

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

MEDECINE LEGALE

Note sur l'affaire Ménétrier, à propos du rapport de M. le Dr Marandon de Montyel,

par E. E. DUQUET, M. D.,
Médecin de l'Asile de la Longue-Pointe

Le numéro de janvier et février de l'*Encéphale*, de Paris, contient un rapport médico légal, par le Dr. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, sur "l'affaire Ménétrier."

Ce rapport, écrit avec beaucoup de soin, fait honneur à son auteur par la science profonde et la logique serrée qui le caractérisent. Malheureusement, les déductions qui le terminent sont entachées des idées matérialistes à l'ordre du jour en France, et contredisent les conclusions naturelles et logiques de ce rapport. Ménétrier était accusé d'avoir assassiné la veuve, Garot à Neuilly, près de Dijon, et d'avoir mis le feu à la maison pour faire disparaître les traces du crime.

L'accusé, doué d'une intelligence supérieure pour sa classe, avait une très mauvaise réputation dans le voisinage; il fut désigné comme l'auteur du crime, et arrêté par les autorités; craignant les suites, il simula folie; les magistrats du parquet, différant d'opinion, confièrent le cas au savant médecin en chef de l'asile de Marseille.

L'accusé continua à simuler la folie dans l'asile; il prétextait des désordres mentaux à formes intermittentes, maux de tête, absences, etc., etc.

Après avoir pris connaissance du dossier et examiné l'état mental et physique de l'accusé, l'expert l'invita à lui donner les mobiles du crime, l'avertissant que l'étude ne lui laissait aucun doute sur sa culpabilité; l'accusé demanda des preuves, et frappé des réponses de l'expert, qui lui dit que les données à sa disposition concluaient à sa culpabilité, il entra dans la voie des aveux: il avoua avoir tué la femme Garot et révéla deux autres assassins restés inconnus à la justice et dont il se déclara l'au-

teur, se reconnut aussi l'auteur de trois incendies, de nombreux vols, et d'un grand nombre d'attentats à la pudeur sur la personne d'une petite fille de sept ans. Il renouvela ces aveux le lendemain, devant le juge instructeur et devant le procureur de la République, prétendant avoir commis ces crimes sous l'effet d'impulsions irrésistibles; il avait changé sa tactique et ne parlait plus des symptômes précédents, maux de tête, absences, etc., etc. Transporté à la prison de Dijon pour être confronté avec le cadavre d'une de ses victimes, la femme Fournier, il montra une attitude d'un cynisme révoltant, en face du cadavre, faisant des pieds de nez à la foule qui le huait. Le régime de la prison ne lui convenant pas, il écrivit à l'expert de venir le chercher, dit qu'il voit le cadavre de sa victime; dans une autre lettre, qu'il entend et voit une foule de personnes qui veulent le battre. Il est ramené à l'asile et ne se plaint plus de rien. D'après les recherches prescrites par le parquet, la plus grande partie des assassinats, incendies, vols, etc., etc., furent vérifiés.

Tels sont les détails de l'affaire, " Certes si le nombre et l'énormité des forfaits, dit le savant médecin, à eux seuls justifient le diagnostic médico-légal de folie, Ménétrier plus qu'aucun autre est en droit de le réclamer Si pourtant, continue l'auteur, les forfaits, quelque soient leur nombre et leur énormité, ne constituent pas, en dehors de tout élément d'appréciation, une preuve d'insanité, le moment est venu d'apprécier la conduite de l'accusé," et l'auteur ajoute que si Ménétrier est un malade, il ne peut être atteint que de folie impulsive, ou de folie morale.

Prenant en considération l'impulsion, l'auteur démontre que Ménétrier n'avait pu être atteint de toutes les folies impulsives, tel que voulait le démontrer son avocat; tour à tour kleptomane, pyromane, dipsomane, satyre, suicidique et homicide dans l'espace d'une année, l'absence de mobile faisait-il défaut chez l'accusé? au contraire, il tuait, volait, incendiait, pour se procurer l'argent nécessaire pour mener une vie de débauche et d'oisiveté. Notons en passant cette admission de l'auteur: "au cas où des crimes dus à une telle paroxysme seraient les produits d'impulsions irrésistibles, je dis qu'il faudrait supprimer le code pénal, et déclarer tous les criminels impulsifs."

L'expert passe en revue les crimes de l'assassin, commençant par les attentats à la pudeur; il dit que comme tous les criminels il a choisi sa victime, son heure, il a pris ses précautions, donc il n'y avait pas d'irrésistibilité, sa tentative de suicide était celle d'un alcoolique, et les incendies, les meurtres, les vols, indiquent un mobile, le vol, et non une impulsion irrésistible; de plus, ses victimes étant toutes des personnes âgées, "il faudrait admettre, dit l'auteur, un instinct morbide à la strangulation exclusive des vieilles vivant seules."

L'examen des antécédents de Ménétrier rouve qu'il n'est ni

un héréditaire vésanique, ni un débile, et qu'il n'a présenté aucun des symptômes physiques qui accompagnent les accès d'impulsions, et l'auteur conclut que Ménétrier n'est pas un impulsif.

Reste la folie morale qui est définie par l'auteur "une affection mentale caractérisée par l'absence ou la perversion du sens moral, avec conservation de l'intellect."

" Sous l'influence de l'hérédité vésanique, du traumatisme, d'une maladie fébrile, d'une lésion organique du cerveau, tel homme, doué d'intelligence, se livrera aux actes les plus dépravés ou les plus criminels, guidé par le seul besoin d'une satisfaction égoïste, sans sentir l'odieux de sa conduite, bien qu'il connaisse en théorie et la distinction du permis et du défendu, et la sanction attachée par la société à la transgression de ses lois, tandis que tel autre, intelligent lui aussi, malgré l'horreur que lui inspirent ses dépravations, y trouvera une volupté si grande qu'il restera sans force pour les dominer."

L'expert admet ensuite que la tendance actuelle est de considérer les criminels comme des fous moraux. Avec les développements qu'il donne à sa définition de la folie morale, tous les crimes contre les personnes et les propriétés doivent naturellement être considérés comme les faits des fous, et, cependant, il va prouver d'une manière irréfutable que Ménétrier n'est pas un fou moral, et par le fait battre en brèche la définition qu'il donne de la folie morale.

M. le docteur Lombroso, professeur de médecine légale à l'Université de Turin, a publié il y a quelques années un traité sur l'anthropologie criminelle, intitulé "L'uomo delinquente"; ce livre, qui contient des doctrines scientifiques prouvées et généralement admises, contient aussi une foule d'hypothèses taillées dans le matérialisme le plus crû. Comme tout ce qui est nouveau, cet ouvrage a soulevé l'enthousiasme de beaucoup d'aliénistes en France et en Italie, et l'auteur du rapport discute quelques unes des données du professeur Lombroso, tâchant d'accorder son admirable rapport avec les assertions matérialistes du savant italien. Il admet avec lui que la criminalité a ses origines dans l'atavisme, que le criminel, qu'il soit né, d'habitude, ou d'occasion, son acte n'est que la reproduction de ce que fut l'état régulier, qu'il n'y aurait certainement pas de criminels si nos ancêtres ne l'avaient été par leurs développements intellectuels et les milieux où ils ont vécu. "Quoi de plus logique, dit-il; toute action humaine n'est-elle pas le résultat du double jeu des milieux et de l'organisation cérébrale? Or cette organisation a été transmise de génération en génération en se perfectionnant sans doute, mais non sans que, chez quelques-uns, il ne se produise des réversions." La criminalité est une réversion. Voilà une flagrante contradiction entre les idées qui précèdent et l'excellent rapport de l'auteur qui conclut à la responsabilité de Ménétrier. En effet, si Ménétrier était

un criminel d'habitude (et l'exposé de ses crimes prouve qu'il l'était), et si le criminel d'habitude est un fruit gâté qui a subi une réversion, si par malheur il a hérité de tous les mauvais instincts de ses ancêtres, comment l'auteur peut-il conclure qu'il est coupable, et être logique? Cela me rappelle l'opinion que donnait le docteur W. H. Hammond, de New-York, sur Guiteau, l'assassin du président Garfield, en réponse à un reporter d'un journal de New-York qui lui demandait ce qu'il pensait de Guiteau. Guiteau, dit-il, est un déséquilibré, un fou moral. Et que doit-on faire avec ces gens? dit le reporter. Les pendre comme on fait des chiens enragés, répond le docteur.

L'expert, cependant, refuse, avec l'auteur italien, d'assimiler le criminel au fou moral, et il considère cette admission du professeur Lombroso comme une erreur qui provient, dit-il, de ce que le nombre de criminels jugés et condamnés comme tels sont en réalité des fous moraux. "La manifestation atavistique se produit, dit l'auteur, dans trois conditions différentes: Une organisation spéciale, l'habitude, l'occasion, et rien de ce qui a existé ne se perd, et notre encéphale contient à l'état plus ou moins latent selon les individus, toutes les manières d'être de nos pères."

Cette assertion de l'auteur n'est pas prouvée par les faits; il est pour le moins extraordinaire d'avancer que notre encéphale contient, à l'état latent, toutes les manières d'être de nos pères, et que l'occasion développera telle qualité ou tel vice parce qu'ils ont existé chez les ancêtres; alors les familles seraient toujours les mêmes depuis le commencement; les individus auraient les mêmes caractères, les mêmes qualités, les mêmes vices. L'auteur veut prouver par là que nous avons tous une tendance au crime, et que le criminel d'occasion sera vous, moi; que nous commettrons délibérément tel ou tel crime dans l'occasion, parce que nos pères les ont commis, qu'une loi fatale qu'il appelle la loi de l'atavisme nous y expose tous.

L'auteur fait ensuite une description du criminel né qui, d'après les recherches de Lombroso, serait un être à part, muni de stigmates physiques de deux espèces, dont les uns ont un cachet dégénératif rappelant l'aliénation mentale, et les autres un cachet atavistique rappelant les peuplades primitives; il dit que Lombroso conclut de là que le criminel tient du sauvage et de l'aliéné, confusion regrettable. Il divise lui-même les criminels nés en deux classes, les uns, à stigmates physiques dégénératifs, sont des fous moraux, les autres, à stigmates physiques atavistiques, ressemblant les peuplades primitives, sont les criminels nés proprement dits. Ceux qui ont lu l'admirable description de la folie des dégénérés par le savant médecin en chef de l'asile St. Anne, de Paris, reconnaîtront facilement les signes caractéristiques de sa dégénérescence héréditaire, dans ces signes physiques atavistiques.

des prétendus criminels nés. Si le professeur Lombroso, et après lui l'auteur du rapport, avaient suivi la méthode expérimentale, s'ils avaient comparé les imbéciles, fous moraux des bagnes, portant leurs prétendus signes physiques atavistiques, avec les idiots, imbéciles et débiles internés dans les asiles d'aliénés, ils auraient trouvé que les mêmes signes physiques se rencontrent chez les uns et les autres, et qu'ils sont tous le résultat de la dégénérescence héréditaire.

" Il est démontré en physiologie du système nerveux, dit l'auteur, que la reproduction des mêmes actes fortifie, développe les dispositions de ce système et facilite à un haut degré l'exécution de ses actes; telle est l'origine de la criminalité d'habitude, tel était Ménétrier. Fut-il né dans un autre milieu, dans des conditions favorables, le criminel d'habitude aurait été un honnête homme.

" Sans doute il y a chez lui un fond pire que le commun des hommes, mais aucune fatalité ne pèse sur lui, il serait sans un grand effort un vertueux."

J'ai cité ce passage tout au long parce que l'auteur y enseigne la bonne doctrine. Nous sommes loin ici d'une réversion dans l'organisation cérébrale, et je ne puis comprendre comment plus loin l'expert trouve que l'être qui, possédant son libre arbitre, développe une habitude criminelle qu'il aurait pu, *sans grand effort*, contrôler, puisse être un malade; n'en est-il pas ainsi pour toutes les habitudes, quelles soient criminelles ou non, et si le criminel qui a une volonté libre de faire le bien ou mal choisit le mal de préférence, pour voler, favoriser sa paresse et ses passions, n'est-il pas responsable de l'acte criminel qu'il commet volontairement? D'ailleurs, l'enquête dans l'affaire Ménétrier a prouvé que souvent il pleurait, et Lallier qui a partagé son lit quelques nuits dit qu'il était en proie à une agitation telle que lui-même a été obligé de se trouver un autre lit pour dormir. Sa conscience lui reprochait donc ses forfaits, et il n'en continuait pas moins sa vie criminelle. L'histoire de Ménétrier est l'histoire de tous les criminels d'habitude, l'impunité de leurs premiers crimes les a faits ce qu'ils sont.

L'auteur admet que l'anthropologie criminelle ne vient que de naïveté, que les idées émises ne sont que des hypothèses, qu'on ne fait pas de médecine légale avec des hypothèses, et que bien que le diagnostic différentiel de la criminalité d'habitude avec la folie morale soit un problème des plus délicats, elle permet cependant de le résoudre, et ce, au moyen de la clinique qui permet de distinguer que le criminel fait le mal dans un but intéressé: convoitise, haine, vengeance, tandis que le fou moral fait le mal pour faire le mal, et parce qu'il n'apprécie pas la portée morale de ses actions. Après avoir passé en revue la différence clinique entre le fou moral et le criminel d'habitude, il dit que si ce dernier est malade, il est malade d'une autre maladie que le fou moral.

Suivent les conclusions fausses, matérialistes et contradictoires, où l'auteur tire des conclusions pour le moins étranges. Je vais citer en entier.

“ Convaincu que le crime est un fait d'atavisme, que les criminels nés, ou d'habitude, sont des êtres à part, (je crois avoir démontré le contraire avec les conclusions naturelles du rapport de l'auteur pour ce qui concerne le criminel d'habitude) chez lesquels, pour une cause ou pour une autre, les acquisitions du passé l'emportent sur celle du présent, et que le système pénitenciaire actuel aggrave l'état mental du prisonnier, au lieu de l'améliorer, j'ai pourtant fait condamner Ménétrier. En agissant ainsi, j'ai fait mon devoir. Les choses étant ce qu'elles sont, les magistrats demandant à un expert si tel accusé était ou n'était pas aliéné au moment du crime, celui-ci trahissait la confiance mise en lui en ne se tenant pas au sens attaché par la magistrature au mot aliéné; pour elle est aliéné tout homme dont l'état mental, lors de la perpétration du crime ou du délit, aurait justifié le placement dans un asile. Il est évident que le devoir strict du médecin légiste est de ne pas s'écarter de cette donnée. Or, de nos jours, le criminel, tel que défini, distingué du fou moral, n'est pas pour la société un malade, elle le déclare responsable et digne de châtement. Elle commet une erreur, soit, mais l'expert n'est pas chargé de réformer la société. Si, partant de cette idée que le crime est dû à l'atavisme, que le criminel est victime de son organisation et des milieux, il concluait à l'irresponsabilité, il serait aussi coupable que le juré qui, dans une affaire capitale, voterait des circonstances atténuantes pour cette seule raison qu'il n'est pas partisan de la peine de mort. Ils trahiraient l'un et l'autre la mission qu'ils ont acceptée. L'expert doit déclarer l'accusé criminel ou aliéné, sans se préoccuper des conséquences de ses conclusions. C'est à tort, je crois, que la magistrature s'occupe des travaux actuels sur l'anthropologie criminelle. Certes, nous espérons bien que dans un avenir plus ou moins éloigné, ils auront pour résultat la refonte du code pénal et la transformation des prisons, mais tant que la législation n'aura pas subi les améliorations que nous souhaitons, la magistrature peut être assurée que les experts même les plus convaincus des errements actuels concluront comme je l'ai fait pour Ménétrier.

Cependant Ménétrier n'a pas été exécuté; condamné à mort par un verdict unanime muet sur les circonstances atténuantes, sa peine a été commuée en celle des travaux forcés à perpétuité. Certes la magistrature peut bien être rassurée, car le système après lequel soupire le savant médecin existe déjà en France. Si j'excepte les améliorations encore à faire aux bagnes pour en rendre le séjour plus agréable aux condamnés, la peine de mort est virtuellement abolie, puisqu'un criminel coupable de forfaits

aussi odieux, commis dans des circonstances si révoltantes, peut espérer voir sa sentence de mort commuée en l'emprisonnement à vie.

En terminant, ne suis-je pas en droit de regretter que l'excellent travail du docteur Marandon de Montyel ait fini par une semblable conclusion ?

Quatrième étude sur le traitement de la diphthérie.—Procès de la cautérisation.

par M. J. PALARDY, M. D., St. Hugues.

Dans le numéro de mars 1888 de l'UNION MÉDICALE, Monsieur le docteur C. Côté, de St. Paul de Chester, a publié une communication fort élaborée sur la diphthérie et son traitement, surtout pour établir que la cautérisation *a fait son temps*. Il cite grand nombre d'auteurs à l'appui de son opinion, voulant prouver que la cautérisation est ou doit être rejetée par les savants du jour.

Je félicite mon jeune ami sur son travail qui est bien fait. Cependant, il me permettra de remarquer que j'ai trouvé quelque chose de hasardé à propos de ses citations, lorsqu'il donne à entendre que les auteurs en faveur de la cautérisation doivent être regardés comme ne méritant pas la considération d'auteurs plus nouveaux. J'ai été étonné de voir que Trousseau, qui est mort depuis quelques années, est classé à peine parmi les contemporains. La dernière édition de ses admirables cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris ont été rééditées en 1882 ; qu'elles aient originé en 1868, qu'est ce que cela fait quant à la valeur des opinions, puisqu'elles ont été longtemps sous les yeux de leur auteur, alors qu'il était lui-même en demeure de rectifier avant sa mort, s'il avait trouvé raison à des modifications à propos de la cautérisation dans la diphthérie. Au contraire, il blâme ouvertement la nouvelle méthode de la non intervention du caustique. Cependant, avant de mourir, il connaissait les *coccus*.

Trop vieux Trousseau ! parceque ses idées ne rencontrent pas aujourd'hui l'opinion des adversaires de la cautérisation, et il vient de finir une carrière brillante !

