

## 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.

## CLINIQUE MÉDICALE.

HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC.—M. CHS. A. VERGE.

### Considérations générales sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement.

Nous avons eu depuis quelque temps, dans nos salles des femmes, cinq cas de tuberculose qui représentent assez bien les principales phases et les diverses formes de cette redoutable maladie, celle qui fait peut-être le plus de victimes. J'appellerai d'abord votre attention sur la malade du No. 48, que nous avons eue pendant près de deux mois dans nos salles. C'était une fille, âgée de 27 ans, qui exerçait depuis bon nombre d'années le métier de couturière dans une de nos principales maisons de commerce; elle occupait le département des draps et des lainages. C'est vous dire que cette jeune fille prenait peu d'exercice, qu'elle passait ses jours dans une atmosphère confinée, à respirer un air plus ou moins contaminé par des émanations malsaines et chargé de poussières irritantes provenant des diverses marchandises qu'elle était obligée de manipuler. Il y a un an à peine elle fut prise tout-à-coup d'un crachement de sang qui dura plusieurs jours; la quantité de sang expectoré n'avait pas été considérable, ce qui est généralement le cas au début de la phthisie pulmonaire, les hémorrhagies graves et abondantes se montrant de préférence à une période avancée de la maladie. Depuis cette époque elle a eu trois hémorrhagies semblables et vous avez été témoins d'une de ces attaques qui s'est prolongée au delà de huit jours. Jusqu'à sa première attaque, rien n'avait fait pressentir l'existence de tubercules. Est-ce à dire que l'hémoptisie a été la cause du développement de la tuberculose? Je ne le crois pas. Il est infiniment plus probable que les tubercules existaient déjà chez elle à l'état latent. Son genre de vie avait préparé le terrain d'avance, et provoqué à son insu le dépôt de tubercules. Ces tubercules à leur tour, agissant à la manière d'une épine, ont fini par déterminer une congestion localisée qui a été la cause immédiate de l'hémorrhagie. C'est là l'opinion la plus généralement accréditée. Rien du reste dans l'histoire de la famille ne décelait une prédisposition héréditaire. L'appétit laissait à désirer depuis longtemps, et à son entrée à l'hôpital la malade souffrait d'un catarrhe gastrique chronique. Il faut vous dire que la dyspepsie, si fréquente dans le cours de la maladie tuberculeuse, précède souvent le développement des autres symptômes. Depuis sa première indisposition jusqu'à son entrée ici, il y a tout près de deux mois, cette fille a souffert d'une toux opiniâtre, plus accentuée le soir et la nuit, assez pour que son sommeil en fut troublé. Cette toux, sèche d'abord, s'accom-

pagnait depuis quelque temps d'une expectoration assez considérable de mucus; la malade se plaignait de douleurs thoraciques vagues, d'essoufflement après le moindre exercice; elle maigrissait, elle transpirait pendant son sommeil, mais ces sueurs étaient encore limitées au devant de la poitrine, à la paume des mains, à la tête; son teint présentait une pâleur remarquable, mais ses joues se coloraient vers le soir; la menstruation, tout-à-fait irrégulière, était très incomplète; enfin elle constatait elle-même un déclin considérable de ses forces.

Voilà, messieurs, ce que vous avez appris par l'interrogatoire que j'ai fait subir à cette malade en votre présence. Il était difficile, d'après ces seuls symptômes, de ne pas soupçonner une tuberculose pulmonaire. L'exploration de la poitrine ou la constatation des *signes physiques* est venue largement justifier nos prévisions. En effet, l'inspection de la poitrine vous a fait voir un aplatissement considérable au niveau des creux sous-claviculaires, plus marqué du côté gauche. La région sous-claviculaire gauche se soulevait à peine et il y avait un tant soit peu d'exagération des vibrations vocales. La percussion vous a révélé à son tour de la matité dans cette même région, matité que nous avons également trouvée dans la fosse sus-épineuse du même côté. A l'auscultation vous avez constaté en avant un affaiblissement du murmure respiratoire, dû sans doute à l'oblitération d'un certain nombre de ramuscules bronchiques, et, dans la fosse sus-épineuse, du souffle tubaire et de la bronchophonie, indiquant une densité plus grande du poumon à ce niveau; de plus l'expiration était singulièrement prolongée. L'affaiblissement du murmure respiratoire que nous avons observé chez cette malade fait contraste avec la respiration que présentait sa voisine, menacée également d'une tuberculose à son début, et chez qui la respiration est dure, rude, ce que l'on explique en disant que la compression exercée par les tubercules, au lieu d'oblitérer les ramuscules bronchiques, rétrécit simplement ici les canaux, exagérant par là les frottements de l'air. Remarquez, messieurs, que les signes que nous avons constatés chez notre malade du No. 48 existaient à gauche, où ils ne pouvaient guère laisser de doute dans votre esprit quant à leur signification et à leur gravité. Lorsque ces mêmes signes existent à droite, ils sont moins significatifs, à cause de la rudesse et de la prolongation naturellement plus grande des bruits respiratoires du côté droit. Nous étions donc évidemment en présence d'une phthisie à sa première période.

Cette jeune fille n'avait subi aucun traitement avant son entrée à l'hôpital. A son arrivée ici, vous m'avez vu prescrire le sirop d'hypophosphite de chaux (*5j ter in die*), avec l'huile de foie de morue (*3j ter in die*); de plus, une pilule composée d'*ext. opii* et d'*ext. belladonnæ* ( $\frac{1}{2}$  gr. ââ) à prendre tous les soirs. Vu l'intolérance de son estomac pour l'huile, nous avons été forcé de la remplacer par la glycérine (*3ss ter in die*) qu'elle digérait bien. Nous lui avons prescrit en outre la solution de Fowler (2 gtt.) à prendre immédiatement avant chaque repas, dans le but de modifier la nutrition et d'améliorer le catarrhe chronique de l'estomac. Cette malade, après sept semaines de traitement, a laissé l'hôpital, non guérie, mais se portant beaucoup mieux.

Le deuxième cas dont je veux vous parler occupe le No. 32 et nous intéresse à plusieurs titres. Cette jeune fille, âgée de 18 ans, servante par état, est entrée une première fois dans cet hôpital il y a près de

deux ans avec une double pneumonie. Pendant sa convalescence elle fut frappée d'une *phlegmasia alba dolens* qui occupa les deux extrémités inférieures, ce qui l'obligea de garder le lit pendant plusieurs mois. Elle se rétablit suffisamment pour laisser la maison, mais sa santé générale, depuis cette époque, continua à décliner. Elle a toujours toussé un peu, et graduellement d'autres symptômes plus alarmants l'ont forcée d'entrer une seconde fois à l'hôpital. Elle vous a dit que son appétit était nul et qu'elle avait une répugnance extraordinaire pour toutes les matières grasses, et en général pour toutes les viandes. Elle souffre d'une diarrhée qui dure déjà depuis plusieurs mois et qui s'est manifestée chez elle plus à bonne heure qu'on n'a l'habitude de la rencontrer. Elle tousse, crache et transpire beaucoup ; elle a maigri, et sa pâleur est remarquable. Elle n'a jamais eu de crachements de sang. L'examen de la poitrine vous a fait constater une matité bien accusée sous la clavicule et dans tout le sommet droit ainsi que dans les fosses sus et sous-épineuses droites, du souffle, de la résonnance vocale, et de plus, des râles sous crépitants secs (*craquements secs*). Ces râles, sur lesquels je désire attirer votre attention, vous avez eu l'occasion de les apprécier un grand nombre de fois chez cette malade. Cette condition est importante, car c'est la persistance de ces râles qui est un de leurs caractères les plus significatifs. Que veulent dire ces craquements ? On les considère, messieurs, comme le premier signe du ramollissement des tubercules ; l'affection catarrhale a fait des progrès, et avec elle les produits tuberculeux ont fini par subir un commencement de liquéfaction. Plus tard, ces râles deviennent plus nombreux et plus gros par l'extension de l'inflammation aux bronches, et ils prennent le caractère des râles sous-crêpitants humides (*craquements humides*).

Depuis quelques semaines, vous avez observé chez cette malade une recrudescence de la fièvre, de cette fièvre particulière à laquelle on a donné le nom d'*hectique*.

Ce genre de fièvre est plus intimement lié à la deuxième et à la troisième période de la phthisie pulmonaire. Comme je vous l'ai fait observer, cette fièvre revêt chez notre malade le caractère périodique et suit une marche franchement rémittente. Les accès reviennent tous les après-midi vers quatre heures, et se terminent dans le cours de la nuit par des sueurs abondantes. Il s'en faut que cette fièvre prenne toujours cette forme périodique, car souvent elle est continue et son intensité varie beaucoup chez les différents malades. Je dois vous dire que la fièvre hectique exerce sur la marche de la maladie une influence remarquable ; lorsqu'elle est intense, elle hâte considérablement le dénouement fatal, et il faut que vous en teniez compte lorsqu'il s'agit d'établir votre pronostic. Tel malade peut avoir atteint la dernière période de la phthisie, présenter des signes évidents de cavernes, et la fièvre être à peine accusée ; tel est le cas pour la malade couchée au No. 40 et dont je vous parlerai tout à l'heure. Mais fréquemment aussi cette fièvre est précoce, et alors, comme je viens de vous le dire il y a un instant, elle modifie les symptômes et la marche de la phthisie du tout au tout. En somme, cette fièvre, et c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier, dépend beaucoup moins de la période de la maladie que de l'*individualité du malade*. Une fois bien développée, elle entraîne nécessairement une combustion plus vive et plus rapide ; est-il étonnant qu'elle produise des conséquences désastreuses ?

Le troisième cas dont j'ai à vous entretenir est une femme âgée de 36 ans, mère de six enfants, et qui occupait jusqu'à ces jours derniers le N<sup>o</sup> 40. Cette femme, à la suite de difficultés de ménage, abandonnée à ses propres ressources, menait depuis bien des années un genre de vie qui l'avait exposée à bien des contretemps. Minée par le chagrin et par des soucis multipliés, sa santé en avait considérablement souffert. Au mois de juin 1883 elle cracha du sang pour la première fois et contracta vers cette époque, à la suite d'un refroidissement, ce qu'elle appelait un *mauvais rhume*. Depuis lors son état alla en s'aggravant, et elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans notre service, au commencement de janvier 1884. Elle offrait cet aspect spécial que présentent les phthisiques : joues et tempes creusées, rougeur des pommettes qui tranchait sur le pâleur du reste de son visage, teinte blanc-bleuâtre des conjonctives, développement anormal des dernières phalanges des doigts et des ongles (doigts hippocratiques), etc. Elle vous a dit que ses règles n'étaient pas revenues depuis mai 1883. Cette suppression des règles s'accompagnant d'une toux persistante doit toujours, messieurs, éveiller votre sollicitude et vous faire soupçonner la possibilité d'une affection tuberculeuse. L'examen de la poitrine avait dénoté chez elle de la matité dans la fosse sus-épineuse droite, ainsi que des souffles et des craquements très prononcés, ce qui m'avait permis de vous annoncer un ramollissement avancé des masses tuberculeuses occupant le sommet droit, et l'existence probable d'une petite cavité. Nous avons en conséquence diagnostiqué une phthisie arrivée à la seconde période de son développement : période de ramollissement. Vous avez constaté en outre chez cette malade, des deux côtés de la poitrine, et occupant une grande étendue, des râles nombreux et gros, plus ou moins disséminés, indiquant la présence d'une affection catarrhale des mieux caractérisées. L'expectoration était abondante, composée de mucus et de pus ; les crachats, plus ou moins verdâtres, opaques, étaient *striés de lignes jaunes*. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que ces stries sont extrêmement rares dans les catarrhes ordinaires ; nous les rencontrons souvent au contraire dans le cours de la phthisie, et elles précèdent alors la période d'ulcération ; elles sont dues à des matières purulentes qui ont séjourné longtemps dans les petites bronches. Leur présence, bien qu'inconstante, doit toujours éveiller l'attention, car sans être un symptôme pathognomonique, elles ont une signification qui a sa valeur. Vous m'avez vu prescrire à cette malade le sirop d'hypophosphites en combinaison avec le sirop de tolu, en même temps que j'exerçais une puissante contre-irritation à la poitrine au moyen de vésicatoires volants. Nous lui avons également prescrit le sirop d'iode de fer dans de la glycérine, et une pilule anodine à prendre le soir, à répéter le jour si la toux devenait exagérée. Depuis quelques semaines nous avons remplacé sa première prescription par la créosote végétale, dans le but surtout de modifier la muqueuse bronchique qui continuait toujours à verser une abondante sécrétion.

