sont encore des enfants, mais ils ont déjà quelques traits de l'homme et de la femme, dans l'état physique et psychique. Il en résulte que le médecin dont les traiter avec bonté, amabilité et une certaine gravité; s'il réussit à gagner leur confiance, il obtiendra souvent des renseignements fort utiles et l'interrogatoire direct deviendra un sérieux appoint du diagnostic. Mais si l'enfant de 8, 10 et 12 ans est capable de répondre avec justesse aux questions posées, il est encore plus capable de se tromper ou de tromper. C'est au médecin de discerner le caractère et le degré d'intelligence de l'enfant qu'il examine, et d'en déduire le degré de confiance qu'il doit lui accorder.

Tel enfant est timide et doit être sollicité maintes fois pour oser répondre aux questions posées; tel autre est léger, distrait ou insouciant, et, à quelques minutes de distance, affirme le pour et le contre, tel autre est rusé et malin ou même menteur; il faut l'interroger, mais tenir ses réponses en suspicion, les contrôler par le dire des parents, et, au besoin, tendre un piège si quelque soupçon de dissimulation s'est glissé dans l'esprit; car c'est une

(1) Fin. Voir la livraison de septembre.

erreur grossière de croire que la vérité sort de la bouche des enfants, et s'il est encore permis à un magistrat de s'y tromper, cela ne saurait être pardonné à un médecin.

Les annales judiciaires fourmillent de faits où l'on voit des enfants de tout âge mentir effrontément en accusant les autres ou en s'accusant eux-mêmes de crimes imaginaires. Et ce mensonge, ils le reproduisent imperturbablement, et sans variantes, à tout interrogatoire; c'est un thème qu'ils se sont forgé ou qu'ils ont retenu, si bien que cette fixité, cette monotonie de la narration qu'on pourrait invoquer en faveur de leur sincérité devient au contraire, aux yeux d'un médecin habile, une cause de défiance.

La jeune intelligence des enfants—toujours prête à saisir le côté merveilleux des choses,—leur curiosité naturelle, leur besoin d'apprendre, leur désir de jouer un rôle, leur impressionnabilité à toute influence directe ou indirecte venue de l'entourage, tout les porte à une sorte d'*auto-suggestion*, où le faux se mêle au vrai en proportion variable, où le mensonge enveloppe habilement la vérité. De sorte que les mobiles qui poussent un enfant à mentir ne sont pas toujours les mêmes, tant s'en faut. Ici une fillette se ment à elle-même, par plaisir, en se racontant des histoires de princesse, où elle joue un rôle, et bien ôt elle raconte les mêmes histoires à ses parents et à ses camarades; ailleurs, le récit d'un acte merveilleux ou d'un crime abominable suggère à l'enfant d'inventer de toutes pièces un fait analogue dont il est le héros; ou la suggestion vient des parents, qui sont si souvent dupes ou complices involontaires, soit par une sévérité excessive, soit par une faiblesse, une naïveté incroyables. Plus souvent encore, l'enfant est conduit à mentir parce que son mensonge lui sert à fuir l'école, l'atelier, le travail, quelquefois, enfin, l'impulsion première procède d'un instinctif besoin d'attaquer et de nuire; l'enfant obéit à une perversité naturelle, qui rend son témoignage en justice souvent si dangereux.

Les mêmes motifs, si variés, qui poussent un enfant à se faire accusateur en inventant de toutes pièces un crime imaginaire, dont il est la victime ou le témoin, le conduit à simuler une maladie, et souvent avec une ténacité que rien ne lasse. On en voit prendre et garder une attitude vicieuse pendant des années, supporter héroïquement une médication désagréable ou même des appareils incommodes et gênants. D'autres, plus simplement, simulent la céphalalgie ou une maladie nerveuse dont ils ont entendu raconter l'histoire, ou qu'ils ont vue et dont le spectacle les a frappés; l'épilepsie, l'hystérie, la paralysie, la chorée..... Je me souviens d'un jeune garçon qui m'a servi de thème pour une leçon sur le diagnostic précoce de la coxalgie et qui simulait à merveille cette première période si vague, si incertaine, où la douleur est le seul signe de la maladie. D'autres prétendent s'être introduit un corps étranger dans l'oreille, ou rendre des calculs vésicaux, ou même

avoir une maladie de peau qu'ils cherchent à provoquer malicieusement.

Bref, l'imagination créatrice des enfants est si variée, que toute la sagacité d'un médecin attentif sera souvent nécessaire pour dépister la fraude, fort heureux s'il ne se heurte pas à l'aveuglement presque volontaire des parents qui refusent, contre toute évidence, de croire à la simulation.

Les enfants criminels, meurtriers, voleurs, incendiaires sont, de même, pour le médecin, un objet d'études plein d'intérêt et de péril. Comment établir le degré de responsabilité et faire la part de l'hérédité morbide, de la suggestion, de la pathologie cérébrale obscure ou inconnue, de la spontanéité? Souvent ici, le médecin chargé d'éclairer la religion du magi-trat, se heurte à des préjugés ou à des erreurs dont il ne peut triompher que par la connaissance approfondie de la psychologie et de la pathologie infantiles, par l'aideur de sa conviction, par la vigueur de ses démonstrations; mais, si, comme il arrive trop souvent, il flotte lui-même incertain?

L'hystérie est aussi très commune même chez les tout jeunes enfants, où elle revêt des formes frustes, quelquefois bien curieuses. Qui n'a vu ces fillettes de 4 ou 5 ans, qui jouent à la poupée, et déjà trahissent par leurs regards luisants, leurs attitudes caressantes et félines, leur coquetterie, leur malice, un état névropathique latent qui n'attend qu'une occasion pour se dévoiler?

Et l'épilepsie vraie, quel médecin peut se vanter de la connaître à ses premiers symptômes? J'ai vu des enfants déclarés épileptiques, et qui semblaient tels par tous les caractères de l'attaque et même par les déformations habituelles du crâne et de la face qui guerissaient spontanément au cours de l'adolescence. Mais je n'oserais répondre que l'avenir ne réserve des retours qu'il est plus facile de redouter que de prévoir.

Enfin les névropathies de tout genre qui se rencontrent sur les frontières de l'état physiologique et pathologique qui commencent à l'enfant nerveux, irritable, coère et nous conduisent au seuil de la folie, de l'idiotie, de la démence, soit encore un vaste domaine incompètement exploré. J'ai observé récemment un jeune garçon de onze ans dont les parents sont de curieux névropathes. Le père est dessinateur, c'est un homme intelligent, mais bizarre et sujet à des emportements violents; quand il travaille, le moindre bruit le met en fureur, son visage s'anime, ses yeux s'injectent, sa parole devient embarrassée; il se lève, menace sa femme et son fils, sans jamais les frapper, puis sort, se promène une heure ou deux et revient calme reprendre sa besogne; il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. La mère est mélancolique, surtout depuis la mort de ses parents; elle pleure sans motif sérieux, supporte avec douceur les colères de son mari, et recherche les caresses de son fils comme une consolation à ses maux. L'enfant est indiscipliné et violent, comme son père, mais il a bon cœur, pleure avec sa mère

et s'attendrit avec elle. Querelleur avec ses camaradss, indocile, intraitable avec ses maîtres, il n'a jamais pu rester dans aucune école, où sa présence devient rapidement une source de petits scandales. Dans mon service d'hôpital, où il était entré pour son état anémique, rien n'a pu le réduire à l'obéissance. Il sort de son lit, saute et gambade à travers la salle, va frapper ses petits voisins ou leur voler leurs sous et leurs images ; si on le gronde, il se disculpe faiblement et pleure.