Les jeunes doivent remplacer les vieux, c'est dans l'ordre, mais il ne faut pas les vieillir trop vite ces chers vieux. L'intelligence et l'existence sont de si belles choses à tous les âges de la vie, que les vieux aiment autant que les jeunes à jouir de ces bienfaits de Dieu. Le respect de soi-même et des autres consiste à donner à chacun ce qui lui appartient. C'est le vrai système de la réciprocité dans les rapports humains, et le meilleur moyen de s'aimer

les uns les autres. Grisolles est plus vieux que Trousseau, c'est vrai, mais son opinion était appuyée sur l'expérience, lorsqu'il écrivait son bel ouvrage de "Pathologie interne," qui a été réédité sept à huit fois, il y a à peine un quart de siècle.

Je défends Grisolles et Trousseau, parce que ce sont les deux seuls auteurs affaiblis dans l'article du correspondant. Si j'avais le temps et une bibliothèque à ma disposition, il me serait facile de citer une foule d'opinions d'auteurs et de médecins en faveur du principe que l'on défend; c'est partie remise. Les observations nouvelles, avec tous les émoullients et adoucissants connus, sont loin d'offrir une statistique plus heureuse que celle des temps passés.

Ce qui m'a frappé le plus dans l'intéressante communication de M. le Dr Côté, c'est qu'il abhorre lui-même la cautérisation qui n'est plus à la mode, étant trop *vieille*, mais, *insidieusement*, il l'introduit dans son traitement. Est-ce pour la rajeunir? Il a commis la même inconséquence que ses devanciers qui ont écrit sur le même sujet, depuis quelque temps, dans les journaux du pays. Voici sa prescription: Pepsinæ porci, ʒi; acidi hydrochlorici, ʒtt xv; alcohol, ʒiv; aquæ, Q. S. ad ʒii.

Appliquez en gargarisme; une cuillerée à soupe, toutes les heures.

Quelle différence donc avec nous, admirateurs de la cautérisation plus localisée? Nous appliquons à la gorge l'acide hydrochlorique ou autre, étendu d'eau, avec une petite éponge ou pinceau, 1 à 2 fois par jour, et quelques-uns plus souvent. Ce traitement local est combiné, comme le vôtre, au traitement interne qui est le même pour le plus grand nombre. Le remède le plus usité est le chlorate de potasse, uni à la teinture de fer muriatée. On a abusé de la cautérisation, je n'en doute pas; on a abusé du mercure, de l'opium, etc., en un mot, de tous les systèmes. On a donné les remèdes à doses énormes, d'autres fois à doses insignifiantes. Allez-vous les rejeter de la pratique pour cela? De quoi n'a-t-on pas abusé dans le monde? même de Dieu, dont on abuse tous les jours.

Comparez les écrits qui ont été publiés dans le pays, sur la diphthérie, depuis quelques mois, avec d'autres publiés ailleurs antécédemment, et vous verrez que, dans le fond, la différence n'existe pas, surtout dans le traitement soumis par M. le Dr Côté. Ce sont presque les mêmes prescriptions. Le mode de cautérisation qu'il emploie diffère un peu plus de celui que nous recommandons, c'est vrai, mais c'est toujours de la cautérisation que l'on fait. D'heure en heure, mon jeune et enthousiaste confrère, appliquez, en gargarisme, la médication topique et caustique par l'acide chlorhydrique et l'alcool; voyez sa prescription, page 118, UNION MÉDICALE, mars 1888. Ce mode de cautérisation ne vaut pas le nôtre, parce qu'il est moins actif; de plus, il ne s'applique pas seule-

ment sur les parties malades, mais indistinctement sur les parties saines. La cautérisation appliquée directement est plus facile à localiser que celle faite par le gargarisme chargé de remèdes.

Je dirai donc bien franchement à messieurs les amateurs des adoucissants et des émoullients dans le traitement de la diphthérie de ne plus jouer sur les mots ; de la tisane, c'est de la tisane, mais des acides, ce sont des caustiques. S'il vous plaît, messieurs, si vous rejetez dans votre esprit la cautérisation, pourquoi l'admettre sous une forme quelconque et l'intercaler dans votre traitement. De cette manière, vos statistiques ne pourront être invoquées contre la cautérisation que lorsque votre eau chaude ou votre glace, etc., seront données seules ; c'est le meilleur moyen de faire la part de chacun des remèdes employés dans l'espèce, afin de ne pas mettre sur le compte de l'un un succès qui peut ne pas lui appartenir ; car on ne peut préciser l'effet particulier lorsqu'il y a plusieurs remèdes introduits en même temps, surtout lorsqu'ils sont d'espèce différente. Le traitement général et le traitement local doivent marcher de paire ; ils se complètent l'un et l'autre. D'ailleurs, même avec votre cautérisation mitigée ou déguisée, avec vos adoucissants, vos statistiques ne prouvent pas en faveur de votre méthode. Dans tous les cas vous ne faites pas mieux. Si vous voulez que votre eau chaude, vaporisée ou autrement, même avec un grain de permanganate de potasse ou autre alcalin en faveur, (comme qui dirait le benzoate de soude) dans votre solution, ait tout le mérite de vos guérisons, mettez de côté l'application, dans la gorge, de vos acides ou de votre solution antiseptique et irritante, au moyen de la vapeur ou du gargarisme. Vous aurez bonne grâce, ensuite, de nous dire que vous n'usez plus de ces choses du vieux temps. Et Trousseau et les autres qui vous opposent n'auront pas besoin ou raison de réclamer, ils devront céder le pas avec plaisir aux découvertes modernes de la bactérie et de ses congénères, pourvu que vous nous empêchiez, avec n'importe quel traitement, d'être mangés par ces petits êtres qui portent le nom de *coccus*.

Monsieur le docteur Côté, admirateur des célébrités du jour, tels que Pasteur, Von Ziemssen, Cœrtel, Koch, dit au cours de ses remarques, " que les médecins qui ont précédé ces illustrations ne pouvaient traiter la maladie qu'à tâtons." (Page 119, UNION MÉDICALE, mars 1888.) Permettez-moi de faire observer que nous connaissons aujourd'hui la cause du mal diphthéritique, mais, en fait de traitement, nous marchons encore à tâtons. Que l'on examine votre traitement. Qu'avez-vous ajouté à l'ancien ? Autrefois, c'étaient les alcalins avec les préparations de fer et la cautérisation locale. Quand on lit aujourd'hui vos prescriptions, c'est encore cela. Votre cheval de bataille, c'est le chlorate de potasse et la teinture de fer muriatée, avec un gargarisme à forme caustique, (UNION MÉDICALE, page 118). Comparez avec mes prescriptions

publiées dans l'UNION MÉDICALE de juillet 1887, vous y verrez, à peu de chose près, les mêmes remèdes. D'autres préfèrent le benzoate de soude à l'intérieur, et un gargarisme sur la gorge, ou vaporisé directement. Quelle modification trouvez-vous donc, dans le traitement, depuis la découverte de la bactérie? Le *coccus* est découvert mais le fond du traitement reste le même, quoique vous disiez

M. le docteur Côté soutient qu'il diffère avec nous sur l'emploi de la cautérisation. La différence se réduit à zéro, et se traduit par une simple contradiction. Son malade fait la cautérisation lui-même avec un gargarisme caustique, tandis que nous la portons directement avec un petit pinceau. Le fond emporte la forme, voilà tout. Le meilleur microbicide de la diphthérie est encore, aujourd'hui, celui que l'on employait autrefois à tâtons, seulement le mode d'administration est un peu changé.

Est-ce là le progrès du 19^{ème} siècle? Dans la pratique, on meurt pareillement ou encore plus, sans doute, à propos de diphthérie.

En médecine, il faut avoir la foi, l'espérance et la charité, on n'est pas médecin sans cela. Lamartine l'a dit: "Le médecin doit être bon, c'est la moitié de son génie. La bonté est le da-guérotype du cœur." Quel bel encouragement pour propager le système des *douceurs*!

Tout en admettant cependant la différence des tempéraments, il ne faut pas rendre ridicules les discussions entre médecins par de simples contradictions se rabattant sur le génie moderne, ou en changeant une formule sans changer le remède, ou le changeant par un de la même classe. On discrédite les hommes ou les systèmes par de tels procédés. On a un exemple frappant de cet esprit et de cette tendance à la contradiction entre médecins, à l'occasion de la maladie du Prince Impérial d'Allemagne, qui vient d'être nommé empereur sous de bien tristes circonstances. Cette fois, c'est le Dr MacKenzie qui est en cause, une célébrité invoquée par mon aimable correspondant, le Dr Côté. A propos du Prince, les médecins allemands veulent que ce soit un cancer au larynx dont souffre Sa Majesté. Le docteur MacKenzie et Cie. opinent pour une autre affection de la muqueuse laryngée du nom de "*pachydermia verrucosa*." Pourtant la dernière consultation donne raison aux Allemands contre les Anglais; la maladie est de nature cancéreuse et le prince en mourra, malgré l'habileté de ces Messieurs, qui ne veulent pas se mettre d'accord à propos de cet illustre patient. On suppose que l'accord sera parfait quand il s'agira de produire la note. On a vu la même affaire se renouveler à la mort du Président Garfield; seulement la note fut trouvée exagérée, et le gouvernement des Etats-Unis refusa de payer.

Les médecins sont donc les mêmes partout, ils tiennent à leurs idées, quoique la plupart du temps on s'appuie sur des hypothèses

ou sur une expérience qui est souvent modifiée par les circonstances ou les sujets à traiter. La franchise peut seule remplacer l'incertitude. Le malade est souvent mort et on n'est pas encore d'accord sur la cause de son décès, chacun se croyant maître de son sujet ou supérieur à son confrère. Est-ce que le premier péché capital aurait plus de prise sur nous que sur les autres humains ?

Quelle triste chose tout de même que cette incertitude dans l'esprit des médecins, qui, cependant, ont la prétention de prolonger la vie de leurs semblables en aidant la force médicatrice de la nature, qu'il est important de connaître. Molière fit de belles satires aux dépens des médecins de son temps, dans ses célèbres comédies intitulées : *Le malade imaginaire*, et *Le médecin malgré lui*. L'ignorance exagérée des médecins d'alors, sautait aux yeux de tout le monde, et Molière, en homme d'esprit profita de la position pour faire rire le public. Les médecins du jour sont certainement plus habiles que leurs devanciers, mais nous avons encore des côtés ridicules. Il n'y a rien de surprenant, si les vieilles causticités du grand comique français sont autant à la mode. On les joue encore avec plaisir parce que le public y trouve son compte à nos dépens.

C'est peut-être notre faute, aussi, si on nous applique le *caustique* de cette manière. J'admets franchement que le *caustique* n'est aimable sous aucune forme ; mais il peut être très utile placé à temps et à propos. C'est un bon moyen pour dire ou connaître la vérité.

Pour ce qui regarde le traitement de la diphthérie, malgré toutes nos contradictions, je suis d'avis que nous sommes bien près de nous entendre. Nous admettons tous la supériorité et la nécessité du traitement général, et quoiqu'on disc, nous donnons tous à peu près les mêmes remèdes.

Quant à la cautérisation locale qui paraît le plus nous diviser, les adversaires de ce moyen l'emploient malgré eux, soit sous forme de gargarisme ou de vapeur caustique. Cependant, disent-ils, ce n'est pas de la cautérisation. Je dirai comme Lafontaine dans une de ses fables : *si ce n'est toi, c'est donc ton frère*.

On n'a qu'à lire les écrits de nos savants contradicteurs depuis quelque temps, pour se convaincre de l'inconsistance de leur prétention ou de leur manque de franchise en cette occasion.

L'évidence est loin d'être faite sur la question du traitement de la diphthérie ; ce qu'il y a de plus visible, c'est l'esprit de contradiction, ou le peu de certitude des moyens curatifs mis à notre disposition. Ce n'est peut-être pas un grand mal, puisque du choc des idées naît souvent l'étincelle qui conduit à la vérité.

Où sont les spécifiques pour guérir les maladies ? Ou en a si peu qu'il est facile de les compter. C'est loin d'être honorable pour nous, depuis des siècles que nous cherchons. Dieu, en nous cachant l'essence des choses, voulait nous astreindre en tout et partout à la loi du travail.

On me reprochera peut-être ma trop grande vivacité dans cette discussion, ou mon trop fort attachement à l'ancienne façon. Aussi il est difficile d'abandonner de vieux amis qui vous sont toujours restés fidèles.

Tout en reconnaissant les découvertes modernes, et les pas de géants des hommes du 19^{ème} siècle en fait de progrès de toute espèce, que notre enthousiaste correspondant admire et que j'admire avec lui, cependant, je ne puis oublier ceux que j'ai aimés dans la pharmacopée et qui le méritent encore.

Pour moi, tous les remèdes modernes en *ol*, y compris même l'*eucaalyptol* dans la diphthérie, avec toutes les modes nouvelles les plus *douceurcuses*, ne semblent pas changer la mortalité qui est énorme dans cette maladie par toute la terre, et qui va toujours en augmentant. Les statistiques sont là pour le prouver. La diphthérie est à la tête de la destruction des êtres humains. La cause de la maladie est connue, mais le traitement curatif et spécifique ne l'est pas. Que l'on se contredise ou que l'on se chicane tant que l'on voudra, la mort et les *coccus* sont là, qui nous déciment, en attendant mieux de notre part.

Enfin, puisque la preuve du meilleur traitement dans la diphthérie n'est pas faite, j'aimerais encore à *tâter* du caustique ; ça brûle un peu, mais ça fait du bien au physique comme au moral.

Au revoir, M. le Rédacteur, et merci pour votre bienveillance à m'ouvrir aussi facilement les colonnes de votre journal.

St. Hugues, 12 mars 1888.

Menstruation prématurée et cancer utérin précoce.—M. BERNARD, après avoir cité un certain nombre de faits prouvant que la menstruation précoce peut s'établir dès la première semaine de vie, mais qu'elle survient surtout de un à deux ans, rapporte l'observation d'une dame chez laquelle le premier écoulement sanguin fut noté à l'âge de trois semaines. Dès lors, la menstruation fut régulière tous les mois et s'accompagna des troubles qui lui sont ordinaires. A l'âge de neuf ans, elle fit une chute assez élevée, et les règles disparurent, pour se montrer de nouveau, définitivement, à douze ans. Elle fut mariée à vingt ans et n'eut pas d'enfants. Il est à noter, que malgré l'écoulement sanguin, le développement des organes génitaux ne se fit qu'à l'époque normale.

Au commencement de 1886, il se développa un épithéliome du col utérin, et la malade a succombé, il y a quelques mois, à l'âge de vingt huit ans et demi. L'auteur rapproche l'une de l'autre la menstruation prématurée et l'apparition du cancer plusieurs années avant l'âge de prédilection.—*Gazette de gynécologie*.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

La cirrhose.—Clinique de M. le prof. POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Vous avez vu, au n° 13 de la salle St Charles, un homme atteint d'une ascite déjà ancienne, puisqu'il y a quatre mois qu'elle a été ponctionnée et que l'on a retiré dix-huit litres de liquide. Ce liquide s'est reproduit graduellement, et à l'heure actuelle, son ventre en contient encore de sept à huit litres.

Quelle peut être la cause de cette ascite ? C'est ce que je vais discuter devant vous.

Nous nous trouvons en présence d'une collection liquide contenue dans le péritoine, et le malade n'a jamais eu d'œdème. Chaque fois qu'un cas semblable se présente, on doit penser à trois choses : à une péritonite chronique, à une maladie organique du cœur, enfin à une cirrhose.

Ici nous pouvons, sans discuter longuement, éliminer l'hypothèse d'une péritonite chronique, l'épanchement s'étant formé lentement et sans douleur d'aucun genre, et le liquide étant libre dans le péritoine. Il n'y avait ni tuméfaction ni dureté spéciale capable de nous faire penser à des poches distinctes séparées par des adhérences. Rien dans les antécédents ou dans l'état actuel pour faire croire au tubercule ou au cancer. Maintenant s'agit-il d'une affection cardiaque ou d'une cirrhose ?

Vous voyez dans tous vos classiques que l'ascite cardiaque se distingue de l'ascite hépatique par ce fait qu'elle est précédée d'un œdème des membres inférieurs. Malheureusement dans la pratique, la distinction n'est pas toujours aussi facile à faire, et dans certaines affections du cœur, l'extravasation de sérosité en dehors des capillaires se manifeste tout d'abord du côté de la séreuse abdominale. De ce nombre est l'insuffisance tricuspidiennne, ce qui n'a rien d'étonnant puisque de semblables ascites reconnaissent le même mécanisme que celles d'origine hépatique.

Que se passe-t-il, en effet, lorsque la valvule tricuspidiennne est insuffisante ? L'ondée sanguine reflue vers les deux veines caves, et du côté de la veine cave inférieure, elle rencontre presque immédiatement les veines sus-hépatiques dans lesquelles elle pénètre. Il en résulte du côté du foie une stase sanguine qui, à la longue, peut produire du côté de cet organe des désordres ana-

logues à ceux qui résultent de la cirrhose. C'est-à-dire que la tension du système porte est exagérée et que ce système laisse transsuder une partie du sérum qu'il contient.

L'influence de cette stase reste fort longtemps bornée à la partie du système veineux la plus proche du cœur, et c'est pour cela que les membres inférieurs restent pendant si longtemps indemnes. Il y a plus, ce reflux ne se fait même pas ressentir du côté des veines rénales si voisines cependant des veines sus-hépatiques, et les troubles urinaux se font longtemps attendre.

Il va sans dire que je suppose une insuffisance tricuspidiennne pure, car si cette insuffisance est consécutive à une lésion des orifices du cœur gauche, nous rentrons dans la règle générale.

Or, d'après notre examen, l'ascite de notre homme n'est pas d'origine tricuspidiennne. Nous n'avons pas d'augmentation de volume du foie, ni de battements d'expansion de cet organe synchrone avec la systole ventriculaire, ainsi que cela est de règle en pareil cas. Le malade a bien un peu le pouls veineux, mais en étudiant ce pouls avec soin, on ne tarde pas à se convaincre qu'il ne saurait être attribué à l'insuffisance tricuspidiennne. S'il était dû à cette dernière cause, il coïnciderait exactement avec la systole ventriculaire, c'est-à-dire avec le moment où le sang afflue dans les cavités cardiaques, tandis qu'ici, il précède la systole ventriculaire.