Mais ce que cette malade a présenté de plus remarquable, et c'est la raison qui me fait insister un peu longuement peut-être sur ce cas, c'est le développement inattendu d'une complication qui a contribué beaucoup à abrégé ses jours. Le matin du 25 février, on me fit mander en toute hâte pour cette même malade, disant qu'elle étouffait. À mon arrivée à l'hôpital, j'appris que cet accès de suffocation s'était

manifesté instantanément à la suite de violents efforts de toux ; en même temps cette femme s'était plaint d'une douleur atroce dans le côté droit. Elle respirait avec la plus grande difficulté, cherchant à réprimer le moindre effort de toux ; incapable de garder la position horizontale, elle était assise sur le bord de son lit, présentant une expression d'anxiété pénible à voir. Son visage cyanosé dénotait clairement une diminution considérable du champ de l'hématose ; aussi je soupçonnai de suite la possibilité d'un *pneumothorax*. En effet, l'examen de la poitrine décelait une immobilité presque complète du côté droit, une diminution notable des vibrations thoraciques, l'absence de murmure respiratoire et une exagération marquée de la sonorité dans toute l'étendue de la poitrine.

Vous vous rappelez, messieurs, que la veille de cet accident, nous avons annoncé un ramollissement tuberculeux du sommet du poumon droit et l'existence probable d'une petite caverne. Or, il arrive parfois que l'ulcération tuberculeuse s'attaque à la plèvre et détermine la perforation de cette membrane avant la production d'adhérences protectrices, et c'est ce qui a eu lieu évidemment dans le cas présent. Pendant les premières heures qui ont suivi l'accident, la dyspnée est devenue si intense et les symptômes d'asphyxie tellement menaçants que je crus pendant quelque temps devoir recourir à la thoracentèse pour sauver ma malade d'une mort imminente ; mais la cyanose du visage et des extrémités ayant diminué peu à peu, je n'ai pas voulu recourir à cet expédient qui n'aurait, du reste, procuré qu'un soulagement temporaire. La morphine ordonnée à la dose de  $\frac{1}{4}$  gr., et répétée aussi souvent qu'il le fallait pour calmer la douleur, lui procura un soulagement considérable. Pendant les jours suivants, les signes physiques devinrent de plus en plus prononcés : la respiration, la toux, la voix prirent peu à peu un *timbre amphorique* tout-à-fait caractéristique, vous entendiez parfaitement le *tintement métallique*, et on peut dire que les divers râles dont l'air, emprisonné dans la cavité pleurale, renforçait le timbre, revêtaient ce caractère métallique. Vous avez pu également vous convaincre qu'en appliquant l'oreille à la région postérieure de la poitrine, pendant que l'on percutait en avant, la percussion prenait ce timbre d'airain, signalé par Trousseau. Nous n'avons pu pratiquer la *succussion hippocratique*, ni obtenir cette sorte de glou-glou ou bruit de flot, dû à l'agitation d'un liquide dans un milieu circonscrit et rempli d'air, cette femme se prêtant difficilement à ce genre d'examen. Après cinq semaines d'une lutte opiniâtre, elle a fini par succomber le 3 avril dernier, à la suite d'une asphyxie lente. L'autopsie vous a montré le poumon droit complètement refoulé vers la colonne vertébrale par une quantité considérable de gaz qui s'est dégagé avec bruit dès que nous avons ouvert la cavité thoracique. Nous avons retiré également deux chopines d'un liquide franchement citrin, bien que ce liquide ait été en contact avec de l'air provenant du dehors pendant plus de cinq semaines. La présence de ce liquide, conséquence de l'inflammation inévitable de la plèvre, avait été constatée, pendant la vie. Par une matité fort peu étendue et fort peu accusée, et en voici la raison : c'est que l'existence simultanée d'une grande quantité d'air dans la poitrine donne à la percussion une sonorité exagérée qui s'étend au loin, de la même manière que la distension de l'estomac ou du colon transverse par des gaz donne un son tympanique qui empiète sur les parties voi-

sines et masque le son mat que devraient rendre les organes du voisinage, cœur, foie, rate, etc. Le poumon droit n'était guère plus gros que le poing d'un homme et présentait à son sommet une cicatrice un peu soulevée, de la dimension d'une fève; par conséquent, il n'existait plus de communication libre entre la cavité de la plèvre et l'air extérieur. Toute la plèvre était revêtue d'une fausse membrane épaisse mais elle était libre de toute adhérence. En pratiquant une incision dans le lobe supérieur du poumon droit, vous y avez trouvé une caverne en partie remplie de pus, à peu près du volume d'un œuf de pigeon. La cicatrice observée à la surface du poumon correspondait exactement à cette caverne. Il ne peut donc rester aucun doute dans votre esprit quant à la cause de ce redoutable accident. Ce poumon présentait en outre plusieurs cavernules, de la matière tuberculeuse à l'état caséux, occupant le lobe supérieur, le reste du parenchyme présentant l'aspect du poumon fœtal par le fait de la compression. Mêmes lésions du côté gauche, mais à un degré moindre; plusieurs cavernules dans le lobe supérieur, infiltration caséuse par-ci, par-là, granulations opaques, et vers la base quelques-unes grises. En voilà assez pour conclure à une tuberculisation pulmonaire sous ses formes les plus variées, car nous partageons l'opinion de ceux qui considèrent la phthisie pulmonaire comme une maladie unique, qu'elle se manifeste sous forme de tubercules, de granulations ou de pneumonie caséuse. L'essence de la maladie est toujours la même, les différences tiennent à l'âge des tubercules, à leur nombre, à leur évolution plus ou moins rapide et à certaines circonstances accidentelles, bronchite, pneumonie, etc...

(à suivre)

---

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

---

### Rhumatisme musculaire.—Méningite.

---

RHUMATISME MUSCULAIRE.—La patiente que je vous présente ici ne vous semble peut-être pas, au premier aspect, être bien malade. Cependant, elle souffre d'une affection extrêmement fréquente, affection pour laquelle vous serez très souvent consultés. De fait, pour cette seule maladie vous serez peut-être consultés plus fréquemment que pour la plupart des autres maladies: je veux parler du rhumatisme musculaire. Le rhumatisme musculaire, vous le savez, porte différents noms suivant la partie du corps qui en est atteinte: lumbago, s'il siège à la région lombaire; pleurodynie, s'il occupe les muscles intercostaux: torticolis, quand il affecte les muscles du cou et spécialement le sterno-mastoïdien, etc. Cette malade souffre de la forme appelée pleurodynie.

Tous les muscles sont exposés à être atteints du rhumatisme, mais ce sont ceux du tronc qui le sont le plus ordinairement. Les muscles des membres, surtout ceux les plus rapprochés du tronc, en sont aussi affectés, mais parmi les muscles des membres, les deltoïdes figurent en première ligne. Les Américains donnent le nom de myalgie au rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme musculaire s'observe spécialement chez l'adulte et

chez le vieillard. Tous les tempéraments y sont exposés, mais les lymphatiques et les scrofuleux le sont davantage. On peut en dire autant de ceux qui transpirent facilement et des personnes qui sortent au grand air, le matin à jeun, et qui parlent beaucoup ainsi exposées au frais et à l'humidité à certaines époques de l'année. Les fatigues musculaires, les longues marches, le froid humide déterminent souvent l'affection, etc.

Il n'est peut-être pas un pays au monde où le rhumatisme musculaire soit aussi fréquent qu'en Canada. Cela est dû à l'extrême variabilité de notre température qui est chaude aujourd'hui pour devenir froide demain. A ces brusques variations de température, joignez la mauvaise habitude qu'ont un trop grand nombre de personnes de ne pas porter de flanelle. Vous verrez que la plupart des sujets ne portant pas de flanelles souffrent plus ou moins de rhumatisme musculaire sous une forme ou sous une autre, et ça a été le cas pour notre malade. C'est là une observation que nous avons été à même de faire plus d'une fois dans cet hôpital, en interrogeant les malades qui se présentent à la consultation, et qui est pleinement confirmée dans la pratique civile.

À quels signes se reconnaît la maladie qui nous occupe ? Le caractère de ces douleurs musculaires est d'être erratiques, voyageuses ; elles affectent tantôt un certain groupe de muscles, puis tout-à-coup vont atteindre un autre groupe ou même un seul muscle isolé. Quand elles se répètent plusieurs fois, elles finissent par *se fixer*, ce qui les rend plus rebelles au traitement, comme dans le lumbago. La douleur apparaît subitement et disparaît ordinairement de même ; le moindre mouvement, la moindre contraction du muscle intéressé exaspère la souffrance. Il n'y a pas de fièvre.

Les malades affectés de rhumatisme musculaire viendront souvent vous consulter pour une maladie tout-à-fait étrangère au rhumatisme. Les uns croiront avoir une maladie de cœur (comme dans le cas de notre malade actuelle), les autres une pleurésie ou une inflammation d'intestins, etc.

Le traitement prophylactique du rhumatisme musculaire consiste à éviter tout ce qui exposerait au froid et à l'humidité. On doit conseiller l'usage de la flanelle. Mais les gilets de flanelle devront avoir des manches et de plus, principalement chez les femmes, monter assez haut pour protéger efficacement le cou et la partie supérieure de la poitrine. Porter un gilet sans manches ou décolleté équivaut à chauffer une chambre tandis que l'une des fenêtres reste ouverte. Ces gilets, laissez-moi le dire en passant, doivent être faits de véritable flanelle et non de coton ou de mérinos. Ils doivent aussi être portés en été comme en hiver, sauf à être d'un tissu moins épais dans la chaude saison. Il faut surtout éviter les courants d'air, et ici, je vous dirai que l'habitude de voyager dans des voitures sans avoir la précaution de baisser le rideau ou *store* en arrière, détermine fréquemment des rhumatismes musculaires.

Le traitement de l'attaque rhumatismale est assez simple. Si la douleur est de moyenne intensité, un bon sinapisme en aura ordinairement raison. Ce sinapisme doit être suffisamment épais et fait avec de la moutarde ordinaire, délayée dans un peu d'eau tiède ; l'eau trop chaude ou trop froide ne convient pas non plus que le vinaigre comme

on vous l'a enseigné dans votre cours de Matière Médicale. La présence du vinaigre, de même qu'une température trop basse ou trop élevée, empêche le dédoublement de l'acide myronique en huile essentielle de moutarde. Le malade supporte généralement bien les sinapismes; il lui faut du soulagement à la douleur intense qu'il éprouve. Le papier Rigollot constitue, il est vrai, une préparation bien élégante et commode, mais il est généralement trop petit; ensuite la douleur qu'il produit est trop intense et se montre trop tôt pour que l'on obtienne l'effet rubéfiant et révulsif que l'on attend. Au bout de quelques minutes, cette douleur est déjà insupportable et il faut enlever l'application. Vous prendrez donc de préférence la moutarde ordinaire, pourvu qu'elle soit de bonne qualité et fraîche.

Si le sinapisme ne suffit pas ou si la douleur est très intense, le moyen le plus prompt à employer, et celui qui soulagera le mieux la souffrance, est l'injection hypodermique de morphine. N'ayez pas peur de commencer par un quart de grain de morphine, même chez les sujets qui n'y sont pas habitués. Le soulagement est immédiat.