Quel avenir est réservé à cet enfant, et quelle est la nature exacte de son mal ? Son grand père était sujet à des crises de fureur comme son père et l'un de ses cousins germains est mort fou. Il a donc de qui tenir et nous pouvons bien affirmer qu'il appartient à une famille névropathique. Mais c'est à peu près tout.

En voilà bien assez pour démontrer que les psychoses de l'enfance sont une source infinie d'étude et de méditation.

Les malades, dites d'évolution, ne sont guère moins intéressantes, car, on les rencontre presque à la naissance et un peu plus tard à l'époque de la première dentition, vers sept ou huit ans, à la seconde éruption dentaire, enfin, au seuil de l'adolescence. Quel médecin ne s'est trouvé fort en peine quand il faila reconnaître les accidents si variés que la sortie des premières dents, de chaque dent, quelquefois, provoque chez certains enfants ?

Car, le phénomène est loin d'être constant et tel enfant souffrira sérieusement de l'éruption dentaire, et tel autre enfant de la même famille " fera ses dents " sans la moindre perturbation de sa santé.

Si bien que je connais des médecins très expérimentés dans la médecine infantile, qui nient les accidents de la dentition et les attribuent à tout autre cause. Ils y sont aidés par la variété extrême de ces actes réflexes qui provoquent des symptômes si passagers et si légers, ou au contraire, si graves d'apparence que l'esprit incline naturellement à chercher d'autres causes pour expliquer des effets si dissemblables.

La seconde dentition semble plutôt jouer le rôle d'une cause déterminante sur certains processus morbides restés obscurs ou latents jusqu'à l'âge critique. Mais entre les deux se place le rachitisme, quel qu'en soit la cause. C'est par excellence une de ces maladies de développement, de croissance, d'évolution dont les effets passagers ici et là permanents, sollicitent à bon droit notre attention. De même certaines arthropathies étiquetées à tort, rhumatismes, ne sont qu'un effet d'un surmenage localisé sur des tissus osseux ou cartilagineux plus sensibles aux influences par le fait même de leur accroissement physiologique. Les palpitations cardiaques avec ou sans hypertrophie relative de l'organe, reconnaissent souvent la même cause. Enfin, la chorée, les épistaxis, les céphalalgies opiniâtres, les dyspepsies rebelles, et la chlorose sont autant de manifestations de la croissance. Il n'est

pas jusqu'à certaines attaques épileptiformes qui ne puissent invoquer la même étiologie.

Mais que dire des maladies infectieuses et contagieuses, si non qu'elles rencontrent chez l'enfant le terrain le plus apte à leur développement? Dans ce jeune organisme, qui n'a conquis encore aucune immunité, et qui doit payer sa dette à la vie sociale, nous ne pouvons prévenir à coup sûr que la variole. Aussi, combien d'enfants succombent aux attaques successives de la rougeole, de la scarlatine, de la diphtérie? Combien péri-ssent à la première atteinte de l'une quelconque de ces maladies?

Je ne fais que rappeler, en passant, l'extrême fréquence des affections contagieuses de la peau, que la promiscuité de l'école, des jeux ou de l'atelier rend presque inévitables.

Enfin, l'enfance nous fournit les exemples plus nombreux des maladies héréditaires, syphilitiques précoces ou tardives et tuberculose.

Si, d'autre part, on considère que les maladies communes, phlegmasies, hyperémies, hémorrhagies, se rencontrent presque aussi souvent chez l'enfant que chez l'adulte; que le cancer, le diabète, la cirrhose, l'alcoolisme même, n'y sont pas rares; que les pneumopathies et les cérébropathies y sont très fréquentes, on arrive à cette conclusion que la pathologie infantile n'est pas, comme quelques uns le pensent, un petit coin de la pathologie, mais qu'elle est la pathologie toute entière. Pour la connaître, il faut savoir tout ce qui s'enseigne à l'école et quelque chose en plus. Pour y réussir, il faut au médecin plus d'instruction, plus de tact et de bonté que partout ailleurs.

Un de nos maîtres les plus estimés disait un jour, en manière de conseil à un groupe de jeunes médecins dont j'étais: "En médecine, il suffit d'aimer sa profession pour y réussir; en médecine infantile, il faut, par surcroît, aimer ses clients..."—*Bulletin médical.*

Des abcès du sein chez le nouveau-né.—Le Dr JOURDAN qui vient de rédiger une thèse sur ce sujet, subissant l'influence de la mode présente en étiologie, attribue ces abcès au parasitisme. Ce n'est pas bien démontré, mais cela peut être et il dit que cela est. Voici ses conclusions:

Dans les quatre ou dix premiers jours qui suivent la naissance, on voit parfois s'établir une sécrétion lactée aussi bien chez les garçons que chez les filles.

Cette sécrétion prédispose la glande mammaire du nouveau-né à des abcès, mais leur véritable cause déterminante est la présence dans le parenchyme glandulaire des microbes ordinaires de la suppuration (*staphylococcus*, *streptococcus*).

Ici, de même que pour la mastite des nouvelles accouchées, l'introduction des microorganismes se fait par les conduits galactophores, car chez l'enfant les crevasses du mamelon n'existant pas, on ne peut invoquer la lymphangite.

On ne peut affirmer que la mammite des nouveau-nés soit consécutive à la galactophorite, vu le peu d'observations qui ont été faites.

La coïncidence des abcès chez la mère et chez l'enfant, en même temps que des poussées furoncleuses et pustuleuses, s'explique facilement par les idées de contagion et d'infection.

Il est possible de se mettre à l'abri de cette contagion par des précautions antiseptiques générales et locales. Quand le sein est engorgé, il ne suffit pas d'évacuer le lait, il faudra maintenir sur le mamelon des compresses antiseptiques.

Dans le cas où la mammite se déclare, faute de ces précautions, on incisera l'abcès dès qu'il sera fluctuant.—*Paris médical.*

Hémorrhagie vaginale chez une enfant de 3 ans.—M. DUCHAUSSOY communique à la *Société de médecine pratique* l'observation d'une petite fille de 3 ans, ordinairement bien portante, qui fut prise subitement sans cause appréciable d'une très abondante hémorrhagie par la vulve. Par les moyens ordinaires, eau glacée intra et extra, repos et potion hémostatique, on arrêta la perte de sang. Le lendemain, avec le spéculum d'Itard, il put constater en arrière de l'hymen et sur sa face postérieure l'existence de tumeurs érectiles de couleur rouge violet sans battements apparents. D'abord il a dilaté l'ouverture avec l'éponge préparée, et ensuite il a écrasé avec des pinces hémostatiques les parties saillantes d'apparence fongueuse, et injecté trois seringues de Pravaz d'un mélange de deux parties d'eau et d'une partie de perchlorure de fer. Le pansement fut fait avec de petites compresses d'un centimètre carré, pliées en pile sur la tumeur érectile après avoir été imbibées de perchlorure de fer pur et un tamponnement avec du coton hydrophile trempé dans une solution d'acide borique. Deux mois après, toute trace de tumeur érectile était complètement disparue.—*Paris médical.*

Vésicatoires chez les enfants, par le Dr. SAINT-PHILIPPE.—Les vésicatoires appliqués chez l'enfant doivent être très petits. Une feuille de papier de soie huilée interposée entre la peau et l'emplâtre empêche l'adhérence de parcelles de matière vésicante qui continueraient d'agir après l'enlèvement du taffetas cantharidien. Le dépôt de camphre n'aurait pas l'action préservatrice qu'on lui attribue; par contre on recommande l'administration des alcalins, du bicarbonate de soude, par exemple, qu'on peut prescrire jusqu'à 50 centigrammes, et 1 gramme par kilogramme du poids de l'enfant, dans les vingt-quatre heures.