Il est produit par l'affaissement de la veine au moment où le sang afflue dans les cavités cardiaques, dans l'intervalle des pulsations. Cette différence est assez difficile à reconnaître. On y arrive cependant avec un peu d'habitude; il suffit de comparer les pulsations de la veine avec le pouls artériel.

Si les signes de l'insuffisance tricuspidiennne font défaut, par contre ceux de la cirrhose sont assez nets. Le foie peut être senti dans l'hypogastre et l'on constate que son bord est dur, un peu arrondi, inégal, bosselé, et ces bosselures sont volumineuses, contrairement à ce qui a lieu pour les bosselures du cancer: on sent que ce foie est rétracté, et c'est là le caractère propre aux cirrhoses atrophiques du foie. Toutefois, en recherchant le volume de l'organe, on voit qu'il a ses dimensions normales et même plutôt un peu exagérées, et de ce fait nous pouvons éprouver quelques hésitations dans le diagnostic. Nous examinons alors la rate et nous constatons qu'elle est considérablement augmentée de volume, puisqu'elle mesure vingt centimètres de hauteur. Or, c'est là un signe d'une grande valeur. La cirrhose, en effet, provoque seulement l'hypertrophie splénique: la proportion ne saurait être établie avec exactitude, puisque, suivant les auteurs, elle manquerait dans une moitié ou seulement dans un sixième des cas; mais ce que l'on peut dire, c'est que si l'absence d'hypertrophie ne signifie rien au point de vue de la cirrhose, sa présence a une très grande valeur. Il va sans dire que cela est

vrai seulement si le malade est dans les conditions de celui dont nous nous occupons, s'il n'a pas de fièvre paludéenne dans ses antécédents.

Reste à examiner cette question intéressante : pourquoi le foie n'est-il pas diminué de volume, et, cela étant, doit-on ranger cette cirrhose parmi les cirrhoses atrophiques ou parmi les cirrhoses hypertrophiques? Dans la première, vous le savez, la prolifération conjonctive se manifeste surtout sur la partie de ce tissu qui accompagne les capillaires-porte, et ceux-ci s'atrophient en même temps que les cellules hépatiques; dans la seconde, la prolifération conjonctive se fait surtout sentir sur la portion de ce tissu qui accompagne les vaisseaux biliaires, et la maladie commence par leur oblitération, d'où l'apparition de l'ictère. Mais cette distinction n'a pas toute l'importance pratique que l'on pourrait lui supposer, et dans l'immense majorité des cas, les deux variétés se confondent, en ce sens que la prolifération porte sur la totalité du tissu conjonctif. Il est probable que c'est ainsi que les choses se sont passées chez notre malade, car si les bosselures, les irrégularités de son foie nous font penser à une cirrhose atrophique, par contre, le volume de cet organe est bien plutôt en rapport avec l'hypothèse d'une cirrhose hypertrophique. Il y a, sans aucun doute, existence simultanée des deux variétés, et nous pouvons affirmer qu'il s'agit ici d'une forme mixte, forme dont l'existence devient de plus en plus fréquente au fur et à mesure que les malades sont examinés avec plus de soin. Il faut reconnaître cependant qu'ici la variété atrophique est prédominante et nous pouvons affirmer que chez ce malade ce sont surtout les capillaires-porte et les cellules hépatiques qui sont malades.

L'histoire de ce malade n'est pas intéressante seulement au point de vue du diagnostic, elle offre également un certain intérêt au point de vue de la marche de la maladie.

La marche de la cirrhose est fatale et les lésions qui la caractérisent évoluent généralement en quatorze ou quinze mois. Il est cependant des exceptions. Tantôt elle peut ne durer que quelques mois, d'autres fois elle dure plusieurs années.

Dans le premier cas, la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques marchant avec une grande rapidité, le malade se trouve dans les mêmes conditions qu'un individu atteint d'atrophie aiguë, et les symptômes qui amènent la mort sont des hémorragies diverses, des troubles cérébraux intenses, un état comateux accompagné d'abaissement de la température, etc.

Dans le second cas, il semble que la maladie sommeille pendant quelque temps et laisse au malade un répit qui peut lui donner l'illusion d'une guérison prochaine. On peut même voir la tendance à l'épanchement abdominal se suspendre ou tout au moins rester dans des limites très modérées. C'est évidemment ce qui s'est produit chez notre malade, puisqu'il a été ponctionné

il y a quatre mois, que l'on a retiré dix-huit litres de liquide, et qu'aujourd'hui c'est à peine s'il en a six ou huit litres. Une marche aussi favorable n'est pas extrêmement rare, et, pour ma part, je l'ai assez souvent rencontrée. On l'observe surtout, semble-t-il, chez les individus qui, à une période très voisine du début de la maladie, ont eu une inflammation légère du péritoine, sous l'influence d'un refroidissement, d'une contusion abdominale par exemple. L'inflammation de la séreuse provoque un épanchement qui se produit assez rapidement, mais qui n'a pas de suite, diminue, disparaît même, pour ne reparaître qu'assez longtemps après.

Mais la circonstance qui peut avoir la plus grande influence sur cette marche favorable de la maladie, c'est la modification du régime suivi par la malade.

La cirrhose est à peu près exclusivement due à l'influence de l'alcool; j'ajouterai de l'alcool pris sous une certaine forme. Ce ne sont pas les forts buveurs qui deviennent le plus facilement cirrhotiques, ce sont surtout les pauvres diables qui, le matin, à jeun, absorbent cette détestable eau-de-vie que l'on vend chez tous les marchands de vins; car il faut, pour que cette maladie se produise, que l'alcool soit pris aussi peu dilué que possible. C'est dans ces conditions, en effet, que ce liquide exerce avec le plus d'énergie son action irritante, et cela aussi bien sur la veine-porte qu'il traverse tout d'abord avant de se rendre dans la circulation générale, que sur les canaux biliaires à l'origine desquels il se trouve en contact direct au niveau du cholédoque. Changez les habitudes du malade, supprimez même, si possible, l'alcool, et vous aurez grande chance si les accidents ne sont pas encore très prononcés de les voir s'enrayer. C'est ce qui a eu lieu pour notre malade, et l'on est arrivé à ce résultat en lui prescrivant le régime lacté. Celui-ci est donc une excellente chose pour les cirrhotiques, mais sachez bien que s'il est utile, c'est surtout parce qu'il n'est pas l'alcool: dès lors, il ne faudrait pas en abuser en maintenant un régime trop sévère, et surtout trop prolongé. Le malade s'affaiblirait, ce qu'il faut éviter à tout prix. En même temps que le lait, vous devrez prescrire un régime fortifiant sans être excitant pour les voies digestives, puis des purgatifs, mais avec modération, de façon à ne pas provoquer une irritation trop vive de l'intestin. Vous pourrez, dans ce but, vous servir du calomel, à la condition, toutefois, que ce soit d'une manière transitoire.—*Scalpel*.

Cirrhose d'origine saturnine.—M. le professeur POTAIN a traité ce sujet dans une de ses cliniques. Dès 1860, M. Potain signalait la diminution du volume du foie comme un des symptômes de la colique de plomb, diminution si considérable qu'on ne peut plus trouver quelquefois de matité hépatique. Cette

rétraction du foie a été constatée dans plus de la moitié des cas ; elle se manifeste du sixième au septième jour. Le foie continue à se rétracter progressivement ; cette rétraction cède momentanément, il est vrai à l'action de deux causes qui provoquent la fluxion de la glande, les purgatifs et la faradisation de l'hypochondre droit ; mais, si l'influence du poison plombique continue à se faire sentir, une vraie cirrhose du foie peut être l'aboutissant de l'irritation toxique.

La rétraction du foie pendant la colique du plomb est le résultat du spasme généralisé des petits vaisseaux, dont la paroi interne est irritée par le contact du sang intoxiqué. En l'absence même des coliques saturnines, le saturnisme latent provoque la rétraction du foie. Quand l'irritation des vaisseaux hépatiques par le plomb a été prolongée, c'est un véritable processus de néoformation qui s'installe et aboutit à la cirrhose. Cette forme de cirrhose paraît curable par une hygiène et une thérapeutique appropriées. — *Concours médical.*

Huile d'olive dans les coliques hépatiques, amenant l'évacuation des calculs biliaires. — Il est de notoriété chez nos ouvriers que l'ingestion de l'huile d'olive calme les coliques des enfants. Les médecins de la Nouvelle-Orléans emploient depuis 1884 cette médication contre les coliques hépatiques, et si l'on en croit le Dr JUST TOUTRE, avec le plus grand succès. Le médecin de la Nouvelle-Orléans est tellement convaincu qu'il va jusqu'à écrire que l'évacuation des calculs biliaires est aussi facile à l'aide de ce remède qu'il est facile avec une bonne sonde et un urèthre normal, d'évacuer une vessie pleine.

La médication nouvelle, bien simple et bien inoffensive, consiste à faire prendre au malade atteint de coliques hépatiques 24 cuillerées à soupe, soit deux grands verres d'huile d'olive de bonne qualité en deux fois à un quart d'heure d'intervalle.

Après l'absorption de cette quantité d'huile, le malade se couche deux à trois heures sur le côté droit, et huit à douze heures après il évacue les calculs.

M. le Dr. Touatre atteint de calculs biliaires depuis dix ans a essayé sur lui-même cette médication. Il avala à 7 heures du matin la dose de 24 cuillerées d'huile et, de 7 heures du soir à minuit, il eut six garde-robes qui laissèrent sur le tamis plus de 80 calculs du volume d'un gros pois à la grosseur d'une olive. Trois ou quatre mois plus tard nouvelle crise hépatique, ingestion de deux verres d'huile et expulsion de 28 calculs. Depuis cette époque notre confrère n'a plus éprouvé de symptômes douloureux du côté du foie.

Le Dr. Touatre a, depuis sa guérison, donné ce traitement à cinq calculateurs hépatiques, et chaque fois la guérison a suivi la médication. Plus de 20 médecins de la Nouvelle-Orléans ont vu et

revu plus de 60 fois le même résultat obtenu par l'administration de l'huile.

Comment agit-elle? Nous doutons que les physiologistes adoptent facilement l'explication qu'en donne l'auteur. Pour lui, l'huile va directement dans la vésicule biliaire, elle y ramollit les calculs qui sont alors expulsés dans l'intestin par le spasme musculaire de la vésicule.—*Archives roumaines de médecine et de chirurgie.*

Ulcère gastro-duodénal.—Pour guérir l'ulcère gastrique, voici le traitement rationnel préconisé par M. DEBOVE : le malade fait trois repas par jour ; chacun est composé de 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait ou de l'eau aromatisée, le tout additionnée de la poudre suivante :

Magnésie calcinée.....	1	gramme
Craie préparée.....	2	—
Saccharure de chaux.....	1	—

Immédiatement avant le repas, le malade ingère un cachet de 2 grammes de bicarbonate de soude ; un quart d'heure après, 4 grammes de bicarbonate de soude. On recommande au malade de prendre le lait par petites quantités. Au début de ce traitement, M. Debove lave l'estomac et se sert de la sonde pour faire prendre les premiers repas composés selon la formule précédente. Comme Leube, M. Debove ne croit pas aux dangers du lavage dans l'ulcère simple ; cependant, pour peu que le liquide de retour ait une teinte rosée, on suspendra immédiatement cette opération.

Pour l'ulcère duodénal étudié récemment par le Dr. Bucquoy, médecin des hôpitaux de la capitale, le régime lacté est, comme pour l'ulcère de l'estomac, le moyen de traitement le plus précieux de l'ulcère du duodénum. Le malade prend, tous les deux heures, un verre de lait non bouilli, froid ou tiédi au bain-marie, coupé d'eau de Vichy.

Au moment des hémorrhagies, le lait sera pris glacé et additionné plutôt d'eau de chaux, si les hémorrhagies sont graves, on aura recours aux applications de glace sur le ventre, aux injections hypodermiques d'ergotine, ou d'ergotinine, à l'eau de Rabel, à l'extrait de ratanhia, et surtout au perchlorure de fer.

Dans les périodes où l'ulcère tend à se cicatriser, une révulsion modérée sur l'épigastre et l'hypochondre droit n'est pas inutile.

Mais le point sur lequel le traitement de l'ulcère duodénal diffère du traitement de la maladie de Cruveilhier est relatif au régime au moment de la convalescence. « Tandis que l'ulcération de la muqueuse stomacale oblige à maintenir un régime des plus sévères et à continuer l'usage du lait pendant un temps souvent fort long, le malade atteint d'ulcère de duodénum peut,

grâce au bon fonctionnement de son estomac, recourir de bonne heure à une alimentation plus variée et satisfaire ainsi au besoin de réparation que laissent après elles les graves hémorrhagies qu'il a subies."—*Revue de thérapeutique.*

Névroses réflexes dues à la constipation.—Outre les troubles de la circulation et particulièrement les palpitations, l'irrégularité du pouls, le vertige, qui doivent être attribués à l'excitation des branches cardiaques du grand sympathique, KISCH croit que les hémicranies rebelles ne reconnaissent souvent pas d'autre cause que la constipation. Certaines espèces de névralgies sciatiques, de douleurs lombo-abdominales, de crises ovariennes et même de névralgies de la cinquième paire, peuvent être dues à la constipation habituelle. Bien que Kisch ait réuni 48 cas où la cessation de la constipation fut suivie de guérison de diverses névralgies chroniques, on peut se demander si la paresse intestinale était bien la cause efficiente de ces névralgies variées. L'altération du même élément peut amener la production de résultats différents.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

CHIRURGIE

Influence des résections sur la généralisation tuberculeuse.
—M. CHAMPIONNIÈRE est grand partisan des résections articulaires chez les tuberculeux, et l'on peut toujours en voir quelques-unes en traitement dans les salies. En principe, la résection de la hanche, chez l'adulte, lui paraît très inférieure en valeur à toutes les autres résections; il ne la pratique guère, tandis qu'il fait volontiers l'opération pour l'épaule, le coude, le poignet, même pour l'articulation tibio-tarsienne. La résection du genou est peut-être celle qui lui a donné les résultats les plus brillants. Sur 17 cas il n'a pas perdu un seul malade; deux seulement ont dû être amputés. Le plus grand nombre des malades suivis marchent sur un membre parfaitement solide; quelques-uns font un métier très fatigant. Un seul a eu une récurrence tuberculeuse et est mort depuis de tuberculose pulmonaire.

Non seulement l'opération donne un résultat local très satisfaisant, mais, contrairement aux idées reçues, au lieu d'accélérer la marche de la généralisation tuberculeuse, elle influe très favorablement sur l'état général. Quant les réséqués ont quelque part ailleurs d'autres lésions tuberculeuses, surtout au poumon (lésions médiocrement avancées), ces manifestations étrangères à l'articulation s'amendent souvent beaucoup. Tous les malades observés dans le service ont engraisé à la suite de la résection. Tous ont

pris des forces; la mine est devenue bonne et quelques-uns qui toussaient beaucoup ont été très améliorés.

Mais il faut pour cela deux choses: il faut que la résection soit totale, enlève complètement les foyers tuberculeux. Les résections partielles, les grattages, les nettoyages articulaires ont des suites beaucoup moins heureuses. Il faut encore que la réunion immédiate soit obtenue, que la plaie ne suppure pas. Si celle-ci suppure, l'économie subit une dépression très favorable à l'évolution du processus tuberculeux. Cela revient à dire que, bien qu'on ait obtenu jusqu'ici quelques résultats des résections, l'avenir sérieux de ces opérations est à la chirurgie rigoureusement antiseptique. Ce sont les opérations les plus difficiles à maintenir bien aseptiques. Quoi qu'on en ait dit, la réunion immédiate doit y être faite. Dans ces 17 résections du genou, il n'y eut suppuration que deux fois; dans un cas il y eut amputation de cuisse, dans l'autre la suppuration fut de si courte durée, qu'au bout d'un mois la cicatrisation était faite.

Dans tous les autres, pas de pus. Dans les deux dernières opérations, le premier pansement fut fait au bout de sept et onze jours et le deuxième de vingt-huit.

Un malade a présenté des phénomènes très curieux: c'était un sujet qui avait des lésions très étendues du genou, un état général détestable, des lésions pulmonaires avancées, au point de rendre la chloroformisation un peu difficile. C'était un cas extraordinairement défavorable. M. Championnière ne fit la résection qu'à la prière du malade, désireux de garder son membre, et d'un de ses collègues qui lui demandait de la tenter. Le résultat fut un soulagement très grand, une amélioration momentanée de la tuberculose pulmonaire. Le malade guérit bien de l'opération, qui ne suppura pas. Un peu plus tard, il y eut récurrence tuberculeuse au voisinage du lieu de la résection, la cuisse fut amputée, puis le malade s'affaiblit et succomba aux progrès de la tuberculose pulmonaire. Ainsi la résection avait bien guéri sur un aussi pauvre sujet et les lésions pulmonaires s'étaient amendées au lieu de s'aggraver.

Ce n'est que dans des conditions semblables que les résections sont satisfaisantes, ne laissent point de fistules, et donnent des membres utiles,

Il faut aller plus loin et dire que chez tous les tuberculeux qu'on opère on n'a vraiment de bons résultats que toutes les fois que l'on est en mesure d'obtenir la réunion par première intention.