Si le cas devient chronique, le traitement sera celui du rhumatisme chronique ordinaire. Alors vous pouvez prescrire le salicylate de soude ou les alcalins, tels que les bicarbonates de potasse et de soude. L'iodure de potassium peut aussi être employé avec quelque avantage.

Ajoutons aussi les bains de vapeur, sulfureux, alcalins, l'huile de croton, la pilocarpine dont la formule suivante pourra être utile :

R—Pilocarpine.....	gr iii
Eau distillée .....	ʒi

*Dose* : 6 minimes en injection hypodermique.

Il y a encore l'électricité, le massage, les frictions sèches, la ouate iodée, le baume de propylamine de Meynet en applications locales, etc.

Chez la malade qui fait le sujet de cette clinique nous avons commencé par les sinapismes pour terminer par les alcalins :

Bicarbonate de potasse.....	ʒss
Bicarbonate de soude.. .....	ʒi

*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Ce traitement a été des plus favorables.

**MÉNINGITE.**—Vous connaissez tous l'histoire du malade que voici : Il y a deux mois, il fit une chute dans un bassin rempli de mortier chaud. Ce mortier ayant pénétré dans l'oreille gauche, il y eut otite moyenne aiguë, puis catarrhe chronique de l'oreille. L'écoulement purulent persistait encore quand le patient laissa l'hôpital environ vingt jours après l'accident. Au bout de quatre semaines vous avez vu le sujet demander de nouveau son admission. Cette fois le catarrhe de l'oreille, (qui persistait toujours,) se compliquait de symptômes du côté du cerveau. Il y avait céphalalgie intense, vertige, perte de mémoire, incertitude de la démarche, et du délire pendant deux ou trois jours. Pas de convulsions ni de strabisme, non plus que de vomissements.

Ces divers symptômes ont duré peu de temps. Aujourd'hui le malade est mieux. Qu'a-t-il eu ? Une inflammation de la dure-mère, une méningite.

Généralement, on comprend sous le nom de méningite l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère. Cette dernière phlegmasie est beaucoup plus fréquente que l'inflammation de la dure-mère. C'est elle que l'on rencontre chez les sujets tuberculeux, et que l'on connaît sous le nom de méningite tuberculeuse. Elle peut aussi être produite par l'insolation, l'abus des alcooliques, le froid, le traumatisme, mais les traumatismes sont bien plus souvent suivis d'inflammations de la dure-mère. Cette forme de méningite ne se présente pas avec les mêmes symptômes que ceux de l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère. Elle est aussi plus rapide dans sa marche; si rapide parfois, qu'il n'est pas toujours possible d'en bien déterminer toutes les particularités.

N'oubliez pas, messieurs, ce que je viens de vous dire au sujet des causes de l'inflammation de la dure-mère. C'est une lésion externe qui en est ordinairement le point de départ, et de toutes les causes externes, l'otite moyenne est la plus fréquente. Soyez donc sur vos gardes chaque fois que vous rencontrerez des cas d'otorrhée chronique, et ne perdez pas de vue que cette affection peut conduire à l'inflammation de la dure-mère. Il est vrai que comparée à l'otite, qui est si fréquente, la méningite est encore assez rare, mais vous n'en devez pas moins vous défier. Trop souvent on est porté à négliger ces cas ou à les traiter légèrement. J'ai eu occasion d'en observer trois chez lesquels la céphalalgie intense, persistante, était, en dépit d'une otorrhée chronique, mise sur le compte de la migraine. Or il y avait là de la méningite et les malades moururent.

Dans la méningite, la terminaison est presque toujours fatale.

Le meilleur traitement à employer pour combattre cette variété de méningite consiste dans la saignée locale au moyen de sangsues sur l'apophyse mastoïde. En même temps on fait raser les cheveux et l'on applique de la glace sur la tête; un moyen aussi simple que facile d'appliquer cette glace est de l'enfermer dans une vessie ordinaire que l'on maintient en place et que l'on vide de temps à autre à mesure que l'eau s'y accumule. Outre la saignée on peut pratiquer la révulsion locale au moyen d'un grand vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu. Vous me direz qu'il y a là danger d'ouvrir une porte à l'érysipèle. J'en conviens, mais ce danger n'est pas très imminent, et d'ailleurs il faut aller au plus pressé et tâcher de combattre une maladie qui, comme la méningite, tue la plupart du temps ceux qu'elle atteint.

À l'intérieur on prescrit avec avantage l'iodure de potassium à dose de 10 grains trois fois par jour. S'il faut calmer la douleur, je ne vois que les opiacés que l'on pourrait employer, car eux seuls combattent efficacement ce symptôme. Cependant, Hammond et quelques autres proscrivent les opiacés dans les méningites en général. Le chloral et les bromures ont des propriétés hypnotiques, mais ne sont pas anodins.

N. B.—Le malade qui faisait le sujet de cette leçon a laissé l'hôpital quelque temps après, parfaitement guéri.

---

Dans le but de soulager les douleurs mammaires après l'accouchement, le prof. PARVIN emploie le mélange suivant : R.—Huile d'olive, 2 onces; teinture d'opium, 1 once.—M.

## Du climat de la Californie ;

par J. F. T. JENKINS, M.D., C.M., etc.,

Membre de la Société Médico-Chirurgicale de Montréal.

La Californie, parcourue en tous sens par des chaînes montagneuses, offre une variété de climats que l'on ne comprend qu'après une étude de sa topographie. Les principales chaînes sont celles qui longent la côte de l'Océan Pacifique, parmi lesquelles on remarque la "Sierra Nevada" qui, dans le sud de la Californie, gagne l'intérieur vers l'est, au lieu de suivre la côte. De l'est elle s'étend au nord où elle joint la chaîne dont elle s'était séparée. Entre ces montagnes se trouve l'intérieur de la Californie, la vallée la plus propre à l'agriculture de toute la côte du Pacifique.

Du nord, c'est-à-dire à la réunion des deux chaînes dont on vient de parler, part la rivière Sacramento qui gagne le sud, tandis que ses branches se dirigent vers l'est et l'ouest, arrosant la moitié nord de la vallée ; on donne à cette partie le nom de Vallée Sacramento. Au sud, c'est-à-dire à la réunion sud des deux mêmes chaînes de montagnes, naît la rivière "San Joaquin" qui gagne le nord et arrose le sud de l'intérieur de la Californie, que l'on appelle vallée "San Joaquin." Ces deux rivières réunissent leurs eaux au milieu de l'Etat et se jettent dans la passe "Golden Gate" après avoir traversé les baies de San Pablo et San Francisco.

En face de la passe "Golden Gate," dans la baie de San Francisco, à quelques milles à l'intérieur, se trouve la fameuse montagne "Diablo," qui semble être une partie de la chaîne de la côte qui a été transportée là où elle est, dans les premiers bouleversements de la terre, pour créer la passe "Golden Gate." L'existence de cette montagne et de ce défilé est la cause du climat de la Californie. Ce défilé permettant aux eaux intérieures de s'écouler, empêche la vallée d'être inondée, et en favorisant l'entrée de l'air humide qui vient de la mer, lui donne sa fertilité.

Les vents alizés du Pacifique sont des vents constants qui partent de l'Equateur en suivant le nord-est. Ces vents sont chauds et chargés d'une humidité chaude. Si le défilé n'existait pas, les vents passeraient au-dessus des montagnes sans se condenser, sans abandonner leur humidité sous forme de pluie en hiver comme en été. Mais avec la disposition actuelle du sol, les vents alizés rencontrent à la côte les vents du nord auxquels ils se mêlent, passent dans la "Golden Gate," frappent le mont "Diablo" et se divisent pour répandre sur les vallées Sacramento et San Joaquin, durant l'été, des brises tempérées. Ces brises commencent généralement vers midi et durent jusqu'à minuit. C'est ainsi que les jours, en été, sont sans nuages, et que les nuits sont fraîches et salutaires. La vallée de "San Joaquin" est la plus chaude. Cependant, dans le nord de la vallée "Sacramento," la température est plus élevée qu'à des points rapprochés au défilé. Si à la surface de la vallée il y avait quelque courant froid, alors il y aurait condensation et pluie en été.

En hiver, le climat serait froid et même sec, il n'y aurait pas de neige pour protéger le sol si le soleil ne réchauffait pas davantage l'air et l'eau qui sont à l'Equateur. Les vents alizés arrivent du nord, plus

forts et plus constants qu'en été, et rencontrent les vents plus rigoureux de la côte nord. Il s'en suit des tempêtes sur mer. Ces vents se divisent, entrent dans le défilé, frappent le mont "Diablo," et se répandent sur les vallées en les couvrant d'humidité. S'ils ne produisent pas de froid, ce n'est dû qu'à leur point de départ : l'Equateur.

Maintenant que nous connaissons les causes qui produisent le climat si doux de la Californie nous allons voir les causes qui créent un climat différent suivant les localités. Si la vallée était formée d'une immense prairie, plane, sans ruisseaux et rivières avec côtes élevées et sans forêts, le climat serait uniforme du sud au nord. De même sur le versant des montagnes le climat serait uniforme quoique plus froid par raison d'altitude. Mais les nombreux pics dont celles-ci sont composées, élevés à des hauteurs plus ou moins considérables, brisent l'uniformité du climat qu'offre les montagnes à pente légère et unie.

Dans les vallées le climat varie par suite des obstacles à la circulation de l'air : forêts, côtes.

Si nous laissons les vallées pour monter les collines vers les montagnes, nous remarquons encore une variété plus grande du climat. L'élévation graduelle de ces collines produit en général une température qui varie peu de celle des vallées inférieures. Mais lorsque nous arrivons aux mille et une vallées qui montent et se perdent dans les gorges coupées de différentes manières, chaque vallée alors a son climat. Malgré de légères différences, partout il est doux, agréable et délicieux. Ces petites vallées sont à une hauteur de 500 à 5000 pieds au-dessus du niveau de la mer. Elles sont exposées à des variations atmosphériques suivant leur élévation.

Quelques-unes de ces petites plaines se trouvent dans ce qu'on appelle la *ceinture thermique*. Cette ceinture thermique a été tracée, à des hauteurs variables, tout autour de la grande vallée de l'Etat. En quelques endroits, elle semble disparaître tout-à-fait tandis que en d'autres elle est très marquée et mesure de dix à douze milles de largeur. Pour se faire une idée juste de cette ceinture thermique, le lecteur doit se reporter un instant au tableau que nous avons tracé de la grande vallée de la Californie, vallée horizontale et non interrompue, encaissée entre deux rangées de montagnes dont les pentes s'inclinent doucement vers le niveau de la vallée elle-même. D'où il suit que les parties les plus basses de ce bassin constituent, grâce aux rayons du soleil, la partie la plus chaude de la vallée.

Il est également évident que, aussitôt que le soleil s'incline à l'horizon, soustrayant ainsi son influence calorifique, cet air chaud du centre de la vallée se trouvant raréfié et plus léger que celui des hauteurs, doit commencer à s'élever pour être remplacé par les couches supérieures qui se précipitent vers les parties déclives, ce qui fait que dans la dernière moitié de la nuit et le matin, ces parties sont remplies d'un air froid au lieu de l'être d'air chaud ; si alors la gelée doit se faire sentir quelque part, c'est là même qu'on la constatera. De fait, les gelées sont très fréquentes et très intenses dans les parties basses de la vallée. A certain endroit du versant des montagnes doit donc alors exister une ceinture d'un air plus chaud qu'on n'en pourrait trouver plus haut ou plus bas. Dans ce cas, cet endroit constituerait la ceinture thermique.