L'application ne devra pas excéder deux heures chez un enfant d'un an; chez les enfants on pourra aller successivement jusqu'à quatre heures (10 à 12 ans). Si l'ampoule n'apparaît pas bien formée, on aide son développement en mettant dessus un morceau

de taffetas ciré et de ouate ou bien un cataplasme d'amidon ou de fécule préparé avec une solution boriquée à 3 p. 100. Le siège de l'application n'est pas indifférent; on devra éviter toute région difficile à panser, comme le cou, la nuque, la face interne des cuisses, et quand on placera un emplâtre d'un côté du dos, on évitera de couler l'enfant de ce côté; on veillera aussi à ce qu'il n'y puisse porter les mains.

La vésicule crevée pour faire écouler la sérosité, le vésicatoire doit être séché au plus vite, en respectant bien l'épiderme soulevé. Pour y arriver, on peut appliquer directement de la ouate fine, hydrophile et salicylée autant que possible, ou bien un papier graissé avec une pommade antiseptique, car il est bien entendu que le cérat n'existe plus. On a le choix entre les formules suivantes :

1° Vaseline solide	30 gr.
Acide borique.....	1 —
2° Vaseline solide.....	30 —
Iodoforme	0 — 10
Essence d'eucalyptus.....	V gouttes
3° Vaseline.....	30 gr.
Glycérine	30 —
Poudre de benjoin.....	1 —
Sublimé.....	1/2 milligr.

—*Revue thérapeutique médico-chirurgicale.*

Sur la sécrétion lactée chez les nouveau-nés, par M. VARIOT

—Lors de mon passage aux Enfants Assistés, j'ai fait quelques observations sur la suractivité fonctionnelle irrégulière des glandes mammaires chez les nouveau-nés des deux sexes.

C'est ordinairement du huitième au douzième jour ou même au quinzième jour que la sécrétion lactée est la plus abondante. La pression pour faire sourdre le lait est douloureuse, comme chez la nourrice dont les seins sont temporairement engorgés. Il n'est pas rare, en comprimant légèrement la glande, lorsque la sécrétion est bien établie, chez les enfants, de faire sortir jusqu'à deux et trois centimètres cubes d'un liquide qui présente tous les caractères extérieurs du lait.

Les analyses chimiques faites à l'instigation de Gublor ont définitivement établi que le lait des jeunes enfants contenait tous les principes essentiels du lait de la femme adulte, en proportion un peu moindre et un peu variable il est vrai.

Les recherches de M. Lecocq, interne en pharmacie à l'hospice des Enfants-Assistés, lui ont montré également que l'on retrouve constamment les principes immédiats essentiels du lait dans la sécrétion du nouveau-né, c'est-à-dire le beurre, la caséine et le sucre du lait.

Nous nous sommes assurés par des examens microscopiques répétés que le lait des jeunes enfants recueilli dans la période de plein fonctionnement présentait les mêmes globules lactés que le lait de la femme.

L'activité fonctionnelle des mamelles des jeunes enfants ne cesse que graduellement et se révèle encore souvent, au bout de quatre ou cinq mois, par un faible suintement de sérosité lorsque l'on comprime les glandes entre les doigts.

Tandis que chez la femme, la suractivité des fonctions mammaires est manifestement en rapport avec des modifications du côté des organes génitaux, que la sécrétion du lait diminue et cesse lorsque la nutrition générale souffre, chez le nouveau-né, nous voyons aucune relation apparente entre le développement des mamelles et le système génital, et le travail de formation du lait n'est que peu ou pas modifié par le mauvais état en général.—*France médicale.*

Incontinence d'urine et son traitement chez les enfants, par le docteur SWANEY —L'auteur établit d'abord que l'incontinence d'urine chez les enfants peut être due à des causes différentes, qui sont les suivantes: 1° hyperacidité de l'urine déterminée ordinairement par une production excessive d'acide urique; 2° irritabilité extrême de la couche musculaire de la vessie, alors même que l'urine est neutre; 3° faiblesse du sphincter, qu'on peut soupçonner quand le jet est plus lent et moins fort; 4° action réflexe engendrée fréquemment par une balano-posthite (phimosis, adhérences entre le gland et le prépuce, accumulation de smegma, etc.); 5° boissons prises en trop grande quantité pour la capacité vésicale d'un enfant; 6° calcul de la vessie; 7° malformations diverses, telles que, par exemple, l'abouchement d'un ou des deux urètres dans le canal de l'urètre; 8° diminution de la capacité vésicale due à l'hypertrophie de la couche musculaire de la vessie: cette dernière, en pareil cas, arrive à ne plus contenir que 30 à 40 grammes de liquide.

Le traitement de l'incontinence est naturellement subordonné à la cause de celle-ci. L'acidité excessive de l'urine est efficacement combattue par l'administration des alcalins, et notamment de l'acétate de potasse, ou même par l'usage habituel des fruits, dont les acides végétaux sont transformés en leurs bases alcalines dans l'économie. En cas d'excès d'excitabilité vésicale, la belladone est indiquée: cinq gouttes de sa teinture d'abord sont données trois fois par jour, puis l'on augmente progressivement d'une goutte, jusqu'à ce qu'on détermine de la sécheresse de la gorge et de la rougeur de la peau; à ce moment, si la belladone doit agir, elle aura produit tout son effet. Si l'action du sphincter est insuffisante, on a recours à l'ergot de seigle à fortes doses: cinq ou six gouttes de son extrait fluide, injectées dans le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale, donnent ordinairement d'excellents

résultats. Enfin, comme le petit malade a besoin presque toujours d'être tonifié, le sirop d'iodure de fer et la strychnine sont à prescrire.—*Annales des maladies génito-urinaires.*

* * *

Les nerfs périphériques de l'enfant sont relativement gros, mais moins excitables dans les premiers jours ; leur excitabilité se développe promptement, toutefois de là vient que les convulsions se rencontrent rarement avant la fin de la première année.

* * *

Le cerveau est dans une imminence morbide chez l'enfant parce que le cœur de l'enfant, étant très développé et très actif au moment de la naissance, entretient une hyperémie cérébrale constante.

* * *

Il faut se souvenir des différences suivantes qui existent dans la thérapeutique infantile et des adultes. Le froid est moins toléré, la quinine plus, ainsi que l'antipyrine. Les stimulants du cœur, la digitale, la strophantine, la spartéine, sont supportés en fortes doses. La caféine fait exception. On redoutera toujours l'opium, et peu la belladone et l'hyoscyamus. Le chlorate de potasse, l'acide carbolique même à l'extérieur sont dangereux ; l'arsenic peut être continué plus longtemps et à doses plus élevées.

* * *

—Dans la scarlatine, l'éruption, granit très fin, framboisé et rude au toucher, débute par le cou, puis la poitrine et en dernier lieu, le reste du corps.—Prof. LARAMÉE.

La castration comme pénalité.—Un médecin californien vient de proposer la castration comme pénalité légale. Il conseille de castrer les criminels et certains aliénés. Cette manière de faire, croit-il, serait bien plus utile que la prison, pour améliorer la race humaine et éviter sûrement l'hérédité criminelle. Il croit que l'intérêt bien compris de la société exige ce mode d'intervention, car si son procédé était adopté, le nombre des dégénérés décroîtrait rapidement, et pareillement le nombre de crimes.