Ce sont là des opinions qui n'ont pas encore bien cours. On attribue volontiers les échecs à la constitution du tuberculeux, ce qui n'est pas légitime si le sujet n'est pas un cachectique, et encore! Ce qui est vrai c'est que bien peu de chirurgiens sont assez convaincus pour faire de la chirurgie antiseptique irrépro-

chable. Ils ont une antiseptie suffisante pour avoir fait disparaître une partie des accidents les plus graves de la chirurgie courante, mais ils sont encore loin de la doctrine et de l'antiseptie parfaite et des résultats parfaits que l'on peut obtenir. Et les résections donnent peut-être le meilleur critérium des convictions anti-épliques du chirurgien. Celui qui obtient couramment la réunion par première intention parfaite des résections des grandes articulations peut affirmer que sa pratique antiseptique est irréprochable.—*Journal de médecine et de chirurgie pratique.*

Traitement des abcès péri-anaux.—Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'un abcès de la marge de l'anus? Faut-il faire l'incision simple, comme le voulait Foubert, ou bien doit-on, selon le précepte de Faget, fendre le rectum dans toute la hauteur de l'abcès? M. Reclus, dans un récent Mémoire et M. Trélat, dans une clinique, se prononcent catégoriquement en faveur du procédé de Faget. Mais voilà que M. Bazy apporte à la Société de Chirurgie deux observations de malades entièrement et rapidement guéris par la simple incision de Foubert, et il s'appuie sur ces deux cas pour combattre les conclusions de MM. Trélat et Reclus. Ce dernier, en cherchant la raison de cette contradiction, est amené à établir plusieurs catégories d'abcès et de fistules à l'anus. Notre savant maître distingue deux variétés anatomiques: les abcès de la fosse ischio-rectale, abcès extra-sphinctériens, et les abcès sous-tégumentaires ou intra-sphinctériens, et chacune de ces variétés comprend deux formes étiologiques: les abcès d'origine inflammatoire, nettement phlegmoneuse, et les collections dues au ramollissement de quelques foyers de tuberculose.

Les abcès de la fosse ischio-rectale, qu'ils soient phlegmoneux ou tuberculeux, doivent être toujours traités par la méthode Faget. Quand aux abcès sous-tégumentaire s'ils sont tuberculeux, le même traitement leur est applicable; il ne saurait y avoir d'hésitation que pour la dernière catégorie: abcès sous-tégumentaires d'origine inflammatoire. Mais, dans ce dernier cas, qui est probablement celui des opérés de M. Bazy, s'il est permis d'espérer la cicatrisation complète à la suite de l'incision simple, certaines circonstances: existence de diverticules, faiblesse du malade, pénétration de matières septiques, peuvent empêcher le recollement de la muqueuse et donner lieu à une fistule. Il vaut donc mieux, en tout état de cause, prévenir la formation de cette fistule, en recourant d'emblée à l'incision de Faget.—*Revue de thérapeutique.*

Furoncle et anthrax.—Voici les conclusions, peut-être un peu absolues, posées par le professeur VERNEUIL, dans une communication à l'Institut sur cette question :

1^o Le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même maladie infectueuse et sont justifiables des mêmes moyens thérapeutiques ;

2^o Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques. Les premiers semblaient autrefois indispensables ou pour les moins applicables à la majorité des cas. Les seconds, efficaces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle au avant et fort secondaire ;

3^o C'est l'inverse qui doit être accepté aujourd'hui : l'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et sera réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Au contraire, les topiques anti-septiques, au premier rang desquels il faut placer les solutions phéniquées et boriquées, employées d'une certaine manière, et en particulier sous forme de pulvérisations prolongées et répétées, jouissent d'une bénignité absolue et d'un maniement des plus simples ;

4^o Les pulvérisations font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement le furoncle et les petits anthrax ; elles arrêtent la marche du mal dans les cas graves ; elles font cesser d'ordinaire très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangréneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus ;

5^o Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes et à toutes les périodes du mal. Elles ne sont jamais nuisibles et, à elles seules, amènent la guérison dans la grande majorité des cas. Elles aideraient puissamment d'ailleurs au succès des moyens chirurgicaux au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires ;

6^o Enfin, elles tendent à prévenir les auto inoculations intérieures et les phénomènes d'infection générale.—*Revue de thérapeutique.*

Chirurgie cérébrale.—Lorsqu'un *traumatisme récent* vient d'atteindre le crâne, il est reconnu aujourd'hui que l'on ne doit pas se borner à la simple extraction des esquilles évidentes : il faut trépaner lorsque l'on diagnostique une irritation ou une compression cérébrales par un éclatement de la table interne ou une hémorrhagie. On obtient encore des guérisons remarquables lorsque l'on cherche à parer ainsi aux *accidents tardifs*. Armstrong a vu un nègre chez qui, un mois après une plaie de tête guérie, s'installaient une hémiplégie et une névrite optique ; le trépan l'a conduit, au lieu du choc, sur un épanchement sanguin situé sous la dure mère ; le crâne n'était pas fissuré. Fletcher a insisté sur le rôle des anciens traumatismes pour la genèse de l'*aliénation mentale* et par huit observations (dont deux rapportées complètement), il a prouvé qu'en pareil cas la trépanation est

parfois utile, ce que Garmody a confirmé à Washington. On note surtout une cessation d'accidents épileptiformes graves datant de deux ans et survenus six ans après un traumatisme ; il suffit d'inciser la dure-mère épaissie et d'évacuer ainsi un épanchement séreux, le cerveau ne fut pas touché (Chicago). Algéri eut encore moins à faire. Sous la rondelle osseuse il vit une méningite limitée, qui peu à peu disparut par la simple exposition à l'air de la dure-mère. Folie, impulsions criminelles, convulsions épileptiques, tout cessa (Pavie). Il faut reconnaître, d'ailleurs, que cela ne suffit pas toujours ; qu'il est prudent d'examiner le cerveau, de regarder s'il n'y existe pas un abcès, au besoin de s'en assurer par la ponction. Cela même n'est pas toujours efficace ; H. Carmalt n'a pu trouver avec son aiguille un abcès, profond il est vrai, que l'autopsie n'a pas tardé à lui révéler.

S'il l'eût ouvert, le patient eût-il guéri ? C'est fort possible, si l'on s'en rapporte aux résultats acquis non seulement pour les abcès, en général superficiels, qui résultent des traumatismes, mais encore pour les collections cérébrales, autrement graves a priori, qui compliquent si souvent la *carie du rocher*. Là, en effet, Wheeler a annoncé que, sur seize cas, le drainage avait eu à enregistrer quatorze guérisons et deux morts ; Pratt, de son côté, a obtenu six succès sur huit opérations. Barker est bien resté quelque peu dans le doute ; il semble pourtant que ces chiffres soient éloquents. Ici, le procédé est important. Wheeler conseille d'appliquer la couronne à la hauteur du conduit auditif externe, en avant de la verticale qui divise en deux parties égales l'apophyse mastoïde. On évite ainsi le sinus latéral, on tombe sur la dure-mère au niveau du tympan et des cellules mastoïdiennes, et l'on arrive enfin sur le lobe temporo-sphénoïdal, siège ordinaire des abcès dans ces circonstances (Dublin).

Dans les cas précédents, on a des données immédiates sur le point où il faut opérer ; au lieu du traumatisme dans la région de l'oreille. Il n'en va plus de même pour les affections cérébrales spontanées : abcès, tumeurs, tubercules solitaires, lésions diverses engendrant l'épilepsie. Grâce à l'étude des localisations corticales et de la topographie crânio-cérébrale, le chirurgien peut cependant intervenir aujourd'hui avec une précision parfois remarquable, guidé qu'il est par un diagnostic exact. Sans doute, on n'atteindra pas toujours le néoplasme soupçonné et trouvé plus tard, à l'autopsie ; cet échec est arrivé à Spitzka. Mais les opérations d'Horsley (*Brit. med. Journ.*, 23 avril 1886) prouvent que souvent l'on peut être plus heureux.

Les faits démontrent, en somme, que l'intervention dans les tumeurs cérébrales entrera peu à peu dans la pratique courante, et qu'elle est opératoirement bénigne, à condition d'être effectuée avec la plus stricte antiseptie. Au treizième Congrès annuel de neurologie, Spitzka (de New-York) a fait connaître des expériences

intéressantes montrant que, sur le chien, le cerveau supporte fort bien des traumatismes très sérieux, si l'on a soin de respecter certaines régions (capsule interne, ganglions centraux, ventricules latéraux). Au reste, Horsley n'a-t-il pas enlevé sur l'homme 128 grammes de tumeur et de cerveau ! Une question, enfin, semble résolue, à propos de la trépanation du crâne en général. L'antisepsie permet de remettre en place les rondelles osseuses enlevées, et elles reprennent le plus souvent (Spitzka, Hammond, Weir, etc). D'autre part, quoi qu'on en ait dit, la dure-mère des jeunes sujets peut refaire de l'os. Au besoin, on pourra l'y aider par quelques greffes osseuses.—*Revue de thérapeutique.*

De la trachéotomie, par le Dr. J. BARATOUX.—Il existe trois méthodes pour pratiquer la trachéotomie : le procédé rapide ou de Saint-Germain, enfin un troisième procédé à l'index gauche.

Le procédé de Trousseau est trop long dans la majorité des cas, et il expose aux hémorragies.

Le procédé à l'index gauche réunit les avantages des deux précédents, sans en avoir les inconvénients.

On doit faire préparer une table élevée plutôt que basse, étroite et bien d'aplomb. On y place un matelas et un traversin durs. Un drap ou un oreiller enroulé d'une bâche ou d'une bouteille conviennent bien.

Il ne faut pas craindre d'avoir trop d'éclairage : il faut une véritable illumination, comme le dit M. de Saint-Germain. Une bougie ou un rat de cave doit être à la portée de la main. Les lumières sont placées sur les meubles, et non mises entre les mains de personnes de la famille qui peuvent s'évanouir et laisser l'opérateur dans l'obscurité.

Si l'on opère le jour, la table est placée près de la fenêtre dépourvue de rideau, les pieds de l'enfant étant tournés du côté de la lumière, de telle sorte que le cou de l'opéré soit éclairé un peu obliquement de gauche à droite.

Trois aides sont nécessaires : un pour la tête, les deux autres pour les membres supérieurs et inférieurs.

On choisit deux canules de numéros différents, l'une en rapport avec l'âge de l'enfant, l'autre d'un numéro au-dessus. Les canules devront avoir le pavillon mobile, et le cordon s'attachera à la plaque même. Voici les calibres qui conviennent à chaque âge ;

Le No. 00 jusqu'à 15 mois ;—Le No. 0 jusqu'à 2 ans ;—Le No. 1 de 2 à 4 ans ;—Le No. 2 de 4 à 6 ans ;—Le No. 3 au-dessus de 6 ans.

On attache aux deux trous de la plaque un ruban de fil ou de coton, long de 10 à 15 cent. On recouvre la face postérieure de la plaque d'un taffetas gommé que l'on perce pour laisser passer la canule.

On doit encore avoir un bistouri boutonné, un bistouri à lame courte et à lame moins effilée que le bistouri droit ordinaire et un dilatateur de Trousseau à deux branches.

Tout étant préparé, l'enfant mis à nu est enveloppé dans une couverture et porté sur la table de l'opération, près de laquelle se trouvent les instruments. Le cou et les épaules reposant sur le traversin, un aide saisit la tête et l'immobilise complètement, un autre maintient les épaules et le troisième le ventre et les jambes.

L'opérateur placé à droite du malade saisit le larynx entre le pouce et le médius de la main gauche de manière à le faire saillir. Avec l'index de la main gauche, on recherche la partie inférieure du cartilage cricoïde, d'où l'on fait partir une incision de un centimètre et demi à deux centimètres, qui intéressent toutes les parties molles en avant de la trachée. On place l'index gauche dans la plaie, sans s'occuper du sang, et l'on donne un ou deux nouveaux coups de bistouri, si l'on n'a pas sectionné les parties molles du premier coup. Après avoir reconnu la trachée avec le même doigt, on l'incise sur la ligne médiane dans la même étendue que la peau. On introduit alors le même doigt dans la plaie trachéale dont on bouche ainsi l'ouverture pour empêcher le sang d'y affluer et pour servir de guide à la canule que l'on glisse sur l'ongle de l'index gauche; ce dernier relève la lèvre droite de l'incision trachéale et l'on substitue peu à peu la canule au doigt qui obstrue la trachée. Il faut avoir soin de ne pas redresser la canule qui glisserait alors dans le tissu cellulaire au-devant de la trachée. Il vaut mieux diriger l'extrémité de la canule horizontalement jusqu'au moment où l'on sent une résistance qui empêche d'aller plus loin dans cette direction.

Si on ne réussit pas, il faut se servir du dilatateur en ayant soin de faire asseoir le malade, la tête en arrière, dès qu'on a placé l'instrument. La canule étant alors introduite, on fait attacher les cordons en arrière du cou.

On donne un cordial à l'enfant (café, vin ou eau de-vie diluée). On procède au nettoyage du cou et l'on applique une cravate de gaze ou de toile pour tamiser l'air qui traverse la canule.—*Revue de thérapeutique.*

Traitement des arthrites fongueuses par le massage.—D'après le professeur NUHAUS, les seules articulations justiciables de ce traitement sont celles dans lesquelles les fongosités sont accessibles à la main. Ce n'est guère le cas pour le coude, le pied, la hanche; au contraire, l'articulation du poignet est tout à fait appropriée au traitement. Les fistules et les abcès ne le contre-indiquent pas. Les premiers sont ouverts avec toutes les précautions antiseptiques, et après l'évacuation de leur contenu, on essaye de favoriser la guérison. L'auteur montre 4 cas d'arthrite fongueuse du poignet guéris par sa méthode. — *Paris médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la conduite à tenir pendant la demi-heure qui suit la sortie du fœtus.—Clinique de M. PINARD à l'hôpital de la Clinique.—Une femme est accouchée depuis une demi-heure, ou mieux, je suppose, le fœtus a été expulsé, soit naturellement, soit à l'aide du forceps, depuis une demi-heure. Il n'y a pas eu d'hémorragie, et le placenta est encore dans la cavité utérine. Quelle conduite l'accoucheur doit-il tenir ? Quo faut-il faire ?

Tout d'abord, il s'agit de savoir pourquoi le placenta est resté dans la cavité et pourquoi il n'y a pas eu de perte de sang, car il y a là quelque chose de particulier. Or, le fait peut tenir à deux causes : 1^o ou à une inertie de l'utérus ; 2^o ou à des adhérences anormales du placenta. Outre ces causes, il en est une autre aussi que nous devons soupçonner, ce sont les spasmes ou les contractions irrégulières de l'utérus.

1^o *Inertie utérine.*—Dans certains cas, l'inertie utérine peut être, pour ainsi dire, prédite ; en effet, elle peut survenir, soit à la suite de l'épuisement de l'organisme, soit à la suite de l'épuisement de l'organe utérin lui-même, c'est-à-dire par défaut de contractilité organique ou de contractilité des tissus. Ainsi, 1^o chez les femmes épuisées par quelque maladie antérieure, par un état général misérable, alors l'utérus reste dans le relâchement, après la sortie du fœtus ; 2^o chez une femme bien portante, dont tout l'organisme est sain, mais dont l'organe utérin a eu à lutter longuement et vigoureusement contre un obstacle quelconque (rétrécissement du bassin, mauvaise présentation de l'enfant) : en pareils cas, l'inertie tient à l'épuisement des forces.

Cette dernière cause est plus fréquente que la précédente ; elle se produit lorsque le travail a été long, pénible. Aussi, faut-il y attacher une plus grande importance qu'à l'épuisement de la femme par une affection antérieure. En effet, vous voyez des femmes phthisiques, même avancées, accoucher parfaitement, sans présenter la moindre inertie, l'utérus restant tout aussi rétractile et contractile que chez la femme la mieux portante.

En dehors de ces cas, il en est d'autres aussi, tels, par exemple, que celui d'une déplétion trop rapide de l'utérus, s'effectuant en dix minutes, en un quart d'heure. Il faut savoir se méfier de ces cas d'inertie de l'organe, cas auxquels on a donné le nom de relâchement par stupéfaction de l'utérus. Il en est de même des femmes chez lesquelles l'utérus a été distendu outre mesure comme, par exemple, par une hydropisie de l'amnios. Il y a là encore une cause d'inertie de l'utérus qui reste mou, flasque, comme parésié. Le fait peut être comparé à la parésie vésicale consécutive à une rétention prolongée de l'urine dans la vessie.

Enfin, je dois encore signaler une autre cause d'inertie de l'utérus, je veux parler de la putréfaction du fœtus ou du placenta retenu dans la cavité utérine et du développement de gaz qui en est la conséquence, c'est-à-dire de la physométrie.

Telles sont les principales causes de l'inertie de l'organe utérin.

J'en reviens donc à ma question : une femme est accouchée depuis une demi-heure, elle ne perd pas de sang, le placenta n'est pas décollé, que faut-il faire? Et je le répète de nouveau : d'abord, faire le diagnostic, rechercher la cause du non-décollement.

Le diagnostic doit se faire exclusivement par la main appliquée sur la paroi abdominale et cherchant à travers cette paroi l'organe utérin. Cette exploration peut vous donner deux états : ou bien on sent mal l'utérus, il est mal délimité; ou bien il est rétracté, consistant, c'est ce que l'on appelle le globe de sûreté.

Dans le premier cas, la difficulté de sentir l'utérus tient à sa mollesse et indique l'inertie de l'organe. Mais celle-ci n'est-elle que partielle, ou bien est-elle totale? Je ne parlerai ici que de ce dernier cas : il y a inertie totale, l'utérus est mou, flasque, inerte; que doit-on faire? Pratiquer immédiatement dans la cavité utérine une injection avec un liquide aseptique, chaud, à la température de 45 à 48 degrés.

Les accoucheurs les plus expérimentés ne sont pas tous d'accord sur la pratique à suivre en pareil cas. C'est ainsi que les uns — il faut se garder de les imiter — conseillent d'exercer des tractions sur le cordon dans le but d'exciter l'utérus; d'autres de titiller le col; d'autres encore de faire des injections à travers les vaisseaux placentaires; enfin on a été jusqu'à proposer de tirailler sur les poils du mont de Vénus! afin d'amener une excitation particulière, moyen absolument inefficace et surtout ridicule.

En Angleterre, certains accoucheurs ont conseillé de mettre l'enfant nouveau-né au sein, afin de réveiller par action réflexe les contractions utérines, ou bien, à défaut de l'enfant, d'appliquer des ventouses sur les seins. Le conseil est logique en soi, mais le procédé n'a pas la valeur de l'injection d'eau chaude dans la cavité de l'utérus.