Mais maintenant, si nous nous reportons au véritable état de choses

tel que nous l'avons décrit plus haut, les conditions ne sont plus les mêmes. Les flancs de la montagne, au lieu de s'incliner doucement, sont coupés de hautes et vives arêtes du sommet desquelles partent des ravins qui descendent par diverses directions vers la vallée sise au-dessous. Vers le milieu du jour, comme tout à l'heure, sous les chauds rayons d'un soleil qui surplombe, le centre de la vallée devient l'endroit le plus réchauffé. Le soir, quand le soleil est descendu sous l'horizon, cet air chaud commence à s'élever, et, toujours comme tout à l'heure, l'air froid se précipite, comme le ferait un cours d'eau, vers les parties déclives. Ici, cependant, il ne saurait se déverser en une nappe continue, mais, à l'instar de l'eau, il descend par les ravins et arrive dans la vallée sous forme de courants. Or il est clair qu'au niveau de ces courants d'air froid il y aura une région plus ou moins froide, que ce soit en haut sur la montagne ou en bas dans la vallée. Par contre, sur la partie inférieure des arêtes dont nous avons parlé et qui, faisant obstacle à l'air froid qui descend, le dirigent en courants vers la vallée, il doit évidemment y avoir une portion plus chaude où l'air réchauffé durant le jour reste stationnaire, tout comme reste à peu près stationnaire l'eau qui baigne les rives d'une grande rivière. De plus, l'air chaud de la partie inférieure de la vallée trouve à cet endroit comme un lieu de repos et contribue à en maintenir la température plus élevée. C'est là l'origine des ceintures thermales de la Californie. Ainsi s'explique également le fait que, vu le courant d'air chaud qui vient de l'équateur et balaye les vallées durant l'hiver, uni aux phénomènes particuliers décrits plus haut, en Californie, à une latitude peu au-dessous de celle de Montréal, on peut cultiver les fruits des tropiques alors que nos arbres, ici, sont encore vœux de leur feuillage.

La Californie méridionale ou semi-tropicque comprend les comtés suivants : San Bernardino, Los Angeles, Ventura, Santa Barbara et San Diego. Son climat est plus influencé par les vents alizés de l'équateur que ne l'est toute autre partie de la côte du Pacifique ; c'est aussi là que les vents froids des régions arctiques ont le moins d'action. La température uniforme des eaux d'où viennent ces vents contribue à les rendre plus doux, ce qui donne au pays un climat qui ne va pas aux extrêmes du chaud et du froid. Ainsi, à San Diego la chaleur moyenne de l'été est de 69.67 degrés et la température moyenne de l'hiver 54.09 ; la différence est de 15.58 degrés. A Santa Barbara 67.71 degrés en été, en hiver 54.29 degrés ; différence 13.42 degrés. A Los Angeles, 67 en été, en hiver 55 ; différence 12. Je pourrais citer plusieurs autres localités où la différence entre le climat d'été et celui d'hiver est aussi légère. L'été y est plus frais que celui de la côte de l'Atlantique. La différence entre la température de l'été et celle de l'hiver est de 14 degrés, tandis que sur le bord de l'Atlantique elle s'élève à 51 degrés.

La Californie méridionale couvre une étendue de 250 milles sur le bord de l'Océan Pacifique et pénètre de 40 à 60 ou 70 milles à l'intérieur. Située au sud de la latitude 38°, elle n'éprouve pas les brouillards froids ni les fortes brises qui passent sur San Francisco pendant une partie considérable de l'année. La température de l'eau de la mer varie de 6 degrés seulement pendant toute l'année. Ici le climat est réglé par l'eau dont les variations affectent l'air qui la recouvre.

La cause de cette température uniforme de l'eau est due à un courant plus large, plus long et probablement plus profond que le "Gulf Stream" près de la côte de la Floride. En été les bords de l'Atlantique sont fréquentés par nombre de personnes qui vont y prendre des bains, la température de l'eau étant de 70 et celle de l'air 75; mais en hiver on ne voit que de la glace, et tout à l'air stérile et abandonné, tandis que sur la côte de la Californie on ne voit jamais de glace et l'on se baigne aussi bien en janvier qu'en juillet.

On saura donc que la Californie méridionale possède une uniformité de température sans pareille—ou n'y voit pas la chaleur qui énerve ni le froid qui produit la torpeur ou l'inhabileté au travail. L'air a cette fraîcheur tonique dont a besoin l'homme engagé dans l'industrie, lui permettant de se livrer sans cesse au travail; de même il a cette douceur qui charme et qui repose le convalescent, et qui convient à toutes les périodes de l'épuisement.

Après ce courant dont j'ai parlé il y a un instant, la cause la plus puissante de ce climat étonnant est la configuration particulière des montagnes qui arrêtent et réfléchissent les rayons du soleil et séparent cette partie du pays du reste du continent. Sa proximité de grands déserts arides lui donne une sécheresse difficile à trouver ailleurs, tandis que sa position isolée l'empêche d'être affectée d'une manière sensible par les variations extérieures.

J'ai déjà donné les caractères principaux du climat dans les trois grandes parties de l'Etat, j'ai démontré que partout le climat est doux, égal et sain, mais pour les sujets affectés de maladies pulmonaires, je conseille de préférence la Californie méridionale, parce que le climat y est plus uniforme et plus sec.

28 Carré Richmond, }  
Montréal, 1er Avril 1884. }

### Observation d'épilepsie, remontant à six ans, consécutive à une violente émotion, très améliorée par l'usage de la solution de Laroyenne.

Par le Dr A BLANCHARD, de Presles.

Madame Julie J....., blanchisseuse, âgée de 35 ans, demeurant au hameau de Courcelles, commune de Presles, est affectée d'épilepsie depuis six ans. Au moment de ma visite, 25 février 1883, je la trouve dans un état d'exaltation difficile à dépeindre; elle a les yeux hagards et me produit l'effet d'une aliénée du plus beau type. Elle a des attaques d'épilepsie quotidiennes et, désespérée, a essayé de se suicider.

Le mari et la famille me supplient de tenter d'améliorer le sort de cette malheureuse qui est mère de trois enfants.

Bien portante jusqu'à vingt-neuf ans, cette femme qui est blonde et forte appartient à une famille où on ne connaît aucun cas d'épilepsie, ni même d'hystérie. Sa mère, âgée de soixante ans, est très calme, d'un tempérament bilieux, d'une santé robuste. Malgré ses 65 ans, son père, de haute taille, de corpulence herculéenne, se livre à des excès alcooliques, mais ne s'en porte pas plus mal.

Madame Julie J..... a eu une enfance heureuse, n'a jamais eu de

convulsions ni rien qui put faire prévoir une maladie nerveuse. Les règles sont apparues pour la première fois entre 13 et 14 ans, sans occasionner aucun trouble dans la santé de la jeune fille.

Mariée, elle a eu ses couches heureuses, trois enfants, dont le dernier a aujourd'hui sept ans, et qui tous sont bien portants et n'ont eu ni danse de St Guy, ni convulsions jusqu'ici.

Il y a six ans, Madame Julie J..... était occupée à étendre du linge qu'elle venait de laver dans un abreuvoir (pièce d'eau un peu profonde), quand, trompant sa vigilance, son plus jeune enfant, qu'elle avait assis sur l'herbe (il avait alors 15 mois), se relève, s'avance vers la pièce d'eau et y tombe !

Il est sauvé par une personne accourue au moment de l'accident, et on est assez heureux pour le ramener à la vie après près de deux heures de soins constants.

La malheureuse mère en voyant la chute de son enfant, fut tellement interdite qu'elle ne put que jeter un cri inarticulé, elle tombe à la renverse et eut la première crise de l'affreuse maladie qui la mine aujourd'hui.

Elle reçut alors les soins éclairés des meilleurs médecins de la contrée ; tous les antispasmodiques furent essayés en vain ; les médecins se succédèrent, le mal persista.

Les crises revinrent d'abord tous les trois mois, puis tous les deux mois, tous les mois, toutes les trois semaines, etc., et enfin tous les jours.

Désespérée, souffrant constamment de céphalées atroces, ne pouvant plus s'alimenter, car les plaies de la langue rendent le passage des aliments dans la bouche insupportable, la malheureuse a essayé d'attendre à ses jours.

J'avais entendu vanter les bons effets de la solution Laroyenne ; je ne la connaissais pas, mais je trouvai en M. Durel un pharmacien des plus bienveillants, qui voulut bien me donner succinctement l'énuméré de quelques-uns des principaux médicaments composant cette solution ; et devant l'échec de toutes les médications tentées en désespoir de cause, je proposai l'usage de cette solution à la famille. Elle fut acceptée et son emploi dépassa toutes nos espérances.

À partir du 1er mars au 1er juin, *pas une seule attaque*. La solution est commencée le 1er mars, la malade était un peu mal entraîné, mais elle n'a pas d'attaque ; le mal de tête disparaît au bout de quelques jours, le faciès redevient normal, les forces et la confiance en soi reparaissent. La malade peut reprendre ses occupations, sa profession abandonnée depuis longtemps, et ce, *quinze jours* après l'emploi de la solution. Un peu plus on crierait au miracle. La solution a été prise selon les indications de l'inventeur, je n'ai fait qu'en surveiller l'action.

Dans les derniers jours de mai, se croyant guérie, Madame J..... suspend tout à fait la solution, aussi a-t-elle une petite crise le 6 juin, mais crise très légère, ne laissant pas à sa suite les fatigues, la céphalée des anciennes attaques.

Elle s'empresse de reprendre l'usage de la solution, et depuis, pas de nouvelles attaques et nous sommes au 24 juin.

La mémoire, qui avait disparu tout à fait chez cette femme, est revenue. Le tremblement nerveux dont elle était atteinte depuis *cinq ans* a tellement diminué, qu'elle peut écrire et faire les ouvrages les plus minutieux de la profession de blanchisseuse de fin.

J'ai eu l'occasion de conseiller, depuis six semaines, la solution qui m'avait donné un si beau résultat à deux familles qui ont des enfants affectés d'épilepsie.

Chez l'un, la petite P....., de Montroult, les accès qui revenaient tous les huit jours au moins, n'ont pas reparu depuis l'usage de la solution. La famille est ravie.

Chez l'autre enfant, le jeune B....., de Baillot, les crises nerveuses ont sensiblement diminué.

J'apprends qu'un de mes confrères voisins qui a bien voulu essayer à ma demande la solution chez une jeune personne de 17 ans, affectée d'hystéro-épilepsie depuis cinq ans, a obtenu des résultats merveilleux.

Je n'ai pas son autorisation pour publier l'observation. Je crois qu'il se propose d'en faire l'objet d'une communication à l'Académie.

En résumé, la Solution Laroyenne essayée en désespoir de cause, chez des sujets dans une situation des plus mauvaises, nous a donné des résultats que j'appellerai merveilleux. Est-ce à dire qu'elle réussira toujours? Je n'ai pas cette prétention, mais j'en conseillerai l'essai comme du moyen qui jusqu'ici me semble dans ma pratique de près de trente ans, avoir donné les meilleurs résultats.

### Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les salicylates.

—1o. L'acide salicylique et ses dérivés peuvent être regardés comme constituant les meilleurs moyens que nous ayons pour contrôler les manifestations articulaires, (douleurs, etc) et l'hyperpyrexie dans le cours du rhumatisme. Leur effet marqué sur l'élément pyrexie ne peut s'expliquer par leur seule puissance antipyrétique.

2o. Tout en contrôlant les douleurs articulaires et l'inflammation, ces médicaments semblent incapables, dans beaucoup de cas, de détruire le virus rhumatismal, comme cela se voit, du reste, par le fait du développement ultérieur de l'endocardite et de la péricardite, ainsi que d'inflammations des tissus fibreux et des séreuses.

3o Le fait que les complications cardiaques seraient plus fréquentes avec le traitement salicylé qu'avec toute autre méthode de traitement a besoin d'être prouvé.

4o Le meilleur mode d'administration de ces médicaments consiste en des doses moyennes fréquemment répétées (toutes les deux heures), de façon à ce que le système soit continuellement tenu sous leur influence; on doit continuer aux mêmes doses durant les dix premiers jours de l'affection et ne diminuer que très graduellement durant toute la période de convalescence.

5o Les effets anémiantes possibles des salicylates peuvent être rationnellement combattus par l'usage des sels de fer administrés soit avant, soit au début même de la convalescence.