Si nos souvenirs sont exacts, un membre du Parlement anglais avait proposé cette pénalité, non pas pour les criminels en général, mais pour les individus coupables d'attentats aux mœurs, de viol, etc.

—Un bon extrait de malt donné dans le but de favoriser l'assimilation, ce qui est son indication thérapeutique ne doit contenir qu'une petite quantité d'alcool.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Ouabaïne; son emploi contre la coqueluche. — Nous lisons dans les *Nouveaux remèdes*, que c'est Percy WILDE qui en a fait le premier l'essai. De 45 cas, 25 ont guéri et 4 sont morts après d'autres maladies. Il conclut :

1. L'ouabaïne agit favorablement sur la coqueluche dans toutes les périodes (dans la 1^{ère}, elle coupe net les accès; dans la 2^e, diminution des accès en nombre et en intensité; dans la 3^e, accélère notablement la convalescence).

2. L'ouabaïne n'a pas d'action cumulative.

3. Il ne faut jamais débiter par des doses supérieures à 0gr,00006, répétées 3 fois par jour (jusqu'à 0gr,00025 par jour).

4. Les enfants au-dessous de 1 an ne doivent jamais prendre plus de 0gr 00003 toutes les 3 heures.

5. Dans les cas où les accès de toux sont très violents et très nombreux, on peut donner aux enfants de 6 à 12 ans jusqu'à 0gr,00012 par dose; mais l'action du médicament doit alors être soigneusement surveillée.

6. On peut administrer l'ouabaïne soit en nature, soit dissoute dans l'eau, soit mélangée au bromure de potassium ou au chloral hydraté. Le mieux est de dissoudre 0gr,06 d'ouabaïne dans de l'eau distillée, de sorte que chaque goutte de la solution contienne 0gr,00006 d'ouabaïne :

Solution d'ouabaïne.....	XLVIII gouttes
Sirop d'écorce d'oranger.....	15 grammes
Eau distillée.....	q. s. p. f. 180 —

— *Scalpel.*

De la strychnine dans l'asthme.—On ne s'attendait guère à voir préconiser dans le traitement de l'asthme, c'est à dire d'une névrose à forme convulsive, la strychnine, agent convulsivant au premier chef et stimulant énergique de l'excitabilité médullaire. Cependant dans une conférence faite à la *Polyclinique* de Philadelphie, M MAYS déclare avoir retiré les meilleurs résultats de l'emploi de cet alcaloïde contre l'asthme. L'auteur ne vise d'ailleurs que l'asthme partiel se produisant par crises au milieu d'un état général irréprochable. L'atropine a été, dans plusieurs cas, employée concurremment avec la strychnine, la première à la dose de 1/3 de milligrammes, la seconde à celle de 1 milligramme, le tout sous forme d'injection hypodermique. La dose de strychnine fut graduellement portée à 2 milligrammes.

L'auteur se basait sur l'idée préconçue que l'asthme dépend d'une dépression nerveuse, à laquelle la strychnine remédierait comme tonique. Le résultat, d'après lui, aurait été excellent, les accès sont devenus très vite beaucoup moins fréquents et leur intensité bien moins marquée.—*Revue de thérapeutique.*

Sel marin pour le traitement des épanchements pleuraux stationnaires.—N. P. OSOVSKY a essayé l'action du sel marin sur la résorption des épanchements pleuraux anciens dans cinq cas. Il administra toutes les deux heures une cuillerée à bouche de la solution du sel marin (6 grammes, 180 grammes d'eau). La résorption des épanchements est activée par le sel marin. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que la quantité d'urine émise n'est pas du tout augmentée, parfois même elle est diminuée. C'est aux dépens de la perspiration insensible par la peau et la muqueuse des organes respiratoires que s'effectue l'accélération de la résorption des épanchements après l'administration du sel de cuisine. Il est assez probable qu'elle est en partie due à l'amélioration de la constitution du sang et au relèvement de la nutrition des tissus. En tout cas, le sel marin ne jouit aucunement de propriétés diurétiques.—*Nouveaux remèdes.*

La teinture d'iode comme anti-émétique.—Le Dr. ROQUES a expérimenté avec succès, rapporte la *Gazette médicale de Liège*, la teinture d'iode contre les vomissements.

Dans la tuberculose d'abord, les effets ont été concluants chez plusieurs sujets, particulièrement dans les premières périodes de la maladie.

L'action du remède a été encore plus évidente dans certains vomissements réflexes ou liés à une affection de l'estomac; il a paru surtout utile contre les vomissements liés à la gastrite chronique, ulcéreuse ou non, à l'ulcère simple, à la grossesse, à la chlorose.

La teinture d'iode est prise généralement avec plaisir; elle produit une sensation de chaleur à l'estomac, de cinq à vingt minutes de durée, qui n'est pas pénible.

On la prend à la dose de dix gouttes dans 175 grammes d'eau, en trois fois, immédiatement après les repas.

La plupart des malades n'éprouvent aucun malaise; un grand nombre sont néanmoins exposés au coryza iodique, sans autre phénomène d'intoxication; on ne constate pas de fatigue d'estomac après une ou deux semaines de traitement.—*Concours médical*

Usage du cannabis indica dans le traitement des névroses et des dyspepsies gastriques, par M. Germain SÉE.—Le cannabis, dit-il, doit être employé sous forme d'extrait gras, à la dose de 5 centigrammes, divisés en trois doses par jour, sous forme de

potion. Au-delà de cette dose il devient toxique, et cette toxicité se traduit surtout par l'ébriété.

Les principes chimiques du cannabis, tel que le tannate de cannabine et le cannabinol n'ont pas donné d'effets précis ni favorables, sans doute parce que ce ne sont pas les véritables principes.

Le cannabis est le véritable sédatif de l'estomac, sans aucun des inconvénients des narcotiques comme l'opium et le chloral, des absorbants comme le bismuth, des sédatifs généraux comme le bromure de potassium, des paralgésiants comme l'antipyrine, qui ont tous des effets défavorables sur le tube digestif. L'action du cannabis réclame nécessairement le concours des autres méthodes curatives qui remplissent comme les alcalins à haute dose, comme certains purgatifs, et plus rarement les antiseptiques, des indications précises; elle exige surtout les règles du régime telles qu'elles ressortent des recherches récentes de la physiologie sur la connexité remarquable de l'estomac et de l'intestin.—*Lyon médical.*

Traitement de l'épilepsie par le biborate de soude.—RUSSELL et J. TAYLOR ont employé dans le traitement de l'épilepsie le biborate de soude, qui a été proposé par Fulsom et par Gowers. Ils l'ont d'abord administré à la dose de 2 grammes par 24 heures, en le portant le plus rapidement possible à la dose de 12 grammes; mais des troubles gastro-intestinaux se produisent rapidement lorsqu'on emploie des doses aussi fortes, on est obligé de suspendre le traitement et on ne gagne rien pour la rapidité. Aussi ces observateurs sont arrivés à ne plus prescrire que 6 grammes à prendre en trois fois après les repas.

Ce médicament diminue incontestablement le nombre des attaques; il agit dans bien des cas où le bromure a échoué, et on peut l'administrer dans des cas où l'emploi du bromure à doses suffisantes détermine une grande dépression.

Cependant, le borax a quelques inconvénients: le plus fréquent est l'apparition sur les lèvres de petites vésicules qui se transforment en croûtes fendillées analogues aux gerçures. Dans quelques cas on voit se produire sur les extrémités des membres, et plus rarement sur le tronc, des éruptions eczématiformes ou p-oriasi-formes.

Les troubles digestifs (vomissements, diarrhée) sont plus rares que les éruptions.