Un certain nombre d'accoucheurs ont dit qu'il fallait introduire la main dans la cavité utérine, sa présence pouvant suffire à ramener les contractions de l'organe. Quant au seigle ergoté, je n'en parle que pour le signaler comme un moyen dangereux, désastreux même.

Pour moi, je le répète, je commence par faire une large et abondante irrigation d'eau chaude (3, 4, 5 ou 6 litres); le procédé m'a toujours réussi. J'ai toujours vu l'utérus se contracter, le placenta se décoller et la délivrance se faire.

Mais, je suppose l'utérus rétracté et le placenta non décollé, que faut-il faire? Deux cas peuvent se présenter : ou bien le placenta

est enfermé par des tractions irrégulières de l'utérus, ou bien il est maintenu par des adhérences anormales avec l'organe utérin.

Les contractions irrégulières de l'utérus peuvent se produire en dehors de toute adhérence anormale du placenta, malgré ce qu'ont écrit à ce sujet quelques auteurs.

A l'occasion d'un fait très intéressant dont nous parlerons tout à l'heure et qui s'est passé à la Maternité de Nancy, un de mes confrères a émis une théorie sur les contractions irrégulières qui, dans certains cas, se produiraient par suite d'un amincissement acquis ou congénital de la paroi utérine, en rapport avec l'inaction placentaire. Je ne suis pas disposé à admettre cette théorie, d'autant plus que le fait sur lequel s'appuie M. Stapfer, c'est-à-dire l'amincissement de la paroi utérine dans le cas de contractions irrégulières de l'utérus, n'est pas encore absolument démontré; et je crois que, si cet amincissement acquis ou congénital existait réellement, nous rencontrerions plus souvent ces contractions irrégulières de l'utérus. Néanmoins, l'hypothèse émise est très ingénieuse, mais elle me paraît rester à l'état d'hypothèse, et la vérité est que nous ne savons pas encore le pourquoi de ces contractions. On pourrait tout aussi bien admettre—à titre d'hypothèse également—qu'elles seraient le résultat de tractions exercées sur le cordon, soit dans certains cas par l'accoucheur, soit dans d'autres par le fœtus lui-même, alors que le cordon se trouve trop court.

On a dit que l'utérus pouvait se rétracter de différentes façons:

1^o En emprisonnant le placenta, soit en revenant sur lui-même depuis l'orifice externe jusqu'au fond. Cette proposition repoussée par Desrousseaux, a été soutenue par Paul Dubois pendant quelque temps, mais plus tard il l'a abandonnée. Aujourd'hui, cette rétraction spasmodique de l'utérus est également rejetée par presque tous les accoucheurs. Aussi je n'insiste pas.

2^o Par rétraction de l'orifice interne. Le col reste long et l'utérus se rétracte, emprisonnant complètement le placenta, de façon à laisser passer seulement le cordon par l'orifice interne. Cette rétraction est admise par tout le monde, c'est la rétraction totale dont le maximum est à l'orifice interne.

3^o Par contractions irrégulières. Ici nous trouvons de nombreuses divisions dans les auteurs (l'enkytement complet ou incomplet, l'enchâtonnement complet ou incomplet, l'emprisonnement de chaque cotylédon, etc., etc.). Ces divisions peuvent avoir quelque importance, mais le grand fait est de savoir que les contractions irrégulières peuvent avoir pour effet d'emprisonner complètement ou incomplètement le placenta, et que, si l'emprisonnement est complet, il y aura absence totale d'hémorragie; s'il est incomplet, il peut y avoir des hémorragies.

Mais comment diagnostiquer cet emprisonnement? Encore une fois, par la main appliquée sur la paroi abdominale, qui, lorsque la rétraction est totale, sentira l'utérus avec sa forme

normale, et qui, lorsqu'elle est incomplète, sentira un organe dur, ligneux, mais de forme irrégulière.

Dans ces conditions d'emprisonnement complet ou incomplet, que faut-il faire? Faut-il laisser la nature agir toute seule? faut-il au contraire intervenir? Oui, quoiqu'en pensent certains auteurs, il faut intervenir.

Voici, à ce propos, l'observation de M. Hergott, publiée dans la *Revue médicale de l'Est*, en 1882, et résumée en quelques lignes : femme de dix-huit à vingt ans, entrée à la Maternité de Nancy, primipare, grossesse à terme, présentation en occipito-iliaque gauche, travail normal jusqu'à l'expulsion du fœtus ; à ce moment, on est obligé de rapprocher l'enfant de la vulve afin d'éviter des tiraillements dangereux du cordon sur le placenta. Une demi-heure se passe ensuite, pas de perte de sang, pas de placenta décollé ; le palper de la paroi abdominale montre un utérus irrégulier, bilobe. La sage-femme introduit le doigt dans le col utérin, mais ne peut lui faire dépasser l'orifice interne. Le professeur et son chef de clinique, appelés quatre ou cinq heures plus tard, constatent l'existence de contractions irrégulières, la corne droite de l'utérus très développée, un enkystement considérable, le doigt ne peut toujours pas pénétrer dans l'utérus, même la femme étant chloroformisée. Le lendemain, des accidents fébriles se déclarent, l'infection se produit et la malade succombe le cinquième jour. L'autopsie est faite et montre une partie du fond de l'utérus distendue et formant une poche extrêmement mince, remplie par un placenta libre, décollé, tandis que la portion de l'organe non distendue a conservé des parois épaisses. Bref, le placenta était, comme l'a dit M. Hergott, retenu dans une hernie de nouvelle formation. L'auteur qui a basé sur ce fait sa théorie de l'amaigrissement des parois de l'utérus, a dit qu'il ne s'agissait pas d'une hernie, mais bien d'une portion de la paroi utérine plus mince que le reste, laquelle avait emprisonné le placenta.

Ce fait nous montre, qu'en l'absence même de toutes adhérences du placenta, celui-ci peut être emprisonné dans une des cornes de l'utérus, sans en sortir, malgré les tentatives exercées pour faciliter son expulsion.—*Gazette des hôpitaux*.

Traitement de l'endométrite, par M. de LARABRIE.—En vous exposant les symptômes et l'étiologie de l'endométrite j'ai insisté sur sa fréquence, sur ses tendances chroniques et sur les complications plus ou moins sérieuses qu'elles peut déterminer. Vous savez qu'aujourd'hui on considère l'endométrite comme le phénomène initial de la métrite parenchymateuse chronique. Cette dernière affection résiste souvent avec avantage à toutes les tentatives thérapeutiques. Vous savez aussi que l'endométrite est une cause fréquente de stérilité et de déviations utérines. Ces différentes raisons vous expliquent la nécessité d'un traitement éner-

gique. Et cependant le traitement véritablement rationnel de cette affection ne s'est généralisé que depuis quelques années. Pendant longtemps la thérapeutique appliquée à la métrite muqueuse consistait en cautérisations superficielles portant sur les ulcérations du col ou sur la muqueuse intra-cervicale. On obtenait ainsi des améliorations pas-agères pouvant durer quelques mois et qui donnaient l'illusion d'une guérison ; mais tôt ou tard les symptômes morbides latents réapparaissaient au niveau du col. C'est qu'à cette époque, on n'était pas encore éclairé sur l'étendue des lésions ; on admettait beaucoup trop facilement la fréquence de la métrite antérieure alors qu'aujourd'hui il est reconnu que dans la majorité des cas, l'inflammation est généralisée à tout l'endomètre. De plus, on n'était pas encore assez persuadé de ce fait qu'au bout d'un certain temps l'inflammation chronique de la muqueuse pouvait aboutir à une tendance végétante et hyperplasique qui ne cède à aucun traitement sinon à la destruction totale de ces végétations ou bien à une sténose générale des glandes déterminant un état kystique de leurs culs de sacs, altération qui n'est curable que par des procédés thérapeutiques du même genre. Enfin on ignorait aussi ou on se refusait à admettre que l'endomérite est une infection locale due à la pénétration dans la muqueuse utérine d'agents infectieux, de microbes phlogogènes difficiles à détruire grâce à des convenances locales toutes spéciales formées ici par la structure même de la muqueuse utérine. Je vous ai dit en effet, que la muqueuse utérine et spécialement celle du col présentait des glandes en grappes nombreuses et profondes, des follicules, des cœcums dans lesquels les germes pyogéniques et les liquides s'accumulent. La détersion, c'est-à-dire l'écoulement de la sortie des produits infectieux est difficile, et Doléris, avec juste raison a comparé cette métrite antérieure à l'uréthrite postérieure de l'homme dans laquelle les lésions, après avoir, sous l'influence du temps, disparu de l'urètre antérieur, vont se cantonner, pour y durer indéfiniment si on n'y oppose un traitement localisé, dans une portion reculée, déchue, remplie de glandes, située au niveau du cul-de-sac du bulbe urétral. Eh bien, il en est de même de la métrite ; le drainage des produits infectieux peut y être aussi difficile que le drainage de certains abcès fistuleux et anfractueux. De plus le col peut être le siège d'occlusions plus ou moins accentuées dues à la présence de fongosités ou à l'existence d'un élément spasmodique. Enfin, en raison d'un certain degré de métrite paenchymateuse concomitante, la musculature du corps de l'utérus étant malade et affaibli, il en résultera quelquefois des déviations de la matrice qui constitueront de nouvelles causes de rétention.

De ces considérations découlent trois indications capitales dans le traitement de l'endomérite chronique bien confirmée : 1° la dilatation utérine ; 2° l'emploi des antiseptiques ; 3° la destruction des fongosités.

Ce traitement n'est pas toujours applicable en son ensemble. Si on a affaire à une endométrite chronique à son début, légère, sans hémorrhagies, sans fongosités, alors que la muqueuse du col paraît seule atteinte, on peut se contenter des cautérisations au nitrate d'argent appliquées sur l'orifice et dans l'intérieur du museau de tanche. Les solutions liquides portées sur ces parties avec un pinceau, telles que la teinture d'iode, la térébenthine, la créosote au 10^e, la glycérine iodoformée, rempliront le même but et agiront avec avantage. Sous l'influence de ces attouchements ou de ces cautérisations pratiqués tous les 2 jours, précédés et suivis d'un lavage vaginal au sublimé, les surfaces muqueuses encore superficiellement atteintes se modifieront d'une façon assez rapide, surtout si vous faites coïncider ce traitement local avec le traitement général dont j'aurai à vous parler plus tard.

Mais si l'endométrite est déjà ancienne, si les hémorrhagies sont fréquentes, surtout s'il y a des fongosités, il ne faut pas hésiter à recourir au traitement intra-utérin, car là est le véritable foyer du mal, en procédant préalablement à la dilatation utérine. Je vous ai déjà dit que la dilatation n'entraîne aucun accident pourvu que votre malade soit condamnée au repos pendant la durée de l'application de la tente dilatatrice et surtout à la condition que vous ayez entouré cette opération des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Vous savez que les substances les plus communément employées ici sont l'éponge préparée, les tiges de laminaria ou de gentiane. J'ai déjà eu l'occasion de vous indiquer le moyen de préparer une éponge et de la désinfecter. Je vous ai dit que cette substance ne vous assurerait pas toujours une antiseptie parfaite et qu'il était préférable d'employer les tiges de laminaria préalablement plongées pendant $\frac{1}{2}$ d'heure dans une solution saturée d'éther iodoformé. Sous l'influence de cette immersion la tige de laminaria s'imbibe d'iodoforme jusqu'à son centre et acquiert une certaine souplesse qui en facilite l'introduction sans que pour cela elle ait augmenté notablement de volume.— Ces corps présentent un double avantage : ils agissent à la manière de porte-topiques ; de plus ils agissent en dilatant, en étalant la muqueuse plissée accidentée par des saillies polypeuses qui retiennent dans leurs plis les liquides et les microbes. Sous cette même influence, les glandes et leurs culs-de-sac se dilateront en partie et le topique atteindra ces dépressions devenues plus superficielles.—Quant à la dilatation elle-même, elle sera obtenue en 6 à 12 heures, pendant lesquelles la malade reposera dans son lit, et si la dilatation n'est pas suffisante, on appliquera de nouvelles tiges jusqu'à ce qu'on obtienne le résultat voulu.—La méthode de Vulliet, dont je vous ai déjà entretenu, produit des effets absolument identiques ; seulement son action est plus lente. Elle consiste à introduire dans la cavité cervicale de petits bourdonnets d'ouate hydrophile de plus en plus gros. On désinfecte préalablement ces bourdonnets en les trempant pendant quelques heures dans une solution d'éther iodoformé ; puis on les fait sécher en

les suspendant dans un vase clos. On commence ensuite la dilatation par l'application d'un premier bourdonnet gros comme un petit pois, retenu par un fil sortant par la vulve. Tous les jours ou tous les deux jours, on remplace le bourdonnet précédent par un bourdonnet un peu plus gros et on peut arriver ainsi, en une quinzaine de jours, à une dilatation de près de 2 centimètres. La malade doit être également couchée pendant toute la durée de la dilatation.

Ce résultat étant obtenu, il vous sera possible d'introduire dans l'intérieur de la cavité utérine, sur toute la surface de la muqueuse, les substances que vous voudrez employer. Nous allons passer en revue les différents topiques qu'on met généralement en usage pour le traitement intra-utérin en commençant par ceux qui ne nécessitent pas forcément la dilatation préalable.

Siredey emploie surtout le nitrate d'argent. Dans ce but il se sert d'un instrument analogue à un hystéromètre creusé d'une cannelure dans laquelle il coule le nitrate d'argent. Après s'être assuré préalablement de la direction et de la longueur de sa cavité, il y introduit doucement l'instrument qui y séjourne quelques instants et la malade garde ensuite le repos au lit pendant vingt-quatre à quarante huit heures. Cette manœuvre est répétée une fois par semaine. Ce procédé a l'inconvénient de n'atteindre qu'imparfaitement les points les plus reculés de la muqueuse; de plus, il n'est efficace que lorsque les lésions sont encore assez superficielles; en tous cas, il est illusoire pour la cavité du col, en raison des replis nombreux que présente celle-ci. Gaillard et Schröder de Berlin préférèrent les injections intra-utérines. Bien qu'on ait prétendu que les injections de liquides, dans l'utérus peuvent pénétrer à travers les trompes jusque dans le péritoine, fait qui a été démenti du reste par l'expérience cadavérique, ces deux gynécologues n'hésitent pas à injecter des liquides tels que de la teinture d'iode ou du perchlorure de fer. Gaillard introduit dans l'utérus une sonde en gomme d'environ trois millimètres de diamètre dans laquelle il pousse une injection dont la quantité varie entre un et quatre grammes. Cette injection consiste soit en une solution de nitrate d'argent à 20 ou 25 0/10, soit en une solution de perchlorure de fer à 30°. Schröder pratique à l'aide d'une seringue de Braun pleine, laquelle contient 3 grammes, une injection de teinture d'iode pure; cette injection faite tous les deux jours, est suivie d'un lavage intra-utérin et d'un repos de quelques heures. Une douzaine d'injections de cette nature suffirait, d'après Schröder, pour amener la guérison.

Ces différents moyens, on le comprend sans peine, peuvent être employés sans dilatation de la cavité utérine et leur emploi, condamné par quelques gynécologues, surtout en ce qui concerne les injections, ne présente peut-être pas toute l'innocuité qu'on s'est vanté à leur reconnaître. Au surplus, ils ne déterminent pas une

modification suffisante des tissus lorsque ceux-ci sont profondément altérés.

De Sinéty conseille l'usage de l'acide chromique en solutions aqueuses à parties égales dont il imbibe un bourdonnet d'ouate qu'il porte sur le museau de tanche et dans la cavité verticale après dilatation préalable de celle-ci. Le bourdonnet est retiré presque aussitôt après son introduction et on laisse un tampon antiseptique sur le col.

Récemment Doléris a fait connaître un ensemble de moyens surtout efficaces dans les cas d'endométrites fongueuses et hémorrhagiques. Cet auteur, fervent partisan de la doctrine microbienne, fait reposer, avant tout, son traitement sur l'antisepsie qui est la base certaine, la principale sauvegarde et la garantie du succès dans le traitement des endométrites. Il s'adresse donc aux médicaments antiseptiques qui doivent ici avoir une triple action : d'abord microbicide ; puis neutralisante de l'alcaloïde toxique que contiennent les sécrétions, quelle que soit la désignation (sepsine, ptomaine ou leucomaine) de cet alcaloïde ; enfin l'agent antiseptique doit avoir en 3^e lieu une action topique. Pour obtenir ce triple effet, tous les antiseptiques ne sont pas bons. C'est ainsi que les acides énergiques et le cautère actuel qui sont des topiques coagulants peuvent dépasser le but, atteindre des zones saines et diminuer ainsi la vitalité du muscle utérin et des nerfs trophiques. De plus, leur escharre peut former barrière aux liquides purulents et septiques et par conséquent entraver le drainage. Il est d'autres topiques diffusibles et pénétrants qui altèrent moins les tissus tout en agissant aussi bien sur la virulence. A cette classe appartiennent les iodiques, la térébenthine, la créosote, l'acide phénique et l'iodoforme. Doléris donne surtout la préférence à l'iodoforme, à la créosote, agent très actif, caustique sans coaguler, mais liquéfiant sans escharres. Son emploi doit être surtout recommandé dans les catarrhes utérins anciens, les exubérances glandulaires du col et du corps. On fait une solution glycinée de créosote d'un titre variable allant de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{3}$ suivant le degré d'action qu'on veut obtenir et on imbibe des tampons d'ouate qu'on porte, après dilatation utérine, dans le col utérin. Si on veut agir sur la muqueuse du corps de l'utérus il est préférable de porter cette substance sur un écouvillon. L'iodoforme est employé également sous forme de glycérolé à 1, 2 ou 3 0/0 également introduit soit avec des bourdonnets, soit avec l'écouvillon.

Ceci m'amène à vous parler de l'écouvillonnage, manœuvre employée surtout en Allemagne et qui tend également à s'acclimater en France. L'emploi de l'écouvillon, dans le traitement de l'endométrite peut remplir un double but soit qu'on s'en serve simplement pour porter un topique dans la cavité utérine, soit qu'on s'en serve pour gratter et détruire les fongosités utérines.—

(A suivre.)