6o. Une expérience soutenue au sujet de l'emploi du composé salicylé contenu dans l'huile de pyrole ombellée (*wintergreen*) dans le traitement d'un grand nombre de cas de rhumatisme aigu me confirme dans ma conviction, émise il y a un an, que c'est là un médicament très efficace contre cette douloureuse maladie. De deux drachmes et demie à trois drachmes constituent une bonne dose. On l'administre en capsules, chaque capsule contenant dix minimes de l'huile essentielle.—Dr KINNICUTT, in *N. Y. Medical Record*.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**Paralysie faciale périphérique.**—Clinique de M. le professeur VULPIAN à l'Hôtel-Dieu.—Les deux malades que je vais vous montrer, successivement, quoique atteints tous deux de paralysie faciale, présentent cependant certaines différences assez importantes pour que je désire appeler votre attention sur eux.

Le premier est un homme d'une quarantaine d'années chez lequel la paralysie de la face occupe le côté droit avec tous ses signes classiques : effacement des plis du front, diminution du sillon naso-labial, abaissement de la commissure labiale droite, impossibilité de fermer l'œil du même côté, écartement de la narine, légère injection de la conjonctive par défaut du mouvement des paupières. Aujourd'hui la langue est tirée à peu près droite, ce qui n'existait pas il y a trois jours, quand cet homme est entré à l'Hôtel-Dieu. De plus, la lucte est un peu déviée à gauche. Quant à l'ouïe, il y a bien peu de chose, ni hyperacousie, ni paracousie. La narine droite est un peu plus sèche que celle du côté gauche par suite d'un peu d'épiphora. Enfin le goût est modifié dans la moitié droite de la langue.

En résumé, il y a paralysie faciale du côté droit, paralysie datant d'un mois environ, et actuellement encore peu diminuée, paralysie faciale *périphérique* et non *centrale*, comme le prouve du reste son étendue même, comme le prouve aussi l'état de la contractilité faradique. En effet, chez notre malade, un courant faradique même très fort ne produit absolument rien sur le côté paralysé, mais traverse la figure, pour ainsi dire, pour aller influencer le côté opposé, tandis que les courants galvaniques, au contraire, déterminent des mouvements de la face du côté paralysé et n'ont aucune action sur le côté sain. Un autre élément de diagnostic consiste à répéter sur le malade l'expérience de Straus, c'est-à-dire à faire au malade une injection de pilocarpine ; on voit alors la sécrétion sudorale retardée d'une à deux minutes du côté atteint lorsque la paralysie est périphérique. Enfin, au point de vue du siège de l'altération du nerf facial, nous pouvons dire que le point lésé est très haut placé, en raison même de ce fait que la lucte est paralysée dans sa moitié droite ; ce sont les filets nerveux allant au muscle palato-staphylin qui sont atteints, c'est-à-dire les nerfs qui naissent du grand pétreux superficiel. De même pour la langue, les rameaux du stylo-glosse sont lésés, et la paralysie du goût indique que la corde du tympan est également atteinte.

Quant à la cause, elle est assez difficile à expliquer ; il n'y a pas de syphilis, pas de tumeur intra-crânienne, le malade déclare n'avoir subi aucune impression de froid, et pourtant nous pourrions dire, avec quelque vérité, qu'il s'agit d'une paralysie *a frigore*, sans que cet homme ouvrier serrurier, habitué aux intempéries, se fût aperçu de moindre refroidissement ; nous pourrions le dire, sans oser cependant l'affirmer à cause du siège un peu élevé de la lésion nerveuse.

Le second malade est entré le 13 de ce mois. Il a quarante-six ans il ne présente d'autres antécédents morbides que des accès de fièvre

intermittente il y a vingt ans. Le début des accidents pour lesquels il est venu à l'hôpital remontait à un mois au moment de son entrée. Ce jour-là, il avait dîné comme d'habitude, à huit heures du soir, et à dix heures il s'était aperçu tout à coup, en buvant une tasse de thé, que le liquide s'écoulait par la commissure labiale gauche. D'ailleurs, point de douleurs, point de céphalée: rien, selon lui, ne saurait expliquer cet accident.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trente-six jours après le début, il existe peu de déviation de la face, la bouche est seulement un peu relevée à droite, l'effacement du sillon labial gauche est peu considérable; l'œil gauche ne se ferme pas encore très bien et présente un peu de conjonctivite; il n'y a pas de troubles de l'ouïe, la langue est à peu près droite, la luette n'est pas déviée; en somme, la paralysie est maintenant peu prononcée. Il est vrai que, pendant près d'un mois, cet homme a été soigné chez lui, qu'il a été électrisé, — d'où cette amélioration.

Chez lui, la paralysie diffère de ce que nous venons de voir tout à l'heure chez l'autre malade, en ce sens qu'elle est moins profonde, moins étendue, et que déjà l'on observe un certain retour des mouvements. Mais chez lui, comme chez l'autre, il s'agit d'une paralysie périphérique, avec cette différence que la corde du tympan n'est pas paralysée non plus que les staphylin et stylo-glosse.

La contractilité farado-musculaire, par contre, est également abolie, tandis que la contractilité galvano-musculaire est aussi conservée, voire même exagérée.

La cause a donc agi sur un point moins élevé que chez le précédent malade; il est probable que le siège de la lésion se trouve dans l'aqueduc de Fallope. Mais ici encore, cette cause est assez difficile à indiquer avec quelque certitude, le malade déclarant qu'il n'a pas été soumis à l'action du froid, qu'il n'a pas été exposé à des courants d'air. Cependant je l'admets pleinement, mieux même que chez le malade que nous avons vu tout à l'heure, et je crois très bien que le malade ne s'en est pas aperçu. Donc ici encore paralysie faciale *a frigore*, non pas rhumatismale comme d'aucuns l'appellent encore, car il n'y a là rien du rhumatisme, si ce n'est que le froid, qui peut déterminer aussi une poussée rhumatismale, produit dans le cas présent ou dans des cas analogues une inflammation, non pas à la périphérie même du facial, mais dans le canal de Fallope. Or, si le nerf facial se trouve très à son aise dans le conduit auditif interne, il est, au contraire, très serré, très à l'étroit, dans le canal de Fallope, tellement même qu'il serait impossible de faire passer un poil entre lui et les parois du canal. Aussi suffit-il du moindre gonflement inflammatoire du nerf pour que celui-ci soit aussitôt tellement serré, comprimé, qu'il s'altère dans ses fonctions comme s'il avait subi quelque traumatisme ou même comme s'il avait été coupé.

En résumé, ce second malade a une paralysie de moyenne intensité, en voie d'amélioration, comme l'indique très bien chez lui le retour d'un certain degré de tonicité musculaire dans la région paralysée. Néanmoins il lui est encore impossible de faire contracter ses muscles. Ce retour a été même assez rapide, le mal datant de trente-six jours seulement aujourd'hui. Aussi avons-nous l'espérance de le voir bientôt guéri.

En général, le pronostic de la durée des paralysies faciales périphé-

riques, dont nous nous occupons ici, est en rapport avec l'état de la contractilité farado-musculaire. La guérison ne survient guère dans les cas les plus favorables avant six semaines ou deux mois : d'autres fois elle n'a lieu qu'au bout de trois, voire même de quatre mois. Enfin, dans certains cas graves, la paralysie ne se guérit pas, ou bien elle persiste indéfiniment, ou bien, ce qui est plus fréquent, elle se termine par des phénomènes de contracture des muscles paralysés.

Le traitement auquel on doit avoir recours est celui que nous avons employé ici chez nos deux malades, c'est-à-dire l'électricité faradique de préférence à l'électricité galvanique, qui peut donner lieu à des accidents du côté de la vue.—*Gazette des hôpitaux.*

**Traitement de la diphthérie.**—M. le Dr DELTHIL (de Nogent-sur-Marno) a lu dernièrement à l'Académie de Médecine de Paris, un travail intitulé : *D'un traitement spécifique de la diphthérie.* En voici les conclusions :

1<sup>o</sup> La combustion d'un mélange de goudron de gaz et de térébenthine dans la proportion de 200 grammes de goudron pour 80 grammes d'essence de térébenthine, renouvelée toutes les deux ou trois heures suivant la gravité des cas et espacée ensuite suivant l'amélioration produite est une médication spécifique à employer dans la diphthérie.

2<sup>o</sup> Ces fumigations sont dissolvantes des fausses membranes au premier chef, et l'absorption de ces poussières de charbon est parfaitement supportée.

3<sup>o</sup> Ces fumigations sont parasitocides ou microbicides. Au début de l'affection, elles enrayent la maladie, et quand l'invasion de l'affection ne date que de quelques jours, elles peuvent encore la guérir.

4<sup>o</sup> Elles rendent éminemment pratique l'opération de la trachéotomie, quand celle-ci devient la suprême ressource, et elles transforment cette opération, de palliative et expectante qu'elle était dans l'immense majorité des cas, en une opération à but bien déterminé et en assurent le succès.

5<sup>o</sup> Ces fumigations, outre les avantages qu'elles présentent pour les malades, protègent encore ceux qui les approchent. Par leurs propriétés parasitocides, elles éloignent la contagion, elles peuvent donc servir à désinfecter les écoles, les asiles, les établissements publics. Elles sont tout à fait inoffensives par elles-mêmes.

6<sup>o</sup> Il est facile d'en régler l'usage et de faire disparaître les inconvénients en produisant cette combustion dans un vase tout spécial qui permet le facile dégagement de la fumée.—*Praticien.*

D'un autre côté, le Dr H. Vilandt annonce, dans la *Gazette médicale allemande*, que l'essence de térébenthine en vapeurs est utile dans le traitement et la prophylaxie de la diphthérie et des maladies exanthémateuses. Pour lui, il n'a jamais vu un enfant, atteint d'une de ces maladies, la communiquer aux personnes de son entourage, quand celles-ci employaient ce procédé. Dans beaucoup de cas l'isolement était impossible, la mère, étant la seule femme de la famille, était obligée de soigner l'enfant malade et de s'occuper en même temps de ceux qui étaient bien portants, et allait continuellement de l'un à l'autre.

On verse vingt ou quarante gouttes d'un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'acide phénique dans une bouillotte pleine d'eau ; celle-ci est placée sur un feu doux, e telle sorte que

l'air de la chambre du malade soit constamment saturé des vapeurs de ces deux substances. Le Dr Vilandt prétend aussi qu'elles exercent une influence favorable sur l'exsudation dans la diphthérie, cependant qu'elles ne sont pas des agents curatifs et n'excluent pas l'emploi des autres remèdes.—*Paris médical.*

**Mort subite pendant la crise hystérique.**—M. Humbert Mollière étudie dans le *Lyon médical*, la question de la mort subite dans la crise hystérique, question diversement jugée par les auteurs. La mort subite dans ces conditions, bien que signalée par certains ouvrages, est en réalité extrêmement rare, et la plupart des observations qui ont été citées ne sont nullement démonstratives, car la mort dans ces cas pouvait être attribuée à une lésion du cerveau ou du bulbe, ou à une attaque d'éclampsie puerpérale. Lorsque l'attaque d'hystérie a été la cause première de la mort, c'est en général à des phénomènes dyspnéiques, à une véritable asphyxie que les malades ont succombé. C'est ce qui a été constaté chez la malade que M. H. Mollière a observée. Cette femme paraît n'avoir présenté ses premières attaques qui, du reste, avaient un caractère bien net, que vers l'âge de 56 ans. Ces attaques étaient extrêmement violentes, et quelques-unes s'accompagnaient de la suspension du pouls et de la respiration. A la suite d'une de ces crises, on trouva la malade morte dans son lit. L'autopsie faite avec le plus grand soin fut absolument négative. Ce fait s'ajoute à ceux qu'on a déjà cités pour démontrer que dans tous les cas semblables, la terminaison fatale se rattache à des phénomènes asphyxiques.