Beaucoup de malades maigrissent et dépérissent lorsque le traitement est continué pendant un certain temps, mais dans aucun cas, Russell et Taylor n'ont vu apparaître de traces de dépression intellectuelle.

Lorsqu'il survient quelque inconvénient de ce genre, il suffit d'interrompre la médication.—*Bulletin médical.*

FORMULAIRE.

Vomissement de la grossesse.—Huchard.

- P.—Teinture d'iode
 Chloroforme..... ââ p. e. $\frac{1}{2}$ once
 M.—Dose : Cinq gouttes dans de l'eau aux repas du matin et du soir.

Tympanite de la métrite et de la péritonite.

- P.—Naphtol.....
 Carbonate de magnésie
 Charbon de bois pulvérisé.....
 p. e. ââ 1 drachme
 Essence de menthe poivrée 10 gouttes
 F. s. a. quinze cachets.

Dose : A prendre un cachet toutes les fois qu'il y a douleur.—
Gazette de gynécologie.

Cystite.—Reliquet.

- P.—Iodoforme $1\frac{1}{2}$ grain
 Extrait de jusquiame 1 "
 Beurre de cacao..... q. s.

F. s. a. un suppositoire que l'on introduit profondément dans le rectum. Matin et soir, grand lavement d'eau tiède.—*Union médicale.*

Prurit vulvaire.—Durr.

- P.—Huile de graines de lin..... 100 parties
 Créoline 3 à 5 "

M.—Frictionner les parties affectées trois à quatre fois par jour.—*Gazette de gynécologie.*

Eschares.—Dechange.

- P.—Gutta percha 4 parties
 Chloroforme 30 "
 Baume du Pérou 1 "

M.—Enduire avec un pinceau fin, deux fois par jour, les parties menacées.—*Scalpel.*

Poudre antiseptique.—Dechange.

- P.—Sous-nitrate de bismuth 60 parties
 Goudron de bois..... 1 partie

M.—Pour saupoudrer la charpie.—*Scalpel.*

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, OCTOBRE 1890

BULLETIN.

La médecine et la thérapeutique au Congrès de Berlin.

DEUXIÈME ARTICLE.

Deux rapports ont été présentés au sujet de *la pathogénie et du traitement du diabète*, et cela par deux autorités des plus compétentes: M. Pavy, de Londres, et M. Dujardin-Beaumetz.

Pour M. Pavy, la présence du sucre dans le sang est due au fait que le sucre pénètre dans la circulation générale sous une forme qu'il ne devrait pas avoir, et non pas à ce qu'il n'est pas éliminé en assez grandes proportions une fois qu'il a pénétré dans la circulation. Le plus important est de diminuer l'abondance de la glycémie. La première indication à remplir est d'empêcher par un régime convenable, le sucre de passer dans la circulation, puis on s'efforce de rétablir le pouvoir d'assimilation des éléments hydro-carbonés de la nourriture en soutenant l'état général et en privant l'organisme du contact avec le sucre. Pour l'auteur, l'opium et ses dérivés, codéine et morphine sont les agents qui, mieux que tout autre, peuvent contribuer à la guérison de la maladie.

M. Dujardin-Beaumetz estime que le régime alimentaire privé d'amylacées et de sucre est indispensable. Au lieu de pain de gluten qui renferme encore trop d'amidon, il préfère le pain de *Sajah* provenant des graines du *glycine hispida*, qui ne renferment presque pas d'amidon. On pourra employer la saccharine pour donner un goût agréable aux aliments et aux boissons. Les alcalins et l'eau de Vichy donnent de bons résultats, et comme médicament il recommande le carbonate de lithine à dose de 6 grains, et l'arsenic (liqueur de Fowler) à celle de 2 gouttes. L'antipyrine

(30 à 60 grains) donne aussi satisfaction. M. Beaumetz permet l'usage des pommes de terre en petite quantité, parcequ'elles renferment proportionnellement moins d'amidon que le pain. Il interdit sévèrement tous les fruits, de même que le lait (sauf chez les albuminuriques) et l'alcool. Les bières sont à surveiller. Par contre, le thé, le café, les préparations de kola sont très favorables dans l'hygiène des diabétiques.

M. Seegen, de Vienne, a pris la parole après M. Pavy et a établi les faits suivants : Il existe deux formes de diabète sucré. L'une où l'élimination du sucre ne se produit que lorsque des hydrocarbures entrent dans l'alimentation, l'autre où cette alimentation du sucre est indépendante de l'alimentation, ces deux formes correspondant aux divisions cliniques des diabétiques gras et des diabétiques maigres.

Ces deux formes ne sont pas les deux phases nécessaires d'une même affection, mais dérivent de deux processus différents.

Dans l'une la cellule hépatique a perdu la propriété de faire subir aux hydrates de carbone leur transformation en glycogène ou même de conserver ce glycogène et de l'utiliser. Il s'agit donc là d'une forme essentiellement *hépatogène*.

Dans la seconde forme, le glycogène ne joue aucun rôle. La glycosurie se produit, en effet, sans que l'alimentation soit hydrocarbonée. C'est donc le sucre du foie qui, normalement formé, n'est plus oxydé suffisamment dans les tissus. De là la glycosurie, qui indique que toute l'économie ou une partie plus ou moins grande de ces éléments ont perdu la faculté de détruire le sucre du sang.

Ainsi, dans la première forme, la cellule hépatique seule est en jeu ; dans la seconde, toutes les cellules de l'organisme : en voilà assez pour expliquer la différence du pronostic entre ces deux formes.

C'est la diète hydrocarbonée qui est l'élément capital du traitement chez les diabétiques. Nous ne pouvons atteindre la diabète dans sa cause que nous ne connaissons pas. Notre tâche consiste donc à empêcher, autant que possible, la formation du sucre. Mais comme le régime exclusif est difficile à suivre longtemps, il vaut mieux autoriser le patient à y ajouter des légumes verts, des fruits et 40 à 60 grammes de pain par jour. Le pain de gluten n'offre aucune garantie et n'est pas agréable au goût. Néanmoins, le régime exclusif de la viande est nettement indiqué quand il s'agit de savoir si l'on a affaire à la première ou à la seconde forme, quand le malade subit un traumatisme et que la plaie devient gangréneuse ou qu'une opération chirurgicale doit être entreprise. Le vin est permis, sans excès, ainsi que la bière en petite quantité.

Chez les diabétiques maigres, la diète hydrocarbonée n'a d'autre effet que de diminuer l'élimination du sucre, mais il n'y a pas

grand intérêt à leur imposer un régime désagréable pour obtenir un faible résultat.

Les eaux minérales alcalines (Karlsbad, Vichy) augmentent certainement la tolérance pour les hydrocarbonés.

Le *traitement des anémies*, tel a été le sujet choisi par M. Laache, de Christiania. Il l'a traité avec toute la compétence et toute l'érudition qu'on lui connaît.

L'anémie pernicieuse progressive et la chlorose sont les deux formes les plus intéressantes de l'anémie. On a voulu admettre que la première de ces affections était de création moderne, qu'elle résultait du développement industriel actuel. Il est certain que, dans le traitement préventif des anémies, il faut faire intervenir des questions sociales complexes, et que l'on ne peut aborder ici, et surtout essayer de résoudre.