PÆDIATRIE

Les convulsions chez les enfants.—Clinique de M. le professeur GRANCHER à l'hôpital des Enfants-Malades—M. Grancher signale d'abord deux observations de convulsions chez des enfants du service; l'un, âgé de 18 mois, eut une crise bénigne, légère, dans le cours de la convalescence d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie; le second, une petite fille âgée de 20 mois, a eu des crises convulsives dans le cours d'une broncho-pneumonie.

Cette dernière a été nourrie au sein, a marché à 11 mois et n'a été sevrée qu'à 15 mois; depuis quelque temps, elle a un peu toussé, et, le 20 décembre, se produisit l'augmentation de la toux, avec apparition de la fièvre. Le 22 décembre, on constatait une broncho-pneumonie.

Le 26 décembre, la température étant à 40°, survinrent quelques convulsions légères. Le 28, à midi, la température n'étant que de 39°, une crise convulsive se produit, convulsions tétaniques sans mouvements cloniques, avec de la dyspnée. Après cette crise, résolution comateuse. A la visite du soir, on constata la persistance du coma.

Le 29 au matin, le coma a disparu, mais il reste encore un peu de torpeur; la cyanose de la face, très marquée la veille, a diminué; on constate une réfrigération notable, de la faiblesse de la respiration.

Le jour même de cette amélioration, à onze heures, nouvelle crise comme la veille, puis résolution comateuse. Vers une heure après-midi, nouvel accès commençant par des grimaces de la bouche, renversement des yeux, secousses des bras et des jambes, puis résolution comateuse. Dans cette dernière crise, on remarquera qu'il y a eu des mouvements cloniques.

A deux heures, encore nouvelle crise et mort par asphyxie, comme cela arrive dans les convulsions répétées.

A l'autopsie, on a trouvé le poumon hépatisé, de la congestion du cerveau, mais pas d'hémorragie; les reins étaient sains. L'urine prise dans la vessie ne contenait pas d'albumine; rien au foie.

L'étude des convulsions de la première et de la deuxième enfance est un des chapitres intéressants de la pathologie infantile, mais bien confus.

Les vers intestinaux ont été pour le public et sont encore considérés comme une cause fréquente de convulsions; on leur attribue aussi facilement les états nerveux, les insomnies, etc., des enfants.

Il faut bien retenir qu'il y a une différence très grande entre

les convulsions de la première enfance et celles de la seconde enfance.

M. Grancher passe à ce sujet rapidement en revue les différents travaux écrits sur les convulsions des enfants et leur étiologie. Pour lui, il y a deux grandes classes de convulsions : 1^o Les convulsions essentielles, d'origine réflexe ; 2^o les convulsions symptomatiques.

Les convulsions d'origine réflexe n'ont pas toujours la même physionomie ; il y a plusieurs variétés :

1^o Elles peuvent être épileptiformes ; l'enfant est pris tout d'un coup. Il tombe en poussant un cri. Il y a la phase tonique, puis la phase clonique et le coma, comme dans l'épilepsie ;

2^o Les convulsions seulement toniques, comme dans la seconde observation. On a nié cette forme, mais elle existe.

Dans l'observation précédente, le spasme tétanique était constant, permanent, et a duré vingt minutes sans relâchement des muscles. Cela a été bien constaté.

3^o Les convulsions surtout cloniques, agitation incessante, extension et flexion successives et alternatives des membres ;

4^o Les convulsions partielles qui existent tantôt à un seul membre, tantôt à la face, aux commissures, aux muscles de l'œil.

Il y a encore des convulsions localisées plus difficiles à reconnaître : ce sont des convulsions internes, des muscles du tronc, du diaphragme. Il faut toujours examiner l'état des muscles du thorax et du diaphragme, lorsqu'on voit un enfant tomber tout à coup en bleissant, cyanosé ; ces cas peuvent se terminer par la mort ;

5^o Toutes ces formes peuvent être mélangées, s'associer ; c'est ainsi que l'on peut voir des séries de convulsions, dont chaque crise revêt une de ces différentes formes.

Il reste deux points secondaires à examiner. Y a-t-il des phénomènes précurseurs de convulsions, ou non ?

On a cité : l'insomnie, l'assoupissement et l'irascibilité de caractère. Quelque faible que soit la valeur de ces signes il faut en tenir compte.

Quels sont les phénomènes consécutifs ? La mort peu arriver par asphyxie, ou bien on observe le retour complet à l'état de santé, ou bien aussi quelquefois il se développe des états pathologiques confus : parésies, troubles de la sensibilité, etc...

Pourquoi les enfants ont-ils si souvent des convulsions ? On a invoqué, pour répondre à cette question, des raisons d'ordre moral, sentimental et des raisons d'ordre physiologique.

Bouchut attribue la fréquence des convulsions chez les enfants à la sensibilité et à l'irritabilité de leur cerveau.

Les recherches des physiologistes tendent à prouver le contraire ; on connaît l'expérience classique de la grenouille à laquelle on a coupé la tête et dont les mouvements réflexes s'exa-

gèrent. Plus intéressantes sont les expériences de Simonoff. Il a étudié les résultats de la piqure du cerveau faites avec des aiguilles traversées par un courant constant, puis un courant induit; il a recherché quel était l'état des réflexes des muscles de la jambe au moment des expériences et a jugé ainsi de l'action de l'irritation cérébrale sur le pouvoir excito-moteur de la moelle. Il a vu que le pouvoir réflexe de la jambe était déprimé quand l'aiguille est plongée dans les régions antérieures, et qu'il en était de même avec le courant électrique. Il a constaté, au contraire, que le pouvoir réflexe n'est pas influencé si l'aiguille est plantée dans les régions postérieures, le cervelet. Ces travaux qui démontrent que les lobes antérieurs du cerveau ont une action modératrice sur la moelle, datent de 1886.

Les travaux de Fritsch et Hitzig ont montré ensuite que les mêmes lobes antérieurs sont excito-moteurs. Or, ce sont les mêmes régions que les centres modérateurs de Simonoff; elles sont donc à la fois excito-motrices et modératrices. Mais ces centres n'existent pas chez les jeunes enfants; Soltmann en a fait la preuve chez les animaux nouveau-nés. Les localisations cérébrales ne se forment chez les enfants que peu à peu, avec l'âge; voilà pourquoi les convulsions sont chez eux si fréquentes. L'action modératrice n'existe pas; c'est là la raison physiologique.

Que faire en présence d'un enfant atteint de convulsions?

Il faut d'abord faire le diagnostic, ce qui n'est pas toujours facile.

Il faut voir la convulsion, s'il est possible, et ne pas s'en rapporter aux renseignements de l'entourage.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant qui jouissait d'une bonne santé antérieure et qui n'a pas de fièvre, par cela même on peut éliminer les convulsions du début ou du décours des maladies fébriles.

Il faut alors faire mettre l'enfant tout nu pour l'examiner. Cela peut suffire à faire cesser les convulsions en débarrassant l'enfant d'une épingle qui le pique, d'un vêtement qui le blesse.

Ces diverses causes sont assez fréquentes.

Il faut explorer la bouche, s'occuper de l'état de la dentition.

Il faut chercher du côté du nez, de l'oreille; ne pas oublier les émotions morales, l'instinct imitatif. Mais il arrive que, malgré une minutieuse enquête, la cause reste inconnue.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant ayant une fièvre vive, il faut penser de suite à une pneumonie, une broncho-pneumonie ou une fièvre éruptive.

Un troisième cas est celui qui concerne un enfant dont la santé est détériorée, dont la dentition est mauvaise, ou qui est convalescent d'une maladie.

Le pronostic doit toujours être très réservé; il ne faut jamais s'en aller en disant: ce n'est rien, car il pourrait se produire d'autres crises plus graves, même mortelles.

Le fait d'une convulsion est toujours un fait grave, surtout si c'est une première convulsion.

Trousseau recommande de ne pas quitter le malade, et raconte être resté six heures près d'une petite fille.

Pour le traitement, il faut avoir l'air de faire quelque chose et ne pas faire grand'chose. On donnera une potion calmante, anodine et un grand bain tiède. Il faut se défier des bains chauds et froids et des révulsifs. Un lavement laxatif est souvent fort utile.

Pour les jours suivants, on recommandera le régime lacté en prévision de troubles digestifs, du mal de Bright ou d'albuminurie passagère.

En ce qui concerne la crise convulsive elle-même, on peut faire respirer à l'enfant quelques gouttes de chloroforme, mais sans aller jusqu'à l'anesthésie.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement du catarrhe bronchique chez les enfants, par James CARMICHAEL.—L'hygiène, suivant l'auteur, tient la première place dans le traitement.

Les enfants auront des vêtements très légers et très larges à la taille, le bandage ombilical des nouveau-nés sera enlevé. On couchera l'enfant sur le côté sain et l'on ne le laissera pas trop longtemps couché; on le prendra sur les bras et on provoquera même au besoin ses cris et ses pleurs. La nourrice appliquera de temps en temps ses mains mouillées sur le dos et la poitrine de l'enfant pour provoquer une brusque inspiration.

La chambre sera bien ventilée et pas trop chauffée. Les repas seront légers et fréquents. On emploiera les toniques: quelques gouttes de vin ou d'eau-de-vie; un peu de koumys chez les nouveau-nés; sous-carbonate d'ammoniaque par petites doses.

Lorsqu'il survient une atelectasie spasmodique: belladone à haute dose et fréquemment renouvelée.

Dans les catarrhes aigus, maintenir l'air de la chambre saturé de vapeur d'eau en tendant un drap mouillé autour du berceau, en faisant évaporer de l'eau.

On enveloppera la poitrine d'ouate imbibée d'eau froide ou chaude et recouverte d'un mukintosh; on pourra l'asperger d'essence d'eucalyptus, de pin ou de térébenthine.

L'auteur proscriit l'ipéca, à moins de toux sèche constante.

Chez les enfants vigoureux et au début on peut employer l'antimoine, l'apomorphine ou l'ipéca, avec ou sans les alcalins.

Une perle ou deux de térébenthine diminuent l'irritation bronchique.—*Bulletin général de thérapeutique.*

Les nouveaux traitements de la coqueluche. (1)—3^o MODIFICATEURS DES MUQUEUSES.—*Oxymel scillitique.* Employé par Netter et Remy (de Nancy) de la façon suivante: à 3 heures et de-

(1) Suite et fin; voir la livraison de mars.

mie, goûter de l'enfant; puis, entre 5 et 6 heures, une dose d'oxymel toutes les 10 minutes. Pour les enfants à la mamelle, 20 à 40 gouttes suffisent, quatre à cinq cuillerées à café pour un enfant de 3 ans, et sept à huit chez l'adulte. Il faut continuer ce traitement tous les jours jusqu'à la cessation des quintes. La toux devient grasse au bout de 2 ou trois jours, et alors la guérison arrive rapidement. Guy a échoué deux fois en employant cette méthode, mais cela tient probablement à ce qu'il a employé des doses trop faibles.

Grindelia robusta.—Recommandé par M. Bihaut en extrait fluide chez l'adulte, en teinture chez l'enfant jusqu'à la dose de 1 gr. *pro die* de substance active; chez l'adulte il a, dans les mains de Cadet de Gassicourt, réussi à diminuer les quintes sans agir sur la durée, ni sur l'élément infectieux de la maladie. Dans les mains de Moutard-Martin il a complètement échoué.

Vellesen recommande l'extrait de *chanvre indien* associé à l'extrait de belladone; Labadie-Lagrave, le carbonate de potasse à la dose de 1 gramme par jour; Pravaz, Milliet, Tabarié, Bertin, Schliep, les *bains d'air comprimé*, mais tous ces moyens pronés par leurs auteurs, sont au moins peu actifs et inconstants.

Les émanations des usines à gaz sont dangereuses et peuvent provoquer des complications pulmonaires.

4^o ANESTHÉSIIQUES.—*Cocaïne*. Les badigeonnages de l'arrière bouche pratiqués par Pott et Prin, puis Barbillon, en France (solution à 5%) ont diminué le nombre des quintes et supprimé les vomissements, mais sans avoir d'action sur la durée de la maladie. Un traitement mixte par la *résorcine* et la *cocaïne* fut employé par Moncorvo (solution de cocaïne à 10 pour 100), et Gullmi (solution de cocaïne à 20 p. 100 et de résorcine à 2 p. 100).

Cadet de Gassicourt a essayé la cocaïne et recommande de s'adresser surtout au voile du palais au début du badigeonnage, afin d'éviter les efforts de vomissements provoqués en portant le pinceau profondément.

Gouguenheim, pour l'anesthésie de l'arrière-gorge, conseille la solution au 1/10^e, celle au 1/20^e ne convient que pour les enfants ou les personnes très nerveuses.

Moutard-Martin et Oannée se sont aussi bien trouvés dans des badigeonnages à la cocaïne.

Grafner propose des inhalations chaudes deux fois par jour avec une solution plus ou moins concentrée suivant l'âge; ordinairement il emploie la formule suivante:

Chlorhydrate de cocaïne.....	6 à 10 centigrammes
Eau distillée	45 grammes
Chlorate de potasse.....	} àâ 0,50 centigr.
Eau distillée d'amandes amères.. }	

Il emploie aussi la pulvérisation, dans la bouche, de cette solution, mais Vogel regarde le spray comme pouvant être dangereux.

Garnet emploie, en inhalation, 10 gouttes dans un verre d'eau chaude d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 6 p. 100 dans le chloroforme.

E. Labbé a aussi observé les bons effets des badigeonnages de cocaïne, mais il préfère toucher la glotte avec une solution iodée. Bianchi a administré le médicament à l'intérieur à la dose de 30 centigr. à 1 gr., sans accidents.

Pourtant la cocaïne produit parfois des accidents; Holt a vu des convulsions, chez les enfants, parfois suivies de mort après des inhalations et des badigeonnages; Dujardin-Beaumetz a insisté sur des accidents de paralysie glottique que Gougenheim n'a jamais observés.

On a aussi essayé l'*acide carbonique* et le *menthol*, mais ils sont justement négligés.

5° Cette classe comprend les médicaments anciens qui ont été l'objet de nouvelles recherches.

Cadet de Gassicourt a obtenu de bons effets du *bromure de potassium*, quand la *belladone*, qui lui est supérieure, produit des effets d'empoisonnement. Trousseau recommandait les doses massives de belladone, mais elles sont rapidement suivies d'intolérance, et on n'a pas de meilleurs résultats que lorsqu'on fractionne. On donnera donc soit l'extrait de 1 à 5 centigr. dans les 24 heures, soit le sulfate neutre d'atropine, un milligramme au maximum, soit le sirop suivant:

Sirop de sucre ou de tolu.....	150 grammes
Sirop de belladone.....	45 —

Une cuillerée à café représente 1 gr. 25 de sirop; on peut aller jusqu'à 7 et 8 gr., et il faut commencer, chez les plus jeunes enfants, par une cuillerée en 2 fois; à partir de 7 ans, on peut débiter par 2 gr. 50 de sirop.

Cadet de Gassicourt recommande, concurremment à la belladone, les *inhalations d'éther*, quelques gouttes sur un mouchoir au moment des quintes. Le même médecin a réussi avec le sirop de *narcéine* (2 centigr. par jour).

Le *drosera* en alcoolature, dont Cuné a donné jusqu'à 5 et 10 gr. par jour, atténue les quintes sans abrégier la maladie, d'après Siegesbeck, Louvet-Lamane, Hérard, Crequy et Dujardin-Beaumetz. C. Paul cite un cas où il eut presque une action abortive; Catrice dit qu'il agit d'autant mieux que l'élément convulsif est plus caractérisé. Guy et Cadet de Gassicourt ont échoué complètement avec ce médicament.

On le voit, la variété des moyens thérapeutiques ne nous montre ici encore que notre pauvreté, et le vrai spécifique de la coqueluche est encore à trouver. D'ailleurs, il y a coqueluche et

coqueluche, et il n'est pas toujours juste de rapporter la brièveté et la bénignité de la maladie à la médication.

En somme, si les médications nouvelles sont bonnes à essayer entre autres, les insufflations nasales et les badigeonnages à la cocaïne, ce serait une faute, croyons-nous, de négliger de faire, en même temps, le vieux traitement classique dont l'efficacité a été démontrée par les travaux des maîtres de la clinique française.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Des affections aiguës du cœur d'origine rhumatismale chez les enfants.—Leur comparaison avec celles de l'adulte. Pronostic et traitement.—D'après J. SIMON, la péricardite de l'adulte se révèle par une angoisse et des douleurs précordiales qui augmentent par la pression en certains points, par des palpitations et de l'oppression. Chez l'enfant, ces phénomènes sont très atténués, la douleur est à peine accusée, on est souvent même obligé de la rechercher par la pression. Mais la mesure est plus accentuée par suite de la faible épaisseur de la paroi thoracique.

On peut constater le frémissement cutané, les signes physiques sont du reste très accusés chez l'enfant. On observe un bruit de frottement qui peut être confondu avec des bruits de souffle. S'il y a de l'épanchement, les bruits sont éloignés et le cœur est déplacé. S'il y a de l'endocardite, un bruit de souffle avec maximum au premier temps sera perçu à la pointe du cœur.

Il n'y a ni hypostase, ni œdème, ni hydropisie, contrairement à ce qui existe chez l'adulte.

Les affections aiguës du cœur sont bien supportées par les enfants; aussi ne faut-il jamais porter un pronostic fatal, car l'endocardite peut guérir, le bruit de souffle disparaître et l'hypertrophie du cœur être compensée plus tard par le développement du reste du corps.

Comme traitement local, il faut recourir, au début, aux émissions sanguines à l'aide de quatre ou cinq sangsues appliquées sur la région précordiale. Si l'enfant n'est pas vigoureux, il vaut mieux employer les ventouses sèches ou les onctions avec:

Huile de jusquiame.....	20 grammes
Chloroforme.....	10 —
Extrait de ciguë.....	2 —

Recouvrir ensuite la région d'ouate et de taffetas gommé.