En comparant la crise hystérique à un certain ordre de convulsions de même nature, quoique liés à d'autres maladies, on ne doit pas s'étonner que les mêmes causes amènent les mêmes résultats. La mort subite par asphyxie s'observe assez fréquemment dans l'épilepsie; elle a été signalée dans l'hystéro-épilepsie, et les cas où on l'a vu survenir par le même mécanisme dans la laryngite striduleuse ne sont pas absolument rares. Il n'est pas étonnant que l'exagération du laryngisme, qui est la règle dans la crise hystérique, atteigne un paroxysme susceptible de s'opposer entièrement à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, et détermine de la sorte une asphyxie définitive.—*Abeille médicale.*

**Traitement de la spermatorrhée et de l'impuissance.**—Depuis longtemps ces deux états morbides ont été le sujet des recherches les plus sérieuses au point de vue thérapeutique; aussi a-t-on préconisé contre eux une foule de méthodes de traitement. Nous croyons être de quelque utilité à nos lecteurs en leur présentant un résumé de ce qu'ont écrit à ce propos quelques-uns des praticiens les plus éminents des Etats-Unis. Nous empruntons ces détails à l'ouvrage du prof. J. W. Howe, d'après le *N. Y. Medical Gazette*.

D'après le prof. S. D. Gross, de Philadelphie, les cas bénins de spermatorrhée peuvent très souvent, après l'ablation de la cause déterminante, guérir spontanément ou par l'effet de mesures fort simples, comme par exemple la régularisation des fonctions digestives, l'exercice à l'air libre, les bains froids et l'usage d'un lit dur. Il ne pratique la circoncision que lorsqu'il y a phimosis, afin d'empêcher l'accumulation de la sécrétion sébacée sous le prépuce, ce qui irriterait le gland. Il

combat la sensibilité anormale des parties par des sangsues au périnée, et une injection astringente et anodine, (acétate de plomb et opium).

La guérison est plus difficile si la maladie est due à la masturbation. Il faut nécessairement alors cautériser l'urèthre. Mais cette cautérisation ne doit atteindre que le siège précis de l'irritation. Celle-ci existe le plus souvent en avant de la portion membraneuse ou au col de la vessie; elle peut siéger aussi à l'ouverture des conduits éjaculateurs ou à l'extrémité antérieure de la crête gallinacée. Une solution de nitrate d'argent (10 à 20 grs à l'once,) portée sur la région prostatique au moyen d'une seringue *ad hoc* est ce qui convient le mieux. La douleur consécutive est assez considérable. Gross répète l'injection une fois tous les six, huit ou dix jours. Il ajoute à cela les bains de siège froids, mais chez les individus à tempérament nerveux et irritable, il substitue les applications chaudes aux froides. Si le malade est robuste et fort, il détermine une contre-irritation au périnée, au moyen des sangsues, des vésicatoires ou du séton. Lorsque l'urèthre est d'une sensibilité excessive et persistante, une injection froide composée de nitrate d'argent (2 grs) et d'acétate de plomb (5 grs à l'once) feront bien; le sulfate de zinc, l'eau de Goulard sont aussi des agents sur lesquels on peut compter. Une bougie maintenue dans l'urèthre pendant une heure, tous les jours, a fait cesser promptement, dans quelques cas, l'irritabilité du canal.

Les lavements anodins, les opiacés, la belladone, le tartre émétique et le bromure de potassium subjuguent facilement les érections morbides. Usage d'un lit dur; éviter les stimulants, sous quelque forme que ce soit; liberté du ventre; exercice à l'air libre; éviter l'équitation qui a pour effet d'irriter l'appareil génital. Il arrive souvent qu'un changement radical d'occupation et d'habitudes soulage plus que tout le reste.

Quand la prostration nerveuse est considérable, se traduisant par l'insomnie et l'agitation, il faut prescrire les toniques, v. g. la quinine et la teinture de fer, conjointement avec la jusquiame et l'opium. L'acide phosphorique dilué exerce parfois une action salutaire. A-t-on raison de croire que les émissions sont dues à une irritation du cerveau, il faut avoir recours aux sangsues et aux vésicatoires à la nuque, aux douches froides, etc. La lupuline n'a jamais réussi entre les mains du prof. Gross. Il vante le bromure de potassium (20 à 35 grains) combiné à quelques gouttes de teinture d'aconit et à l'eau camphrée; le bromure d'ammonium convient aussi admirablement à ces cas.

Lorsque, grâce au traitement précédent, le système général et l'appareil sexuel ont repris leur vigueur normale, le meilleur préventif contre les rechutes est le mariage. Sur ce point cependant on ne saurait prendre trop de précautions.

VAN BUREN et KYLES préfèrent le traitement moral au traitement purement médical. Pour eux, la spermatorrhée dépend souvent de la non satisfaction des désirs sexuels que le malade a essayé de satisfaire au moyen de la masturbation; avec cela le sujet souffre de névralgie du col vésical et d'hypochondrie. Ces auteurs cherchent à réveiller chez le patient les sentiments moraux et religieux et l'exhortent à la continence d'abord, puis au mariage. Ils combattent les émissions diurnes par les astringents locaux, l'usage des bougies métalliques et l'électricité, les pollutions nocturnes par les mesures hygiéniques: sommeil sur un lit dur, etc. comme les prescrit du reste le prof. Gross.

S'il y a sensibilité excessive du gland, ils pratiquent la circoncision. Les injections dont il vient d'être parlé se font généralement au tannin, une ou deux fois la semaine, suivant l'effet produit. Si cet effet tarde à se montrer, on a recours à des injections au niveau de la prostate (nitrate d'argent, 5 à 10 grains à l'once). Ils rejettent les cautérisations au nitrate d'argent, telles que préconisées par Lallemand, et qui auraient pour effet secondaire d'oblitérer l'orifice des conduits éjaculateurs.

BARTHLOW est partisan des cautérisations et des injections astringentes. Parlant des antiaphrodisiaques, il a peu de confiance dans le camphre dont l'action est incertaine, de même que celle du lupulin. Pour lui, le conium et la belladone sont plus sûrs, pourvu qu'on les administre à dose convenable. Mais le plus efficace et le plus certain des antiaphrodisiaques est le bromure de potassium.

En certains cas on peut être obligé de prescrire des médicaments aphrodisiaques. La teinture de cantharides peut rendre des services dans les cas où il y a beaucoup d'atonie, hypersécrétion muqueuse, pollutions diurnes, faiblesse des érections et absence de désirs sexuels.

Elle est contre-indiquée quand il y a hyperesthésie de la portion prostatique de l'urèthre. On peut en neutraliser autant que possible les effets irritants, en la combinant à l'opium, au chanvre indien ou à la chlorodyne. Le phosphore rouge ou amorphe peut aussi être donné dans ces circonstances. La noix vomique s'adresse aux cas où il est indiqué de rendre aux organes génitaux l'activité fonctionnelle plus ou moins compromise par l'usage des antiaphrodisiaques. Le cimicifuga a rendu des services à Bartholow, de même que le courant galvanique et l'électricité statique. Quand l'éjaculation est trop hâtive et s'accompagne d'érections faibles, il faut faire usage des toniques : fer, quinine, amers, etc. Avec cela, les mesures hygiéniques déjà vues

(à suivre)

## **PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.**

**Des abcès chauds et de leur traitement.**—Clinique de M. NICAISE à l'hôpital Laennec.—Un abcès chaud est une collection de pus dans une cavité accidentelle ; telle est la définition ordinaire, bien qu'elle ne soit pas acceptée par tout le monde, d'autres chirurgiens ajoutant "ou dans une cavité naturelle," comprenant ainsi dans les abcès chauds les abcès de la plèvre, les collections purulentes des articulations, etc. Il y a cependant, selon moi, une distinction bien nette à établir entre eux et je préfère certainement la première définition.

Un abcès est-il une maladie, une entité pathologique, ou bien un mode de terminaison de l'inflammation du tissu cellulaire, du phlegmon ?

Je ne vous ferai pas ici la description du tissu cellulaire, dont chacun des éléments joue un rôle particulier dans le phlegmon et la formation du pus.

Dans l'inflammation du tissu cellulaire, nous devons considérer quatre phénomènes principaux, tous quatre d'intensité variable, et trois périodes. Les phénomènes sont : 1<sup>o</sup> la formation de cellules embryon-

naires par la prolifération du tissu conjonctif ou la sortie des globules blancs à travers les vaisseaux ; 2<sup>o</sup> la fonte des fibrilles du tissu conjonctif ; 3<sup>o</sup> la formation d'un exsudat séreux, muqueux et fibrineux, provenant des vaisseaux ; enfin, 4<sup>o</sup> la formation de vaisseaux nouveaux.

Quant aux trois périodes, ce sont : 1<sup>o</sup> l'œdème aigu inflammatoire ; 2<sup>o</sup> une période d'état ou d'empâtement ; 3<sup>o</sup> résolution, induration ou suppuration.

*Première période.*—Elle débute par une certaine tuméfaction ; la peau est soulevée, rouge, se laissant déprimer passagèrement sous le doigt ; le tissu cellulaire est mou, gélatineux, et son inflammation présente les quatre phénomènes que nous venons d'indiquer, si ce n'est que l'exsudat est séreux ou à peine fibrineux, très dilué. L'inflammation progresse et arrive à la période d'état.

*Deuxième période.*—Dans cette seconde période, la peau ne se laisse plus déprimer ; mais, au niveau des points enflammés, on sent une plaque dure, résistante, un certain empâtement s'accompagnant des symptômes de toute inflammation, c'est-à-dire tuméfaction, rougeur, chaleur, douleur, puis arrive la troisième période.

*Troisième période.*—Nous laissons ici de côté l'induration et la résolution pour ne nous occuper que du phlegmon se terminant par suppuration, c'est-à-dire de l'abcès proprement dit. Les phénomènes locaux et généraux se modifient. La tuméfaction, de plate qu'elle était, devient conique, présentant une saillie qui correspond au point où le travail inflammatoire est le plus avancé. La rougeur diffuse de la première période diminue sur les bords pour se manifester surtout au centre ; elle devient violacée, marbrée. La plaque se ramollit aussi à la partie centrale, tandis qu'elle reste encore indurée à la périphérie ; puis l'œdème reparaît autour des parties ramollies et même à leur surface.

Cet œdème joue un certain rôle dans le diagnostic des abcès profonds, de telle sorte que, alors même que l'on ne percevrait aucune fluctuation, sa présence autoriserait à conclure à la suppuration du phlegmon. Enfin un autre signe important de cette terminaison du phlegmon nous est fourni par la douleur. En effet, celle-ci change de caractère et devient pongitive, pulsatile, à battements isochrones à ceux du cœur.

Ainsi donc, la troisième période est caractérisée par la forme conique, la rougeur centrale, l'œdème de retour, le ramollissement de la partie centrale et les douleurs pulsatiles.

Quant aux phénomènes généraux, ce sont ceux de toute fièvre inflammatoire simple : élévation de la température, accélération de la circulation et de la respiration, troubles digestifs, céphalalgies, insomnies, urines rares, foncées. Si la suppuration se fait, la fièvre est plus vive, la température oscille du matin au soir, il survient de petits frissons irréguliers, erratiques,—je parle, bien entendu, du phlegmon simple, traumatique, et non pas du phlegmon septique. Puis, dès que le pus est formé, collecté, sans que l'abcès soit ouvert, il se produit une amélioration, une détente générale dans les symptômes locaux et généraux : le malade ne souffre plus ; aussi arrive-t-il fréquemment alors qu'il se refuse à toute opération ayant pour but de donner issue au pus.

Dès que l'abcès est constitué, son contenu tend fatalement à se porter au dehors par une sorte d'expansion. Cependant il peut se terminer de différentes façons, soit par résorption, soit par évacuation.

S'il se termine par résorption, ce qui est le cas le moins fréquent, les phénomènes inflammatoires s'arrêtent, la peau perd sa couleur, la tuméfaction diminue et les choses rentrent dans l'ordre normal.