Dans la plupart des cas d'anémie pernicieuse, dans l'anémie grave post-hémorragique, et même dans beaucoup de chloroses, le repos au lit est nécessaire, ou tout au moins utile pendant un certain temps. Mais dans les formes d'anémies journalièrement observées, il n'en est pas ainsi. En général, l'exercice est indiqué; on devra, par la marche, développer l'activité musculaire; si les circonstances ne le permettent pas, on devra tout au moins envoyer le sujet dans un établissement de gymnastique médicale. Quand la puissance de calorification n'est pas trop amoindrie, l'hydrothérapie froide a une action très favorable sur le système cutané; mais on sera réservé sur les bains de mer.

Parmi les *médicaments*, le fer se place au premier rang. Ce n'est pas à dire, toutefois, qu'il soit souverain dans tous les cas; son indication formelle, c'est la chlorose primitive, pure, maladie qui forme un tout clinique bien net dans le groupe des anémies. Là, le fer est un spécifique, bien que nous ne connaissions pas encore son mode d'action. C'est sous forme de pilules au tartrate ferrico-potassique que la médication martiale paraît le plus efficace. Avec ce traitement, le nombre des globules augmente rapidement, mais la richesse en hémoglobine ne progresse pas avec la même rapidité, et il faut poursuivre longtemps le traitement.

Pour l'anémie pernicieuse progressive, c'est à l'arsenic qu'il faut avoir recours. C'est le traitement spécifique par excellence.

Il est des cas où l'action favorable de l'arsenic est indéniable: il est vrai que pour le processus de cette action nous ne sommes pas plus avancés que pour le fer dans la chlorose. Il est toutefois intéressant de constater que le fer est surtout efficace dans les cas où le taux de l'hémoglobine est diminué plus que le nombre des globules: c'est le cas pour la chlorose où, selon l'expression d'Hayem, c'est chaque globule qui est chlorotique. Dans l'anémie pernicieuse, c'est précisément l'inverse: le taux total de l'hémoglobine y est bien énormément diminué, mais si nous prenons chaque globule en particulier, nous le trouvons en général plus

foncé que normalement, et non plus pâle, plus riche en hémoglobine. On conçoit qu'ici le fer échoue, lui qui a surtout pour effet de rendre l'hémoglobine aux globules qui en sont trop pauvres.

Bureau provincial de Médecine.

Ce bureau s'est assemblé le 24 septembre dernier, à 10 heures a. m., sous la présidence de l'honorable Dr. J. J. Ross.

Présents : Dr R. Rinfret, M. P. P., Dr Gibson, vice-présidents ; Dr A. G. Belleau, secrétaire ; Dr Léonidas Larue, registraire ; Dr Dagenais, trésorier. Les Drs Parke, Watters, Vallée, Lemieux, Simard, tous de Québec ; Guay, St-Romuald ; Côme Rinfret, Ste-Croix ; Labrecque, Malbaie ; Grandbois, Fraserville ; Morrissette, Ste-Hénédine ; Rodger, Craik, George Ross, L. E. Desjardins, J. Perrigo, tous de Montréal ; l'honorable A. H. Paquet, St-Cuthbert ; J. O. Mousseau, St-Polycarpe ; J. H. L. St-Germain, Saint-Hyacinthe ; J. Lippé, St-Ambroise de Killare ; H. A. Mignault, St-Denis ; E. C. P. Chevrefils, Somerset ; F. Trudel, St-Stanislas ; F. Paré, Sherbrooke, Dr J. Prevost, St-Jérôme.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et adoptées.

Le rapport des examinateurs pour l'examen préliminaire est lu et adopté.

Les messieurs suivants ont été admis à l'étude de la médecine et de la chirurgie aux derniers examens préliminaires, tenus les 18 et 19 septembre courant, par les professeurs Verreault, Laflamme, Howo et Petry :

Gaspard Eugène Courteau, Henry S. Shaw, Gaspard Marsolais, Eugène L. Desaulniers, Jos. Emery Lemaire St-Germain, Saint-Hyacinthe ; Gélase Gagnon, Lévis ; R. L. Odilon Peloquin, Portneuf ; Joseph Eudor Blondin, Bécancour ; Horatio H. Barrett, Trois-Rivières ; Fortunat Narcisse Belleau, St-Michel de Bellechasse ; L. H. Brault, Armand Charrette, Avila Daoust, A. Dufresne, Joseph T. Dussault, St-David de l'Auberivière ; Frank Féron, E. F. Flushman, Hilaire Fortin, Lambton ; J. Albert Gélinas, Ulric Jacques, J. Albert Lesage, Ste-Claire ; Fortunat Létourneau, Louis F. Mackenzie, Montréal ; J. W. D. Vézina.

Sur trente-cinq candidats qui se sont présentés aux examens, 24 ont été admis et 11 ont été refusés.

Les gradués suivants se sont fait enregistrer et ont pris leur licence.

Drs. Etienne T. A. Simard, Chs. Herménégilde Plante, Jos. Louis E. St-Hilaire, Charles Eugène Côté, Joseph Guérard, tous de Québec ; Louis Victor Vézina, St-François, Rivière du Sud ;

Frank McEown, de Boissevain, Manitoba; Auguste Audette dit Lapointe, Ste-Cécile du Bic, Edouard Achille Costolow, L'Avenir; Gabriel Narcisse Tremblay, St Roch des Aulnaies; Horace Honorius Préfontaine, Valcourt; Louis Arthur Eug. Lelaidier, St Jean Deschaillons; Prosper Synott, Eboulements; Pierre G. Al. Giroux, Ile-Verte; Louis Jos. Ameidà Valois, de Valois; Jos. A. Oscar Brodeur, Stukeley-Sud; W. Newtoa Smiley, St-Lambert, Montréal; Charles Lazare Robillard, West Wickham; Joseph Alphonse Piette, Sorel; Joseph Napoléon H. Campeau, Sainte-Cunégonde; D. J. Hector Berthiaume, Ste-Marthe; V. Arsène Lafrenière, Ste-Hélène, Bagot; Thos. S. T. Smellie, Birtle, Manitoba; D. James Evans, Jean-Baptiste M. Forest, Montréal; Évariste C. Tromblay, Wauregan, Conn; J. T. Reid, Manitoba; Arthur Taillefer, Montebello; Wesley Groves, Fitzroy Harbor; Ferdinand Bélanger, Ste-Rose; James Edward Hanna du Queen's College; L. de Lotz, binière Harwood, Montréal.

Les bacheliers suivants sont admis à l'étude de la médecine et de la chirurgie sur présentation de leurs diplômes respectifs :

Frédéric Boulanger, Ste-Agathe; John Bergeron, Ste-Sophie, d'Halifax; Ant. Asselin, Manchang, Mass; L. Arthur Lessard, St-Joachim; Léon Fiset, Québec; Jos. T. Gauvreau et Ed. J. A. R. Martin, Rimouski; Jos. Ed. Dubé, Montréal; Zénon Malot, Ste-Julie de Verchères; David Roberge, St-Cuthbert; Hormisdas Fréchette, St-Norbert, Berthier; Geo. H. Mathewson, Montréal; Jos. John Ross, Dewittville; Nap. Lambert et Honorius Ricard, Trois-Rivières; James Pritchard, North Wakefield; J. B. E. Tessier dit Lavigne, J. A. Bernier, Frédéric Pelletier, Jos H. Riopel et Art. Trudeau, Montréal.

Le rapport des assesseurs de l'Université Laval est lu et adopté.

Proposé par le Dr Rodger et secondé par le Dr. Chèvrefils :

Qu'à l'avenir, à l'assemblée du comité de créances qui devra siéger la veille de l'assemblée semi-annuelle, le président et le vice président (qui doivent signer les licences), soient présents, que toutes les licences soient préparées ce jour-là et que le comité fasse rapport au bureau le jour suivant, et que le comité de créances soit composé des officiers du Collège et des Drs. Craik, Perrigo, Desjardins et Lemieux.