Les vésicatoires ne sont utilisés que vers le dixième jour; on les renouvelle tous les quatre ou cinq jours. Ils doivent être de petite dimension; ils restent appliqués pendant quatre ou cinq heures, on les remplace par un cataplasme de fécule, et on fait le pansement avec la vaseline boriquée, pour éviter la suppuration.

Le traitement général consiste dans l'emploi de la mixture suivante:

Teinture de scille..... }
 Teinture de muguet..... } à 10 à 20 gouttes

que l'on renouvellera tous les jours afin de diminuer l'irritabilité du plexus cardiaque et de favoriser la diurèse.

On donne encore pendant cinq ou six jours, 1 à 2 grammes de soude, si le rhumatisme est en pleine activité.

Le bromure de potassium sera utilisé dans les cas de palpitations douloureuses.

Au cas où le régime lacté serait mal supporté, on le remplace par des bouillons et des panades. Lorsque la fièvre aura cessé on permettra le poisson, les œufs et la gelée de viande.

L'affection demande environ deux mois de soins continus pour que la convalescence soit assurée.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

DERMATOLOGIE

Importance de l'antisepsie en dermatologie.—Traitement de l'impétigo, du pityriasis versicolor, de l'ecthyma, des sueurs fétides.—Soins de la peau des diathésiques.—Il existe à la surface des corps de microbes de tout genre. Si beaucoup d'entre eux sont indifférents, n'oublions pas que tous les microbes pathogènes peuvent se trouver à un moment donné en contact avec nos téguments, les microcoques vulgaires de la suppuration comme les agents infectieux les plus spécifiques, et que tous ces ennemis qui rôdent autour de la place sont prêts à y pénétrer dès qu'une brèche accidentelle s'y fera.

Il est donc indispensable de réaliser aussi souvent et aussi complètement que possible l'asepsie des téguments. La propreté minutieuse confine à l'antisepsie, qui devient indispensable dès que la perte de substance la plus minime se produit en un point quelconque de l'enveloppe cutanée. Tout médecin attentif devra donc recommander à ses clients de soumettre soigneusement à l'antisepsie prophylactique certaines fissures ou érosions des téguments en apparence insignifiantes, qui peuvent servir de portes d'entrée à des maladies communes ou rares, érysipèle, tuberculose ou syphilis, morve, charbon ou chancre simple, endocardite septique, etc., etc.

Les lavages répétés avec des solutions actives d'acide phénique d'acide borique ou thymique, ou de sublimé, l'occlusion des plus petites érosions par le collodion iodoformé, etc., sont des précautions particulièrement indispensables dans certaines professions.

Pour faire l'asepsie quotidienne relative de la peau, les solutions dépourvues d'odeur, ou ayant une odeur agréable, sont de rigueur.

Celles d'acide borique à 3 et 4/100 remplissent la première condition.

En voici une qui répond à la seconde

Acide thymique.....	1 partie
Alcool à 90°.....	4 parties
Eau distillée.....	895 —

Voici une formule de savon antiseptique à l'acide borique proposée par M. Hélot (de Rouen) :

Acide borique.....	15 grammes
Crème de savon des parfumeurs.....	90 —

Mélez intimement.

Pityriasis versicolor.—Le parasite de cette dermatose est le microsporion furfur. Ce végétal est d'une vitalité médiocre, puisqu'il suffit de quelques applications antiseptiques pour en venir à bout. Voici une lotion que M. Besnier emploie :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 25 centigr.
Eau distillée.....	125 gr.

Faites dissoudre. Lotionnez la peau après l'avoir frottée avec du savon ponce.

La pommade suivante, formule de M. Hardy, peut être appliquée dans l'intervalle des lotions.

Soufre sublimé.....	9 parties
Axonge.....	80 —

Mélez.

Impétigo.—Tilbury Fox, en 1864, aurait le premier signalé la contagiosité de l'impétigo. Wooster Beach, en 1833, a décrit une épidémie d'impétigo dans laquelle 40 ou 50 personnes avaient été atteintes.

Parmi les médecins d'enfants, qui voient plus de cas d'impétigo que tous leurs confrères, M. J. Simon a toujours enseigné que l'impétigo est contagieux, se basant sur ce qu'il le rencontrait en même temps chez la mère et chez l'enfant, ou chez plusieurs enfants d'une même famille.

M. Edm. Chaumier a fait au Congrès de Blois en 1884, une communication sur une maladie à manifestations multiples, maladie contagieuse, inoculable, épidémique, dont les manifestations sont si différentes les unes des autres qu'on les a prises jusqu'aujourd'hui pour autant de maladies : l'impétigo avec toutes ses formes, la tourniole, et certaines vésicules pemphigoides, le panaris, le furoncle, la pustule conjonctivale, sont les principales expressions de cette maladie,—qui n'a pas de nom jusqu'à présent, M. Chaumier laissant à d'autres le soin de la baptiser. — M. Chaumier incline à ne pas faire de distinction entre l'impétigo contagiosa et

l'eczéma impétigineux si fréquent derrière les oreilles des petits enfants. L'impétigo granulata lui semble aussi de même ordre, bien qu'on l'ait, en général, considéré comme provoqué par les poux. Il en rapproche certaines desquamations de la peau et surtout du cuir chevelu, où le mélange des poussières, de la séborrhée et des écailles épidermiques, donne lieu à une calotte plus ou moins parcheminée. La conception de M. Chaumier est certainement intéressante, et elle s'appuie sur des faits cliniques bien observés, réserves faites au sujet de l'impétigo granulata et de la séborrhée. La contagiosité des tournioles est attestée par l'observation. Tout récemment, M. Aubry a constaté que, dans une école, 12 enfants et la maîtresse, dans la même classe, furent atteints successivement de tournioles; dans le pus de celles-ci, M. Aubry a trouvé des staphylocoques et streptocoques.

Impétigo, tournioles, panaris, furoncles, etc., sont des lésions causées toutes peut-être par les microcoques de la suppuration. Mais il se peut aussi que les diverses manifestations dont parle M. Chaumier, ne soient pas causées par le même parasite. Tant d'agents infectieux sont répandus à la surface des téguments et n'attendent pour manifester leur virulence que l'occasion de franchir l'épiderme ou de s'introduire dans les glandes. L'impétigo et les lésions de grattage qui l'accompagnent ouvriraient la porte aux microbes pyogènes de la tourniole, du panaris, du furoncle; il faut peut-être voir dans la coexistence de ces diverses manifestations chez les mêmes sujets un exemple de ces infections complexes, si fréquentes en bactériologie, et dont nous avons parlé déjà à propos des angines.

Quoi qu'il en soit, voici un traitement de l'impétigo basé sur l'antiseptie qui réussit toujours à guérir les enfants rapidement, et qui a institué à la Clinique des Enfants Malades par M. Ern. Gaucher, médecin des hôpitaux, à qui M. le professeur Grancher a confié la direction du service dermatologique. On applique d'abord pour faire tomber les croûtes, des cataplasmes de fécule de pommes de terre refroidis, arrosés d'eau boriquée. On enduit ensuite la surface rouge et suintante mise à nu avec le topique suivant :

Glycérolé d'amidon.....	30 parties
Amidon	3 —

Les traitements de M. E. Besnier et de M. Vidal ont aussi l'antiseptie pour base.

M. Vidal fait tomber les croûtes avec le cataplasme de fécule; on lave ensuite la région malade avec une solution antiseptique, eau de baryte ou eau-de-vie camphrée diluée. Sur chaque pustule impétigineuse, on applique un petit morceau d'un emplâtre rouge contenant du minium et du cinabre, qui doit être changé chaque jour au moment où on fait la lotion.

M. E. Besnier fait laver au début avec l'eau boriquée à 1/50, puis recouvrir de huit ou dix doubles de tarlatane imbibée d'eau boriquée et de taffetas gommé. Quand la dermite pustuleuse commence à s'apaiser, on ajoute un peu de sublimé à l'eau boriquée; enfin on recouvre les pustules d'un emplâtre agglutinatif dont voici la formule :

Onguent de Vigo.....	5 parties
Acide borique	1 —
Vaseline.....	30 —

Etendre sur une toile fine.

Ecthyma.—Les lésions pustuleuses de l'ecthyma simple, non spécifique, contiennent certainement des microbes.

M. Vidal a démontré, en 1872-73, que les pustules d'ecthyma de la fièvre typhoïde et d'ecthyma simplex sont auto-inoculables, que les pustules obtenues par inoculation ont une marche identique à celles qui étaient survenues spontanément, qu'elles peuvent à leur tour donner naissance par inoculation à d'autres pustules: mais le pouvoir reproducteur a paru aller en s'affaiblissant, au point d'être nul à la 3^e et 4^e génération.

Nous ne connaissons pas de meilleur traitement pour l'ecthyma que de lotionner, après la chute des croûtes, la région envahie avec une solution d'acide borique ou de sublimé. puis de recouvrir en permanence chaque pustule d'une rondelle d'emplâtre mercuriel de Vigo ou d'emplâtre rouge de M. Vidal, dont voici la formule :

Emplâtre diachylum.....	27 gr.
Minium.....	2 gr. 50
Cinabre.....	1 gr. 50

Sueurs fétides.—La bromhydrose est, dans certains cas, la conséquence de la présence de microbes analogues à ceux de la putréfaction. On a trouvé des micro-organismes dans la sueur des espaces interdigitaux des pieds chez les individus atteints de cette affection.

L'emploi des antiseptiques donne les meilleurs résultats dans le traitement de cette infirmité. Les lavages fréquents avec des solutions boriquées, thymolées, chaudes, l'application de poudre fine de salicylate de bismuth et d'acide benzoïque réussissent souvent à débarrasser les malades.

Le docteur Debout, expérimentant sur les soldats d'un bataillon de chasseurs à pied, a obtenu des succès rapides en faisant mettre dans les chaussures des hommes une poudre ainsi composée: à deux parties de plâtre saturé, desséché et pulvérisé on ajoute une partie de plâtre anhydre. La poudre ainsi obtenue est absorbante par le plâtre anhydre et grâce au plâtre saturé ne durcit pas et ne fait pas corps dans la chaussure, 95 parties de cette poudre

sont additionnées de 3 à 5 parties de coaltar (goudron de houille) ou de goudron de bois.

Dans l'armée allemande on a employé avec succès la poudre suivante :

Acide salicylique.....	3 parties
Amidon.....	20 "
Talc en poudre.....	87 "

On peut employer l'acide phénique en lavages, l'acide salicylique ou borique, la poudre de tanin.

Nous avons eu de bons résultats en faisant laver les pieds matin et soir avec une solution alcoolique d'acide thymique et en faisant saupoudrer ensuite les espaces interdigitaux avec un mélange de salicylate de bismuth et d'acide borique à parties égales.

Les succès qu'a signalés M. Armaingaud, par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, faites tous les deux jours dans un point quelconque du corps à la dose de 2 à 4 centigrammes, s'expliquent-ils par une action antiseptique ou par les modifications dans la quantité de la sécrétion sudorale ?

L'enveloppement des pieds dans des bandelettes de sparadrap ou les onctions avec l'onguent diachylum, qui ont réussi dans certains cas à faire disparaître la fétidité de la sueur, agissent probablement en soustrayant les régions humides au contact des germes que l'air y peut apporter et qui font fermenter les produits de sécrétion.

Nous citerons aussi comme méritant d'être expérimenté un traitement publié par M. le docteur Legoux, d'Albert (Somme), qui lui doit plusieurs succès. Après avoir pris pendant deux jours des bains de pieds froids dans de l'eau de feuilles de noyer, le malade badigeonne matin et soir ses pieds avec un pinceau trempé dans la mixture suivante :

Perchlorure de fer liquide.....	30 gr.
Glycérine.....	10 gr.
Essence de bergamote.....	XX gouttes

M. Legoux, qui semble ignorer la nature parasitaire de la bromhydrose des pieds, suppose que le perchlorure de fer agit en modérant l'activité des glandes sudoripares et en refoulant le liquide sanguin. Suivant nous, le succès est dû à une action antiseptique.

Soins à prendre de la peau des diathésiques.—Les dermatoses parasitaires viennent souvent se greffer sur certains états diathésiques. Les troubles permanents de la nutrition qui constituent les diathèses amènent dans les humeurs des modifications chimiques qui favorisent la germination des microbes.

La fréquence du pityriasis versicolor chez les arthritiques est bien connue; l'alcalinisation des humeurs de ces individus pourrait peut-être les aider à se débarrasser du germe parasite.

Chez les *diabétiques* se développent, on le sait, très facilement, des inflammations autour du méat urinaire et sur le gland. D'après le professeur Simon (Congrès de Londres), on trouve des spores et des tubes de mycélium dans les tissus néoplasiques et parfois condylomateux de ces diabétiques, qu'il appelle balanopostho-mycose. L'urine sucrée constitue un milieu de culture pour le parasite.

La conclusion de ces données est que l'antisepsie prophylactique des téguments doit être particulièrement rigoureuse chez les diathésiques, surtout chez les diabétiques.—*Concours médical.*

Traitement de l'eczéma de l'oreille.—On lit dans les *Annales des maladies des oreilles* le résumé d'une leçon du Dr. POLITZER, de Vienne, sur ce sujet.—Quoique l'eczéma aigu guérisse souvent seul, dit ce professeur, il est bon de laver les plaies eczémateuses avec un corps gras, vaseline, etc.

Contre l'eczéma intertrigo des enfants, on recommande le calomel. Le calomel se prescrit encore avec avantage (Rohrr) dans la forme aiguë ainsi que dans la chronique et humide ; cependant, à cause de l'obstruction possible, on ne l'emploie pas dans l'eczéma du conduit. Dans la période douloureuse : compresses froides imbibées d'acétate de plomb, avec badigeonnages à la cocaïne (5%).

L'ichthyol, soit en substance, soit en solution aqueuse et alcoolique (1 p. 50), ou en forme d'onguent (1 p. 10) s'est montré très actif.

Pendant la période de formation des croûtes, il faut enlever celles-ci d'abord, par les procédés de douceur (huiles d'olive ou baume du Pérou, ou liqueur de Burow, 1 pour eau 10) et le lendemain elles se détachent facilement ; on peut alors appliquer les médicaments actifs. Avec un pinceau on étend les onguents médicamenteux, à base de plomb, d'acide borique, d'oxyde de zinc, etc., puis l'oreille est enveloppée. Le lendemain, il ne faut pas laver le pavillon, mais l'enduire d'huile pour le nettoyer, et remettre un nouveau pansement. Quand l'épiderme est reproduit, éviter toute cause d'irritation, c'est-à-dire enduire d'huile au pinceau l'épiderme nouveau et protéger contre l'action de l'air.

Dans la forme squameuse, on emploie l'acide borique en solution alcoolique 1/20, ou le savon au goudron. Dans les plus graves, le traitement est long et exige une observation constante du malade ; les médicaments sont nombreux et variés, et ne s'appliquent pas indifféremment à tous les cas. Contre l'eczéma squameux du conduit, ce sont les cautérisations avec les solutions concentrées de nitrate d'argent qui réussissent le mieux. Après guérison, on badigeonne encore pendant longtemps la peau du conduit avec une pommade au précipité blanc ou avec l'huile de cade pour éviter les démangeaisons et les récurrences. Enfin, le traitement interne au fer, à l'arsenic, à l'huile de morue, s'il y a lieu.—*Scalpel.*

FORMULAIRE.

Stomatite aphteuse confluyente bénigne.—*Hirtz.*

P.—Salicylate de soude.....	1½ drachme
Eau.....	1 once

M.—Badigeonner la muqueuse buccale et pharyngée 5 ou 6 fois par jour. En même temps donner de légers laxatifs.—*Revue des sciences médicales.*

Coryza.—*Brand.*

P.—Acide phénique.....	} aa 1½ drachme
Ammoniaque.....	
Alcool.....	¼ drachme
Eau distillée.....	4 drachmes

M.—On imbibé une éponge et on respire les vapeurs qui s'en dégagent.—*Revue internationale des sciences médicales.*

Constipation.

P.—Huile de ricin.....	7½ drachmes
Sirop de rhubarbe.....	5 "
Alcool.....	3 "
Essence de menthe poivrée.....	2 gouttes

M.—A prendre en une dose.

Tuberculose.—*Luton.*

1 ^o P.—Acétate neutre de cuivre.....	176 grain
Phosphate de soude cristallisé.....	576 grains
Poudre de réglisse.....	
Glycérine.....	aa q. s. pour faire 1 pilule

Dose : 1 pilule trois fois par jour.—*Revue générale de clinique.*

2 ^o P.—Acétate neutre de cuivre.....	576 grain
Phosphate de soude cristallisé.....	8 "
Mucilage.....	
Eau.....	aa 2 onces

M.—Dose : Une cuillerée à soupe trois fois par jour.—*Revue générale de clinique.*

Ulcère du col utérin.—Marfan.

P.—Glycérolé d'amidon.....	60 parties
Iodoforme.....	6 "
Essence de menthe poivrée	Q. S.

M.—Appliquer sur un tampon toutes les vingt-quatre heures.—*Gazette médicale de Nantes.*

Anémie cérébrale.—Dujardin Beaumetz.

1^o Après les repas, prendre une cuillerée de sirop d'iode de fer dans une eau faiblement minéralisée.

2^o Le soir, prendre une grande cuillerée de la solution suivante

Bromure de potassium.....	150 grains
Bromure de sodium... ..	150 "
Bromure d'ammonium	150 "
Eau distillée	11 onces

3^o Prendre chaque semaine deux bains sulfureux et, si la saison le permet, une douche froide suivie d'une douche chaude sur les pieds.—*Gazette médicale de Nantes.*

Carcinome.—Parvin.

P.—Iode.....	1 drachme
Brome.....	2 drachmes
Acide phénique.....	4 "
Alcool.....	8 "

M.—Usage local. Cette application devra être suivie de celle d'une solution de bicarbonate sodique.—*College and Clinical Record.*

Alopécie.—Brinton.