Cette terminaison, assez rare, n'est pas avantageuse, car il reste alors un noyau d'induration chronique, qui peut être ultérieurement le point de départ d'une nouvelle suppuration.

Mais, le plus souvent, les abcès que nous décrivons ici se terminent par évacuation, soit spontanée, soit artificielle. Lorsque, l'abcès ouvert, le pus s'est écoulé, qu'arrive-t-il ? Il n'est pas nécessaire que la suppuration continue pour que la guérison se fasse. Si la zone d'empatement a tout à fait disparu, si l'abcès était complètement mûr, selon une vieille expression, la réunion peut se faire par première intention, physiologiquement, sans nécessiter aucune intervention. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. Lorsque la réunion a lieu par seconde intention, des bourgeons charnus se forment et se développent à la face interne de l'abcès, suppurent, remplissent peu à peu le foyer et s'accolent.

Quant au diagnostic de l'abcès, il est rendu très facile par la présence de la fluctuation, soit par la percussion de la tumeur, soit par la palpation. Les muscles, dans certaines régions du corps et notamment à la cuisse, peuvent donner lieu aussi, sous une pression transversale, à la sensation d'une fluctuation ; mais celle-ci sera facilement reconnue faussée, par cela même qu'elle disparaîtra chaque fois que la main pressera dans l'axe du membre. Il est donc nécessaire de chercher la fluctuation dans tous les sens, pour s'assurer qu'elle existe réellement et qu'elle est le résultat d'une tumeur liquide.

Les abcès sont parfois si petits que la fluctuation n'est pas nettement appréciable ; cependant, on sent toujours un certain défaut de résistance à la pression ; de plus, quand on a suivi l'évolution d'un phlegmon, le palper permet de reconnaître, à un moment donné, au centre de la tuméfaction, un point ramolli précédant la fluctuation du liquide purulent qui n'est pas encore collecté. Enfin, dans le cas où le doute persisterait encore, une ponction simplement exploratrice éviterait toute erreur de diagnostic.

Dans le traitement des abcès, doit-on attendre l'ouverture spontanée de la tumeur, ou faut-il intervenir chirurgicalement ? Pour moi, je crois utile de procéder à son ouverture. Autrefois, on attendait que l'abcès fut mûr : cette manière de voir me paraît inutile. Dès que la collection purulente est reconnue, il est préférable d'en faire l'incision prématurée, et, grâce à cette intervention, la lésion durera moins longtemps, le décollement de la peau sera moindre également.

Il y a, du reste, certaines régions où l'incision doit être pratiquée même avant toute fluctuation, dès que le ramollissement central de la tumeur est constaté ; tels sont, par exemple, les phlegmons du périnée, afin de parer au décollement rapide qui se fait en ce point avec la plus grande facilité. Il en est de même des abcès de l'aisselle, qu'il faut savoir aussi ouvrir de bonne heure.

L'ouverture des abcès se fait avec le bistouri, en un seul temps si la tumeur est superficielle, en plusieurs temps, c'est-à-dire en incisant les tissus couche par couche, si la collection du pus est profondément située, comme dans les abcès de la fosse iliaque. Quant au pansement, on le fait de façon à permettre une certaine suppuration, en laissant

l'ouverture béante, en recouvrant la plaie de cataplasmes. Mais la suppuration n'est pas absolument nécessaire, puisque nous voyons quelquefois la réunion se faire spontanément par première intention.

Il faut savoir distinguer entre eux les abcès avec ou sans zone d'empâtement. Dans les premiers, il est nécessaire que le pus se fasse jour. Aussi tout d'abord n'avais-je employé la méthode antiseptique que dans les abcès sans zone d'empâtement, c'est-à-dire incision antiseptique, évacuation du pus, injections phéniquées au vingtième, drain très court entre les lèvres de la plaie et pansement de Lister. J'arrivais ainsi presque constamment à la réunion par première intention en quelques jours.

Quant aux abcès avec zone d'empâtement, voici quelle était ma manière de procéder : incision antiseptique, évacuation du pus, lavages phéniqués au vingtième, cataplasmes phéniqués remplaçant le pansement de Lister, afin de diminuer la durée de la suppuration. Mais, dans ces derniers temps, j'ai supprimé le cataplasme phéniqué pour appliquer le pansement de Lister, comme dans la première variété. Je n'ai pas obtenu, il est vrai, la réunion par première intention, mais l'écoulement séro-purulent a été de plus courte durée.

Il y a donc intérêt véritable à appliquer la méthode antiseptique aux abcès chauds.—*Gazette des hôpitaux.*

**Traitement des fractures compliquées de plaies**, par le Dr ROBERT, professeur agrégé au Val-de-Grâce.—Une série de résultats favorables que nous venons de constater dans des cas de fractures graves, traitées par l'appareil de M. Paul Berger, nous engage à signaler les avantages de cet appareil dans le traitement des fractures par coups de feu et des fractures accompagnées de lésions étendues des parties molles.

Nous avons vu pour la première fois, en 1882, à la clinique de la Charité, appliquer cet appareil sur un adulte qui avait la jambe droite fracturée en plusieurs endroits, avec de larges plaies occasionnées par le passage d'une roue d'omnibus. Cette fracture, qui réunissait les conditions les plus fâcheuses et semblait indiquer une amputation immédiate, se consolida parfaitement sous l'appareil, et les plaies se cicatrisèrent si régulièrement que, le trentième jour, au moment où on enlevait l'appareil pour la première fois, il ne restait qu'une plaie recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Depuis cette époque, nous avons vu appliquer plusieurs fois cet appareil sur des fractures ouvertes, et toujours avec le même succès; enfin nous avons eu l'occasion de l'employer au Val-de-Grâce sur une fracture de jambe compliquée de plaie.

L'accident, dû à un coup de pied de cheval, datait de la veille. La fracture occasionnait des douleurs vives, un épanchement de sang abondant augmentait la tuméfaction du membre, la température s'élevait à 35°5. Une plaie contuse, large de 3 centimètres environ, due au choc du fer, mettait à jour le foyer de la fracture. Malgré ces conditions défavorables, l'emploi de l'appareil de Berger donna lieu à une rémission rapide des symptômes inflammatoires, les douleurs cessèrent dès le soir et la fièvre tomba dès le lendemain.

Quinze jours après, l'appareil ayant été enlevé, nous pûmes constater que le foyer de la fracture était recouvert de bourgeons charnus et que la réduction était parfaite.

La consolidation se fit régulièrement et le blessé put sortir de l'hôpital trois mois après son entrée, ne présentant aucun raccourcissement et n'ayant souffert d'aucun accident de voisinage.

En somme, dans ces différents cas, nous avons été frappé : 1<sup>o</sup> de l'immobilisation absolue obtenue par l'application de cet appareil ; 2<sup>o</sup> de la bénignité des symptômes locaux et généraux ; 3<sup>o</sup> des résultats excellents constatés à l'ouverture de l'appareil.

Il est encore une autre considération qui a la plus grande importance en chirurgie d'armée : cet appareil, comme celui qu'avait imaginé Larrey, peut rester en place jusqu'à la consolidation de la fracture ; il prévient l'inflammation et le gonflement ; de plus, la sérosité sanguinolente qui se dessèche dans le pansement se durcit et le rend en quelque sorte imperméable, ce qui contribue à l'occlusion et à la guérison de la plaie protégée contre toutes les causes infectieuses.

Il se compose d'une première enveloppe constituée par un pansement de Lister complet. Ce pansement, appliqué immédiatement sur le segment de membre fracturé, le recouvre dans toute son étendue ; il assure déjà l'antisepsie, et de plus il forme une cuirasse suffisamment résistante pour contenir les fragments.

Sur cette première enveloppe est enroulée une couche d'ouate, assez épaisse et assez large pour bien entourer le membre.

Pour fixer cette ouate, on dispose de larges compresses comme pour la confection d'un appareil de Scultet, on les imprègne d'alcool camphré et, pour faciliter leur application, on étale préalablement sur la partie antérieure du rouleau d'ouate qui garnit le membre, une grande compresse mouillée qui représente la compresse tibiale.

Ces compresses étant successivement entre-croisées, de manière à exercer une compression assez énergique, il suffit d'ajuster par-dessus le drap fanon, les attelles et les coussins de l'appareil de Scultet, et de fixer le tout avec des lacs élastiques et à boucle, pour obtenir une contention exacte du membre fracturé.

La couche d'ouate assure doublement l'antisepsie ; elle maintient une température constante autour de la blessure, exerce une compression douce et uniforme, modère le gonflement du membre, et par son élasticité maintient les parties.

Sous cet appareil, les douleurs cessent, la réaction inflammatoire perd de son intensité, la réparation marche régulièrement sans menace d'infection purulente. Si la température prise matin et soir ne tend pas à s'élever, si le membre reste dans une bonne situation, les pièces ainsi disposées peuvent rester près de trente jours en place. Pour plus de tranquillité, on pourrait dès le quinzième jour ouvrir l'appareil et examiner si les fragments sont bien en rapport et s'il ne s'est rien produit d'anormal au voisinage de la fracture.

Pour appliquer méthodiquement cet appareil, on prépare préalablement les pièces qui le constituent, comme s'il s'agissait d'un appareil de Scultet :

- 1<sup>o</sup> Le drap fanon suffisamment large ;
- 2<sup>o</sup> Sept ou huit compresses imbriquées, assez larges et assez longues pour entourer le membre enveloppé d'ouate ;
- 3<sup>o</sup> Une feuille d'ouate d'une largeur suffisante ;
- 4<sup>o</sup> Un pansement de Lister composé de huit feuilles de gaze phéniquée, avec mackintosh interposé.

Tout étant ainsi superposé, on choisit trois attelles et les coussins correspondants, enfin des lacs élastiques à boucle.

Pour l'application, on procède encore comme pour le Scultet. La réduction de la fracture étant obtenue, le membre étant soulevé avec les précautions ordinaires, on glisse au-dessous l'ensemble des pièces disposées à l'avance; on applique successivement le Lister, l'ouate, les compresses: on enroule les attelles dans le drap fanon, puis on interpose les coussins (il est bon de couler l'extrémité inférieure des coussins latéraux qui passe sous la plante du pied); on termine alors en bouclant les lacs.

D'après Sédillot (*Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaires*, mai 1871), " la méthode de Larrey offre des indications que l'on n'a pas assez étudiées; elle mérite d'être particulièrement méditée, car elle est fondée sur les conditions les plus rationnelles, et elle devrait de nouveau être essayée dans la chirurgie d'armée."—C'est dans ce but que nous croyons utile de recommander l'appareil de Berger, qui, conçu d'après les principes de la méthode de Larrey, et réunissant les conditions antiseptiques les plus parfaites, donne des résultats excellents, est d'une application facile et coûte réellement fort peu, puisqu'il est rarement renouvelé.

La valeur du pansement de Lister est de 2 francs; celle de l'ouate, de 1 franc. Les compresses, le drap fanon, les coussins, les attelles et les lacs, destinés à un long usage, peuvent être mis hors de compte.

L'appareil de Scultet ainsi modifié pourra être employé dans le traitement des fractures compliquées de la jambe, de la cuisse, de l'avant-bras ou du bras lorsqu'il n'existera pas d'accidents nécessitant une surveillance continuelle.

À défaut de gaze phéniquée, on aura recours à l'appareil de Scultet ouaté, tel qu'il est employé par M. Théophile Anger. Ce chirurgien, après avoir appliqué les bandelettes préalablement imprégnées d'alcool pur, dispose autour du membre une épaisse couche d'ouate qu'il maintient avec une nouvelle série de compresses, et il fixe le tout comme un bandage de Scultet.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

**Traitement des ulcères des jambes.**—M. Fraipont signale dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* un procédé préconisé par Pearson (de Glasgow) sous le nom de méthode de pansement sec, dans les cas d'ulcères très étendus des jambes. Dans les premiers temps il nettoie l'ulcère en faisant chaque jour des enveloppements humides à l'eau borique. Puis il applique dessus de la gaze trempée dans une solution d'acide borique à 4 pour 100. Celle-ci est recouverte d'une compresse enduite de pommade à l'oxyde de zinc. Deux doubles de compresses, un morceau de mackintosh et la bande terminent le pansement. Après trois jours, on renouvelle. Quant la cicatrisation est en bonne voie, la compresse à l'oxyde de zinc est remplacée par une compresse sèche. Ce pansement est à la fois antiseptique et irritant; ce qui est très favorable pour les bourgeons charnus.