Le Dr. Guay, propose, secondé par l'hon. Dr. Paquet, et il est résolu unanimement : que les membres du Collège des Médecins de la province de Québec ont appris avec un vif regret la mort du Dr. D. Alf. De St Georges, gouverneur de ce Collège pendant de nombreuses années, et que copie de la présente résolution soit transmise à sa famille.

Proposé par le Dr. Guay, secondé par le Dr. Côme Rinfret, et résolu : que le Dr. Arthur Vallée, de la ville de Québec, soit nommé gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, au lieu et place de feu le Dr. De St-Georges.

Deux aspirants à la licence sont refusés, ne s'étant pas conformés à la loi.

L'avis de motion suivant est présenté :

Considérant qu'il serait utile de constituer tous les médecins de la province en une association de secours mutuels, il est proposé par le Dr. Lippé, secondé par le Dr. Labrecque, qu'à la prochaine assemblée générale des gouverneurs du Collège, il soit discuté et résolu, s'il y a lieu, d'augmenter la contribution des membres, de manière à pouvoir accorder une certaine somme aux familles des médecins qui viendront à décéder.

Les trois avis de motion suivants qui avaient été présentés à l'assemblée tenue à Montréal, le 14 mai dernier, sont remis à la prochaine assemblée qui sera tenue à Montréal, le second mercredi de mai prochain :

Avis est donné par le Dr St Germain, secondé par le Dr Laberge, que la résolution suivante sera proposée à la prochaine assemblée qui se tiendra le 24 septembre prochain :

Attendu que l'établissement d'une association médico-chirurgicale dans chaque district de la province, est désirable, et favoriserait très efficacement les intérêts scientifiques des membres de la profession médicale ; attendu que ces associations ne pourraient se maintenir et arriver à leur but que moyennant des sacrifices pécuniaires assez considérables de la part de chacun de leurs membres ; attendu de plus que le bureau a eu mains une somme de plus de \$6,000, qui est improductive au point de vue des intérêts intellectuels des membres du dit Collège ; à ces causes il est résolu qu'en vue de favoriser et encourager l'établissement d'associations médicales dans chaque district de la province, ce bureau, en vertu d'un pouvoir qui lui sera conféré par les dispositions de l'acte médical maintenant en force, octroyera chaque année à toute association médico-chirurgicale de district un montant égal à la moitié des contributions payables annuellement au Collège par les médecins de tout district où telle association qui existe ou existera à l'avenir ;

Pourvu toujours qu'il soit démontré à la satisfaction des membres de ce bureau que telle somme ainsi octroyée aura été employée judicieusement dans les intérêts de la profession, soit pour achat de livres, cartes, abonnements aux journaux ou revues scientifiques, etc. ; autrement tel octroi sera retranché.

Autre avis de motion. Proposé par le Dr Desjardins, secondé par le Dr Dagenais : que le comité de législation professionnelle soit chargé de préparer un projet de loi au point de vue de remettre au Bureau des médecins et chirurgiens le contrôle des examens pour l'admission à l'étude de la médecine dans la province de Québec.

Autre avis de motion. Proposé par le Dr St-Germain, secondé par le Dr Lippé :

1. Que les mots suivants soient ajoutés à la fin du paragraphe 4 du chapitre 1 des règlements :

“ Mais aucun procureur ne pourra voter pour plus de 20 membres.”

2—Que la phrase suivante soit ajoutée après le mot “ jour ” à la 4e ligne du 18e paragraphe du chapitre 1er :

“ Sur preuve que la dite somme de \$10.00 est insuffisante pour rembourser et indemniser des frais de déplacements, dépenses de voyages, pensions, etc., d'aucun membre de ce bureau présent aux assemblées semi annuelles ou extraordinaires, une somme additionnelle suffisante pour équilibrer les dites dépenses lui sera payée ”

3. Que la section 10e du chap. 4e des règlements soit abrogée et remplacée par la suivante : “ Tout candidat qui aura été refusé à un premier examen pourra exiger, à la même assemblée de ce bureau, une seconde épreuve devant un comité autre que celui qui l'aura examiné en première instance, lequel comité sera nommé par le président, seul ou aidé de l'un ou de l'autre des vices-présidents.

Il est proposé par le Dr. Chèvrefils, secondé par l'hon. Dr. Paquet, que le secrétaire soit autorisé à écrire au Dr. Campbell, président du comité nommé pour préparer des amendements à l'acte médical concernant l'exercice illégal de la profession, de convoquer le dit comité et faire rapport à la prochaine assemblée.

Le secrétaire est chargé d'écrire aux agents pour les différents districts et leur demander de faire rapport.

Proposé par le Dr Mousseau, secondé par le Dr. Jules Prévost et l'hon. Dr. Paquet, et résolu unanimement que le bureau, par son président et son secrétaire, se mette en communication avec le bureau médical d'Ontario pour qu'il y ait réciprocité de pratique entre les médecins pratiquant à quinze milles de distance de la frontière des deux provinces.

Sur motion du Dr George Ross, secondé par le Dr Rogers, des remerciements sont votés à l'Université Laval pour l'usage gratuit de ses salles.

L'assemblée s'ajourne à quatre heures, pour jusqu'au second mercredi de mai prochain, à Montréal.—*Officiel.*

Nous ne saurions qu'approuver la proposition faite par M. le docteur Lippé, à l'effet de fonder au sein de la profession médicale de la province un fonds de réserve ou de secours destiné à venir en aide aux familles de médecins décédés. Ce n'est au reste que la confirmation d'une pensée émise par nous dans notre livraison d'août dernier. Nous engageons tous les membres du Bureau des Gouverneurs à agir sérieusement un projet qui, à

notre sens, est destiné, s'il réussit, à faire le plus grand bien. Nous cherchons tous les jours à protéger notre clientèle contre l'envahissement des charlatans, pourquoi n'essaierions-nous pas de protéger notre propre famille contre les incertitudes de l'avenir ?

..*

N'en déplaise à notre excellent et sympathique ami M. le Dr. St-Germain, nous ne pensons pas que le projet qu'il caresse d'assurer l'existence et le fonctionnement des associations médicales en leur faisant octroyer une subvention par le Bureau, soit appelé à produire des résultats brillants. S'il s'agit de fonder des cabinets de lecture ou des bibliothèques, à la bonne heure... peut-être. Mais vouloir, par ce moyen, secouer l'apathie et l'insouciance des membres de la profession et les induire à présenter des travaux, recueillir des observations, faire des recherches vraiment sérieuses et en faire bénéficier leurs confrères, cela n'est guère probable. Depuis deux ou trois ans, plusieurs associations de ce genre ont été fondées, une, entre autres, à Montréal. Les débuts ont été encourageants, mais comme bientôt les mêmes noms revenaient sans cesse sur l'ordre du jour, et que le chiffre de l'auditoire ne suffisait pas toujours, au bout de six mois, à constituer un *quorum*, les séances durent être suspendues, et c'est ainsi que sont mortes dans leur plus tendre enfance, ces jeunes sociétés qui, dans l'esprit de leurs fondateurs, méritaient certainement un sort moins rigoureux.

Ce qui manque à nos sociétés médicales, ce n'est pas la contribution pécuniaire, c'est le concours scientifique de tous ceux qui savent tenir une plume, relater une observation, ou élucider un diagnostic. Ils sont nombreux, ceux-là, nous le savons, et pourtant, comment se fait-il qu'il y ait tant d'abstentions et tant d'indifférence ?