P.—Sulfate de quinine.....	80 grains
Alcool.....	4 onces
Teinture de capsicum.....	$\frac{1}{2}$ once
Teinture de cantharide.....	"
Esprit aromatique d'ammoniaque.....	$\frac{1}{2}$ "
Glycérine.....	4 onces
Eau.....	q. s. pour faire 1 chopine

M.—Usage local.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - - Dr. A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, AVRIL 1888.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année** pour les médecins, et de **\$2.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

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

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

MM. AMÉLÉGE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris Franco, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

La neuralgie crurale.

Au cours d'un article publié dans un récent numéro du *Lyon médical*, M. le docteur POLOSSE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, attire l'attention sur certaines impressions subjectives douloureuses de froid éprouvées par quelques personnes, soit aux mains, soit aux pieds, soit surtout aux jambes, et "qui, parfois simplement gênantes, dit l'auteur, s'élevaient dans certains cas à la hauteur d'une névralgie dans laquelle l'élément douleur porterait sur un mode particulier de la sensibilité, sur la sensibilité au froid."

Où est le praticien qui n'ait pas observé un certain nombre de ces cas de *froid aux jambes*? Si la symptomatologie en est facilement décrite, puisque tout se réduit à la description d'une simple sensation, il n'en est plus de même quand on en vient à examiner les causes probables de ce trouble singulier, et à en chercher le traitement.

L'étude de M. Polosson, forcément incomplète pourtant, met suffisamment en relief les faits suivants :

La psychralgie crurale est commune aux deux sexes, mais se rencontre surtout chez la femme, s'observant de préférence chez les névropathes ou simplement chez les personnes sujettes aux névralgies, et coïncidant parfois avec des affections utérines : cancer de l'utérus, métrites, aménorrhée. On l'a constatée chez les rhumatisants, les ataxiques et les porteurs de varices.—Quant à l'âge, les adultes d'un âge un peu avancé (de 40 à 50 ans), au voisinage de la ménopause ou après l'âge critique, y semblent plus sujets.—L'impression de froid est souvent limitée à la jambe; parfois elle s'étend au pied. La sensation est ou simplement gênante, ou véritablement douloureuse; elle est intermittente. L'examen local de la jambe n'indique rien de particulier; il n'y a ni empâtement, ni œdème, ni changement de coloration de la peau, ni anesthésie, ni même refroidissement des téguments appréciable au toucher.—Le traitement a peu d'influence sur le mal. Les frictions, le massage, les baumes excitants, etc., ont parfois soulagé un peu; ordinairement ils sont sans effet.

M. Polosson termine par quelques considérations sur la physiologie pathologique du froid aux jambes, et prétend qu'il y a probablement lieu de distinguer une psychralgie symptomatique, liée à l'ataxie, aux varices, aux œdèmes, etc., et ce qu'il appelle une psychronévralgie essentielle, idiopathique, répondant aux névralgies de même nom. Il croit que, dans la majorité des cas, l'excitant habituel de la sensation de froid fait défaut, ce qui serait confirmé par le fait qu'on ne réussit qu'imparfaitement et rarement à soulager la sensation en élevant la température des parties malades. D'un autre côté, la coïncidence fréquente avec des névralgies, un état névropathique, indique plutôt un trouble dans les fonctions de sensibilité d'ordre purement nerveux. Il s'agirait donc bien, conclut l'auteur, d'une psychonévralgie et non d'un refroidissement des parties dans les cas habituels ou au moins dans les formes idiopathiques. Il semble toutefois très probable que les conditions de vascularisation de telle ou telle partie du corps jouent un grand rôle en tant que cause accessoire.

Quoi qu'il en soit, la sensation de froid aux jambes est une de ces incommodités qui, sans constituer une maladie dans le véritable sens du mot, n'en réclame pas moins l'attention du médecin, surtout au point de vue du traitement. Dans des cas de ce genre,

surtout chez les névropathes, le massage et l'hydrothérapie nous ont rendu plus de services que toutes les frictions stimulantes et les rubéfiants dont l'usage est si universellement répandu.

Les Enfants Canadiens.

Sous ce titre, nous lisons dans le *Journal d'Hygiène*, de Paris :

“ Si vous avez parcouru les campagnes de la France, il vous sera sans doute arrivé de frapper à la porte de quelque maison dont les habitants étaient aux champs, et d'entendre, au lieu de la voix du maître, vous conviant à entrer, les vagissements d'un enfant en bas âge resté seul au logis. Puis, si la curiosité ou l'impatience vont ont porté à pénétrer dans la rustique demeure, vous aurez été fort surpris de n'y trouver au premier abord aucun être vivant. Vos yeux cherchent dans le berceau, dans le grand lit de famille, dans tous les coins de la mesure enfumée ; pas d'enfant, et cependant les cris recommencent de plus belle, et ce n'est quelquefois qu'après bien des recherches que vous découvrez une pauvre petite créature accrochée dans son maillot à un clou fixé dans le mur à une grande hauteur. La nourrice, qui cumule les fonctions alimentaires avec le travail des champs, n'a pas trouvé de meilleur moyen de préserver son poupard de la dent des bêtes, et surtout de celle du pourceau vorace.

“ Au Canada le même système est en usage. Les maillots des enfants ressemblent quelque peu à des bottes de postillon, s'accrochent aussi à des branches d'arbre ou sont portés sur le dos de leurs mères, pendant les longs voyages qu'entreprennent les familles canadiennes. Mais quelle différence ! Si quelque chose peut compenser les inconvénients du maillot, c'est sans contredit cette vie au grand air des poupards canadiens.”

M. le docteur M. de T., auteur de l'article, nous permettra de lui faire observer que le système en question n'a jamais été en usage que chez les tribus sauvages qui peuplaient notre sol il y a deux siècles. On le retrouve encore aujourd'hui, chez les peuplades plus ou moins nomades qui habitent le Nord-Ouest, mais dans les campagnes des provinces de Québec, d'Ontario, Nouveau-Brunswick et Nouvelle Ecosse, sur une étendue de territoire deux ou trois fois plus considérable que celle de la France entière, nulle part les enfants ne sont portés sur le dos de leurs mères, ni accrochés aux branches d'arbres. Dieu merci, nous ne vivons pas à l'état sauvage, comme semble le penser notre distingué confrère, et quand une famille canadienne entreprend un long voyage, ce qui n'arrive pas plus souvent qu'un aucun autre pays, elle le fait commodément installée dans un wagon de première classe, sur des chemins de fer qui, au point de vue du confort et de la rapidité, peuvent être comparés à ceux de n'importe quelle autre contrée civilisée.

Le troisième Congrès français de chirurgie.

Le troisième Congrès français de chirurgie s'est tenu à Paris, du 12 au 17 mars, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. le professeur VERNEUIL. Le manque d'espace nous force de remettre à une prochaine livraison la revue critique et analytique des travaux de cette importante réunion. Qu'il nous suffise de dire, aujourd'hui, que des communications ont été faites, entre autres, par MM. OLLIER (résection du poignet dans l'ankylose), DEMONS (extirpation du larynx), CHAUVET et RECLUS (traitement des blessures, par coups de feu, des cavités viscérales), THIRIAR (de la cholécystotomie), SOCIN (cure radicale des hernies), GUYON (traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie), TERRIER (suites immédiates et éloignées de l'hystérectomie vaginale), POZZI (indications de l'hystérectomie vaginale pour cancer), TERRILLON (hystérectomie abdominale), MONOD (des lymphangiômes vrais), LE FORT (des suppurations chroniques de la plèvre et leur traitement), SEGOND (traitement chirurgical des kystes du foie), TILLAUX (traitement des pseudathroses), CAZIN (récidive des néoplasmes opérés), DOLÉRIS (traitement des déplacements utérins).

Le succès du Congrès a été complet, du reste, et fait le plus grand honneur aux illustres savants qui ont y ont pris part.

MM. LES DOCTEURS J. A. DUCHESNEAU, J. P. LAVOIE et L. B. DUROCHER, et M. N. BOURGOIN, avocat, tous membres de la commission des asiles de la Province de Québec, sont allés dernièrement visiter les principaux asiles d'aliénés des Etats-Unis et de la Province d'Ontario, notamment ceux de Washington, Baltimore, Philadelphie, New-York, Providence, Worcester, Utica, Buffalo, London, Toronto et Kingston. Plusieurs de ces institutions sont la propriété de l'Etat, d'autres sont entre les mains de sociétés philanthropiques, ou appartiennent à des syndicats, quelques-unes enfin sont gouvernées par des sœurs de la charité qui sont aussi propriétaires. Les asiles de l'Etat, ou de comté, ou de ville, sont naturellement affectés à la classe pauvre, les asiles privés, ne reçoivent pour la plupart que les patients qui, capables de subvenir à leurs dépenses, paient un prix plus élevé que celui accordé par le gouvernement dans les asiles. On y fait néanmoins de nombreuses exceptions en faveur de ceux qui, ayant joui autrefois d'une certaine aisance, sont ensuite tombés dans le malheur; ces derniers paient un prix très modique, ou sont admis à titre gratuit, s'il y a lieu.

Partout la commission a reçu l'accueil le plus empressé de la

part des autorités médicales et administratives. MM. les Surintendants ont fait preuve à son égard de la meilleure courtoisie en lui offrant toutes les facilités désirables pour remplir sa mission. La commission s'est ainsi procuré une foule de documents précieux où se trouvent consignées les opinions les plus autorisées sur cette question des asiles, qui, là comme ici, attire d'une manière toute spéciale l'attention du public.

* * *

NOTRE SIÈCLE est bien certainement voué aux révolutions de tout genre, même et surtout scientifiques. La dernière merveille du genre nous vient de nos voisins de la république modèle dont un des médecins les plus distingués, M. le docteur Fordyce BARKER, de New-York, vient (si nous en croyons le *American Lancet* qui l'affirme) de formuler l'aphorisme suivant : le cancer est une maladie affectant de préférence les individus les plus civilisés et les mieux doués du côté de l'éducation et de la richesse ; une maladie qui se rencontre dans les climats les plus salubres, et qui n'est pas héréditaire !

C'est sans doute en vertu de cet axiôme étonnant que l'on voit le cancer sévir au sein des peuplades sauvages de l'Afrique, et que, parmi nous, dans nombre de familles, nous en pouvons suivre la trace dans trois ou quatre générations successives.

* * *

DEPUIS NOTRE ARTICLE du mois de mars dernier, la maladie du ci-devant prince héritier, aujourd'hui empereur d'Allemagne, n'est entrée dans aucune phase nouvelle. Le diagnostic est resté le même : tumeur maligne ; l'on a seulement émis l'idée que la diathèse syphilitique pouvait bien avoir fourni un terrain favorable à l'écllosion de l'accident cancéreux. La trachéotomie inférieure, telle qu'elle a été pratiquée depuis quelque temps, avant le départ du prince pour Berlin, aura probablement pour effet de donner au malade une survie de dix à dix-huit mois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Cent vingt écoles de médecine sont en pleine opération aux Etats-Unis.

D'après les statistiques de l'année 1887, l'Italie compte 17,586 médecins et 11,873 pharmaciens.

La police sanitaire de Berlin ayant fait analyser le *Warner's Safe Cure*, a pu constater que cette panacée se compose essentiellement de pyrrole (*Pipsissura—American Wintergreen*).

Les sommes recueillies par le *Hospital Saturday and Sunday Association*, à New-York, durant l'année 1887, ont atteint le chiffre de \$50,408, soit \$6,500 de plus que l'année précédente.

M. le docteur AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris, vient de prendre la direction des *Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, fondées par le prof. Depaul. Nos meilleurs souhaits de succès et de longue vie.

Les prochains examens pour l'admission à l'étude de la médecine se feront jeudi, le 3 mai prochain, à l'Université Laval, 1538 rue Notre-Dame, Montréal. Le Bureau provincial de médecine s'assemblera aussi à l'Université Laval, mercredi, le 9 mai.

Nécrologie.—A Leipsick, M. E. WAGNER, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Leipsick, auteur d'un excellent traité de pathologie générale publié en 1862.—A Paris, M. le docteur MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, gynécologiste distingué.

Suspension d'un professeur.—Le professeur Brunetti, de l'Université de Padoue, vient d'être suspendu de ses fonctions par un décret ministériel qui le défère au Conseil supérieur de l'instruction du royaume d'Italie. Cette mesure étant réclamée par la presse vénitienne toute entière, qui, d'après *Il Morgagni*, accusait le professeur Brunetti d'exciter les étudiants contre ses propres collègues, de soulever du scandale, etc. En même temps, la Faculté de médecine de cette Université est invitée à désigner un suppléant destiné à remplacer temporairement M. Brunetti.

Concours de la Société centrale de médecine du département du Nord.—La *Société de médecine du Nord* décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur Mémoire inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Les Mémoires doivent être écrits lisiblement en français; une devise inscrite en tête du manuscrit, sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du Concours. Les Mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, à M. le docteur BARDRY, Secrétaire général de la Société, 14 rue Jacquemars Gielée, Lille.

La Société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans le *Bulletin* le Mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Un tirage à part de 100 exemplaires sera adressé aux auteurs des Mémoires publiés.

La Faculté de médecine de Paris, en 1887.—Le 15 octobre 1886, 3,966 étudiants étaient inscrits dans cette Faculté et 582 élèves nouveaux ont commencé à cette époque leurs études médicales (510 docteurs, 72 officiers de santé, dont 479 Français et 103 étrangers. Parmi les étrangers : les Américains (20) et les Serbes (20) prédominent; citons encore les Roumains (11) et les Turcs (11). Il y a 12 femmes qui sont arrivées cette année à la Faculté et toutes sont de nationalité étrangère (10 russes et une grecque). Parmi les élèves qui ont quitté l'École, il est curieux de voir que 25 ont renoncé aux études médicales pour embrasser une autre carrière..., ou vivre de leurs rentes, que 127 ont disparu du monde étudiant, en cessant de faire acte de présence à la Faculté.

Université Laval, Montréal. Faculté de médecine.— Les examens pour la licence et le doctorat ont eu lieu dans le cours de la dernière semaine de mars. Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

Pathologie interne : Angine de poitrine.

Pathologie externe : Cancer du sein.

Thérapeutique et matière médicale : Ergot de seigle.

Tocologie : Modifications des mamelles chez les femmes enceintes.

Ophthalmologie : Otite moyenne purulente chronique.

Médecine légale : La folie.

Toxicologie : Empoisonnement par l'acide nitrique.

À la suite de ces examens, MM. John MOUNT, Arthur RICARD, J. E. LABERGE, H. THÉRIAULT, N. LAVOIE et L. E. SCHILLER ont été admis à la pratique de la médecine. M. le docteur Ricard pratiquera, croyons-nous, à Montréal, et M. le docteur Laberge ira exercer à Ste-Philomène, comté de Chateauguay. MM. les docteurs MOUNT et THÉRIAULT ont, après concours, été nommés internes à l'hôpital Notre-Dame.

Durant le troisième terme (finissant en juin), les cours se donneront dans l'ordre suivant :

Botanique, prof. DUVAL : 8h a. m. tous les jours, excepté le jeudi.

Pathologie générale, prof. JOYAL : 9h a. m. tous les jours.

Histologie, prof. JOYAL : 10h a. m. tous les jours.

Hygiène, prof. S. LACHAPELLE : 3h p. m. tous les jours.

Thérapeutique, prof. DESROSIERS : 4 h. p.m. tous les jours.

Tocologie, prof. DAGENAIS : 5h p. m. tous les jours.

Clinique médicale, (hôpital Notre-Dame) prof. DESROSIERS.
11h a. m. lundi, mercredi, vendredi.

Clinique chirurgicale (hôpital Notre-Dame), prof. LAMARCHE :
11h a. m. mardi, jeudi, samedi.

Clinique des maladies des enfants (hôpital Notre-Dame), prof. S. LACHAPPELLE : 10h à m. tous les jours.

Clinique obstétricale (Maternité), prof. DAGENAIS : sur avis spécial.

VARIETES.

La concurrence médicale.—Il y avait dans une petite bourgade un médecin qui faisait florès, tout seul qu'il était, et par conséquent à l'abri des coups de patte de l'un ou de l'autre confrère.

C'était une façon de grand diable d'homme, basané et d'une maigreur à proposer une alliance à Sarah Bernhardt. Avec ça, de longs cheveux noirs qui encadraient sa figure argileuse et lui donnaient un air de revenant.

Arrive in leu ! Survient un loup.

Pas de ciel sans nuages ; pas de soupe sans un cheveu. En effet, un beau matin, juste en face de son enseigne, le docteur vit luire la plaque d'un nouveau confrère.

Le concurrent, lui, était rondelet, rosé, frisé, comme un petit ange bouffi, un vrai miroir de santé, dans toute la fraîcheur appétissante de ses charmes blondinets. Les femmes des environs l'avaient surnommé le " bouton de rose," appellation flatteuse, à laquelle notre Hippocrate répondait par un sourire qui creusait dans ses deux joues de pêche des fossettes à loger un tas d'indiscrétions.

Et cela, joyeusement, le cœur léger, jetant un coup d'œil sur la fenêtre d'en face, où maigrissait de dépit le confrère à l'ocre, qui décidément semblait vouloir poser pour une momie.

La concurrence se fit intense. Chaque jour ce Grec et ce Troyen se déchiraient entre eux le Patrocle de la clientèle. C'était à qui donnerait le meilleur accroc dans le pan, ou plutôt à la réputation du collègue ; avec des focoommes, bien entendu.

Le dodu l'empertait sur le sec.

Un jour pourtant, le démon de la ruse tingla son grand front jaune. Une dame venait d'entrer dans son cabinet.

La consultation finie. " Mais, docteur—lui dit-elle—comment cela se fait-il que vous soyez si maigre, que vous ayez l'air si malade, alors que votre collègue jouit de tous les avantages de la santé ?"

" Oh ! oh ! Madame, c'est bien simple, reprit-il—avec un éclair dans l'œil.—Nous ne sommes que deux médecins, et par conséquent obligés de nous soigner l'un l'autre Voilà l'histoire ; c'est moi qui le traite..... et c'est lui qui me soigne. Vous voyez bien, n'est-ce pas ? la différence du traitement !" — *Le Scalpel.*

NAISSANCE.

BLAGDON.—A St. Philippe de Néri, le 27 février, la femme du Dr. H. W. Blagdon, une fille.