En 1882, les rédacteurs de L'UNION MÉDICALE DU CANADA mirent à la disposition des membres de la *Société médicale de Montréal* tous leurs échanges, se montant à environ soixante-dix journaux et revues de médecine, formant ainsi une salle de lecture assez bien remplie. Trois membres seulement daignèrent la fréquenter dès les premiers jours, et, au bout d'un mois, il n'y en eut plus qu'un.

Ces faits seront peut-être de nature à faire voir à M. le Dr. St-Germain que le fonctionnement des associations scientifiques au sein de la profession médicale canadienne-française est loin d'avoir été réalisé jusqu'à aujourd'hui. Il est possible qu'il en soit autrement avec la génération nouvelle, toute pleine d'ardeur et de savoir sans doute, et anxieuse d'en faire preuve. Nous le souhaitons de tout notre cœur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual of the Universal Medical Sciences.—A yearly report of the progress of the General Sanitary Sciences throughout the world. Edited by Charles E. SAJOUS, M. D., and seventy associate editors, assisted by over two hundred corresponding editors, collaborators and correspondents. Illustrated with chromolithographs, engravings and maps. In five volumes royal-octavo—3rd issue 1890, F. A. Davis, publisher, Philadelphia, New-York & London.

Ceux de nos lecteurs qui voudraient avoir des renseignements sur les deux premières séries (1888-1889) de ce célèbre ouvrage peuvent référer: pour la 1ère série à notre no. de juillet 1888—pour la 2ème série à notre no. d'avril 1890. La première série, vu l'immensité du champ à récolter, a fait presque craindre à la profession que la tâche ne fut impossible à répéter annuellement, cependant la série de 1889 fut augmentée et considérablement améliorée. La présente série (1890) loin d'en céder aux précédentes, nous offre des départements nouveaux sur des sujets auparavant inclus dans d'autres départements plus généraux: tels que la Syphilis, par le Prof. W. White, le Mycosis Chirurgical, par le Prof. E. Laplace et la Chirurgie du Thorax, par le Prof. J. McFadden Gaston; tandis que d'autres départements ont subi des modifications importantes. Les gravures, très-nombreuses, la typographie, le papier, la reliure ne laissent rien à désirer, tout cela sans détrimement aux modifications de la série 1889.

La table des matières a été disposée de façon à être plus facile à consulter. 850 journaux de médecine et 250 monographies, thèses, rapports, etc., ont été mis à contribution pour en extraire tous les progrès médicaux opérés sur la surface du globe.

Le mérite d'un pareil ouvrage n'est pas difficile à constater et celui qui ne veut pas reculer faute d'avancer, ne saurait aussi avantageusement et avec une aussi petite somme de travail se tenir au courant des idées du jour. Tous les sujets que comporte l'art de guérir y sont passés en revue, car aucun d'eux ne résiste au progrès.

Nous recommandons donc avec insistance l'*Annual of the Universal Medical Sciences* du Dr Sajous et sommes convaincu d'avance que l'acquéreur ne sera pas désappointé.

Le prix franco—pour les 5 volumes reliés, est de \$15.00 pour les Etats-Unis et de \$16.50 pour le Canada.

Une publication mensuelle, in-octavo, de 20 pages — "The Satellite" est envoyée gratuitement à tous les souscripteurs de "l'Annual", mais à eux seulement.

Les procès-verbaux, mémoires et discussions du 4e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris au mois d'octobre 1889, publiés par les soins de M. le Dr PICQUÉ, viennent de paraître à la librairie Félix Alcan. Cette session a été l'une des plus fructueuses pour la science, grâce au concours considérable de savants français et étrangers qu'avait attirés l'exposition universelle.

Les questions à l'ordre du jour étaient les suivantes : *Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.—Traitement chirurgical de la péritonite.—Traitement des anévrysmes des membres.* Outre les communications et discussions relatives à ces questions, ce volume contient plus de 60 mémoires sur divers sujets. (1 vol. in-8° de 756 p. avec 55 gravures dans le texte, 16 fr., Félix Alcan, éditeur.)

REMONDINO.—**Longevity and Climate.**—Relations of Climatic Conditions to Longevity; History and Religion; Relations of Climate to National and Personal Habits; The Climate of California and its effects in relation to longevity, by P. C. REMONDINO, M. D. San Diego, California.

GOUGENHEIM & GLOVER.—**De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante**, par les Drs GOUGENHEIM et GLOVER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On mande de Berlin que trois cas de mort y ont été constatés dernièrement, dont la cause était le bromure d'éthyle employé comme anesthésique par les dentistes.

L'Académie de médecine, de Paris, s'occupe encore de la fameuse question de la dépopulation de la France. Tout le monde s'accorde à déplorer le mal, mais il ne semble pas que l'on ait encore fait voir la véritable cause du mal.

On se prépare à fêter dignement, le 16 octobre, le cinquanteaire de M. le Dr T. E. D'ORSONNENS, par un grand banquet au St Lawrence Hall. M. D'Orsonnens a été admis à la pratique le 5 octobre 1840. Nos très sincères félicitations.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—L'ouverture des cours de la Faculté de médecine a eu lieu le 1er octobre. Il y a, cette année, un grand nombre d'inscriptions nouvelles.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—L'ouverture des cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, s'est faite avec le cérémonial accoutumé, mercredi le 1er octobre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. le Dr E. A. Poitevin.

Collège de Pharmacie de Montréal.—L'ouverture des cours du Collège de Pharmacie a eu lieu le 1er octobre, dans le spacieux édifice récemment acquis par le Collège, no 595 rue LaGauchetière, sous la présidence de M. D. Watson, président de l'institution. Des discours ont été prononcés par M. le président et par MM. A. Manson, H. Lyman, Dr Hingston, et par les professeurs Reed, Bemrose et Desrosiers.

Nécrologie.—A Bade, M. le docteur Mathews DUNCAN, professeur d'accouchements à *St Bartholomew's Hospital*, Londres, et bien connu par ses nombreux travaux en obstétrique et gynécologie.—Au Château de Valmouth (France), chez son ami M. le professeur Lannelongue, est décédé M. le docteur GAVARRET, professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, inspecteur général des services sanitaires de France, membre de l'Académie de médecine.

Tremblements de terre nocturnes et natalité.—Le correspondant japonais du journal *Le Temps* constate la fréquence des tremblements de terre dans le pays du soleil et l'influence que les Japonais leur attribuent sur la natalité.

“ C'est le plus souvent la nuit que les secousses se produisent. Pourquoi la nuit de préférence? Mystère que la science laisse dans l'ombre. Les simples, —et je suis de ceux-là,—disent que pendant le jour on s'en aperçoit beaucoup moins. Mais les Japonais, adorateurs des forces de la nature, voient dans ce fait une marque de sa prévoyance. Ils l'expliquent d'une manière un peu risquée, si risquée même que j'oserais à peine traduire leur version, si, par une étrange coïncidence, elle ne rappelait un des préceptes de la doctrine évangélique. “ Le but de la vie, disent-ils, est d'avoir beaucoup d'enfants. Or, ce n'est pas chez les gens qui dorment du soir au matin qu'on trouve les nombreuses familles.” A voir la marmaille qui grouille dans les maisons, les Japonais, grâce aux tremblements de terre, sans doute, doivent s'éveiller souvent.

Envisagés à ce point de vue éminemment philosophique, les troubles souterrains n'ont rien de bien effrayant.”

Décès.

PHÉNIX.—A St-Sébastien, le 29 septembre dernier, Anne Marie Joséphine, enfant du Dr T. Phénix, à l'âge de 4 mois et 18 jours.