Depuis quelques mois, M. le professeur Von Winiwarter a fait inaugurer, à la clinique et à la polyclinique chirurgicale de l'Hôpital de Bavière, un mode de pansement qui, jusqu'ici, a donné de très bons résultats. Si les ulcères sont enflammés ou si les bords en sont calleux ou indurés ou si le fond n'a pas grande vie, on commence par faire des

enveloppements humides avec le liquide de Burow pendant quelques jours, en recommandant aux patients de ne pas marcher. Habituellement l'aspect de la lésion se modifie très vite, le fond commence à bourgeonner. Alors après avoir bien nettoyé la jambe, on la sèche très convenablement et on recouvre la perte de substance d'une bonne couche de collodion élastique iodoformisé à 10 pour 100, en ayant soin de l'étendre à trois centimètres au delà des bords. En soufflant dessus ou en attendant quelques minutes, il se forme une croûte sèche, imperméable, qui est à la fois antiseptique et protectrice et sur laquelle on applique un petit morceau de gaze iodoformisée, qu'on fait tenir au moyen d'une bande de toile souple et fine, roulée et serrée convenablement depuis les orteils jusqu'au genou. On complète le pansement au moyen d'une bande de tarlatane amidonnée qui le recouvre en entier et qui en séchant constitue une coque rigide qui serre et emprisonne la jambe et permet aux patients de vaquer à leurs occupations. Ce pansement reste appliqué de 3 à 4 jours, quelquefois 5, quand les ulcères sont petits. Les résultats obtenus jusque maintenant ont été aussi beaux et aussi rapides qu'avec la bande élastique simple. Le pansement a sur celle-ci l'avantage de se faire rarement.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

**Traitement local anti-parasitaire de la blennorrhagie uréthrale,** par M. P. DIDAY.—Il faut assurément que les injections soient un admirable remède pour que, faites comme on les fait selon les règles de l'art actuel, elles guérissent dans quelques cas ! Lancer trois fois par jour sur la surface malade un jet de liquide qui, à chaque opération, y séjourne à peine cinq minutes, quel résultat pouvait-on attendre, et de fait quels résultats obtient-on de topiques qui, leur nom l'indique, ne sauraient agir qu'à la condition de toucher, et auxquels on donne à peine le temps d'effleurer ?

Depuis qu'on pressent la nature parasitaire de la blennorrhagie, depuis surtout que M. Ernest Besnier nous a montré cette espèce de parasite se riant en quelque sorte de la médecine, au sein des tissus où il semble défier qu'on l'atteigne sans détruire la trame vivante qui lui sert de refuge, les vieux errements thérapeutiques doivent céder le pas à de nouveaux principes.

Or, ces principes ont à viser à la fois deux choses : 1° la nature ainsi que les mœurs du parasite ; 2° la structure ainsi que le fonctionnement de l'urèthre. En d'autres termes, pour trouver un bon agent parasiticide, il faut considérer sa mise en rapport avec le microbe et sa mise en rapport avec les tissus vivants.—Quant au premier point de vue, le liquide parasiticide ayant affaire non à un être isolé, mais à une colonie dont les membres se reproduisent, doit agir, et agir sans interruption, pendant un laps de temps que, *a priori* et approximativement, je crois pouvoir évaluer à 5 ou 6 heures.

Se proposant non pas de détruire d'un seul coup l'ennemi (ce qui ne s'obtiendrait pas sans danger), mais, en quelque sorte, de l'intoxiquer par degrés, l'agent parasiticide doit être employé à doses progressives. Si, par exemple, on adopte une solution de sublimé, elle sera, pour commencer, à 1/10,000 (proportion dont les spécialistes connaissent déjà les effets par expérience).

Au point de vue de sa mise en rapport avec l'urèthre, le liquide parasiticide a à remplir les trois conditions suivantes :

Porter sur toute la partie du canal qui est malade ;

Ne pas se borner à passer sur ce canal, mais le distendre à un certain degré ;

Y séjourner d'une manière non pas intermittente, mais continue, pendant la durée du temps que j'ai indiquée ci-dessus.

L'appareil instrumental destiné à remplir ce programme n'est autre que l'irrigateur ordinaire, dont la canule en os est coiffée d'une canule de gomme élastique longue et effilée.

L'irrigateur, rempli de la solution de bichlorure, est placé, tout monté, sur une table. Le malade, assis à côté, s'introduit la canule dans l'urèthre, à 6 centimètres environ de la profondeur ; plus loin, au moyen d'une sonde, dans les cas où l'on voudrait injecter l'arrière-canal. Cela fait, il ouvre le robinet par un mouvement lent et bien ménagé. Dès qu'il sent que le liquide entre dans le canal, mais sans y être lancé trop fort, il arrête à ce point la plaque qui détermine le degré d'ouverture du robinet.

Mais si l'on s'en tenait là, comme le liquide sort entre la canule et la paroi uréthrale, et sort à mesure qu'il entre, on n'obtiendrait qu'un lavage de la surface ; on n'aurait pas cette distension modérée du canal, qui est une des conditions du succès, et que, même avec les injections ordinaires, médecins et clients s'appliquent aujourd'hui à réaliser.

Pour effectuer cette distension, le malade n'a qu'à serrer du pouce et de l'index droits le gland sur la canule, en fermant de l'autre main le robinet. Et il garde cette situation, je veux dire cette injection, quelques minutes. Puis, ouvrant le robinet et lâchant le gland, il recommence à laisser pendant quelques minutes le liquide entrer et sortir. Il alterne ainsi, avec la plus grande commodité, les séances de lavage et les séances de rétention du liquide.

Mais ce n'est pas tout. Le liquide parasiticide doit être graduellement augmenté de force. Il serait téméraire de vouloir fixer à priori d'une manière générale, les degrés de cette augmentation, et le degré de concentration finale. Je puis seulement dire qu'on satisfera aisément à cette indication essentielle en versant dans l'irrigateur, chaque fois qu'on a à le remplir de nouveau, une solution très faiblement accrue, mais cependant accrue de dose de sublimé.—*Lyon médical.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Diagnostic et traitement de l'éclampsie.**—Clinique de M. le professeur PAJOT.—Nous avons vu ensemble, dans l'une des petites salles, une femme qui nous a été portée étant enceinte de six à sept mois. C'est une primipare.

Elle nous est arrivée ayant la face noire, de ce noir bleuâtre que l'on observe chez les noyés exposés à la Morgue. Les lèvres avaient un volume deux ou trois fois plus considérable que celui qu'elles ont maintenant.

Cette femme avait été prise de cette abominable maladie qu'on a appelée l'éclampsie.

Pour ce qui me regarde, c'est bien là la maladie que je crains le plus, car il faut bien reconnaître que la thérapeutique de l'éclampsie est encore à trouver.

J'ai donné, il y a quelques années, pour sujet de la thèse de concours pour l'agrégation faite par M. Charpentier : " L'exposé comparatif des traitements de l'éclampsie." Cette thèse est fort bien faite, mais en la lisant on ne peut que se confirmer dans cette opinion que le traitement de l'éclampsie est toujours à trouver, ainsi que je viens de vous le dire.

En dix années, à l'ancienne clinique, j'ai vu 26 cas d'éclampsie sur lesquels j'ai eu 12 morts. Vous voyez donc bien que c'est une maladie très redoutable, d'autant que les statistiques des auteurs sont encore moins favorables que la mienne. Ainsi Velpeau, sur 21 cas, a eu 12 morts; et Mauriceau dans ses très intéressantes observations, en cite 42 cas sur lesquels il a eu 21 morts.

Je ne crois pas que, depuis Mauriceau, la thérapeutique ait beaucoup avancé les choses.

L'attaque d'éclampsie a beaucoup de rapports avec l'attaque d'épilepsie; ces deux maladies se ressemblent énormément, avec cette différence cependant que la présence de l'albumine dans l'urine est un fait rare dans l'épilepsie, tandis qu'il est ordinaire dans l'éclampsie.

On peut encore confondre l'éclampsie avec un autre état. Je m'y suis trompé moi-même une fois rue Servandoni.—Une femme était tombée sur le pavé et, lorsque je m'approchai d'elle, elle était dans le coma. Comme elle était dans un état de grossesse avancée, je pensai tout de suite à l'éclampsie. Je la fis prendre et transporter aussitôt à la clinique. En m'approchant de la malade, je sentis une atroce odeur d'alcool qui m'inspira des doutes sur son état, et le lendemain, à la clinique, nous nous assurâmes que cette femme n'avait pas d'éclampsie du tout, mais qu'elle avait un accès d'ivrognerie.

Une autre maladie, la grande hystérie, peut encore être confondue avec l'éclampsie.

Il y a des années, je fus appelé en toute hâte auprès d'une malade. On me conduisit dans un atelier de sculpteur, où je trouvai une grande et belle femme couchée par terre et maintenue... autant que possible, par quatre jeunes gens qu'elle repoussait et envoyait rouler à six pas au moment de ses convulsions.

On aurait pu prendre, au premier abord, cet état pour de l'éclampsie; mais avec un peu de pratique on ne s'y trompe pas. Je me rendis, bien entendu, immédiatement compte de ce qui en était et je fis cesser l'attaque. Savez-vous comment? Tout simplement en faisant couler trois ou quatre seaux d'eau fraîche sur la figure de la malade. J'avais eu le soin de faire avancer la tête en dehors du matelas sur lequel elle était étendue et lorsque j'eus fait passer cette quantité d'eau sur la figure de la jeune femme, le calme était revenu, l'attaque avait cessé.

On peut se tromper à première vue entre les deux maladies; mais il n'y a pas de rapports réels entre l'éclampsie et l'hystérie.

L'attaque éclamptique dure une minute, deux minutes, trois ou au plus quatre.—Elle ne saurait durer plus longtemps, parce que la respiration étant suspendue pendant l'attaque, la malade succombe si la crise se prolonge.

L'attaque est suivie d'une période de coma, dont la durée est variable, et le coma lui-même est suivi d'une période de repos.

Après ce repos, survient une nouvelle attaque, suivie en général d'un coma plus long que le premier et ensuite d'un repos plus ou moins long, suivant les circonstances.

A mesure que l'état devient plus grave, les attaques se rapprochent, jusqu'au moment où il n'y a pas d'intervalle de repos entre le coma et la nouvelle attaque, de telle sorte que tout se résume en une suite non interrompue d'attaques succédant au coma et de comas succédant à l'attaque.

S'il n'y a pas d'amendement dans cette marche de la maladie, l'état de l'éclampsie est fort grave et il est rare que, dans ces cas là, la femme ne succombe pas.

L'éclampsie est spéciale à la primiparité. Ainsi, sur dix éclampsiques, on compte 8 à 9 primipares pour une à deux multipares. Cependant j'ai observé, dans ma pratique, un certain nombre de cas d'éclampsie survenue chez des multipares, mais c'est toujours là une exception.

La maladie survient très rarement dans la première partie de la grossesse. Toutefois, j'ai donné des soins à une femme qui avait eu une attaque éclampsique six semaines après la conception, et qui, d'après les renseignements précis que me donna le mari, en aurait eu une immédiatement après les premiers rapports. Cette première attaque n'aurait duré que fort peu de temps; mais aux renseignements précis qui me furent fournis par le mari, je crois qu'il n'y a pas de doutes à avoir sur le fait en lui-même.

Si nous voulons prendre une moyenne pour classer la fréquence de l'éclampsie, suivant les époques de la grossesse, prenons un nombre déterminé de cas, 200 par exemple; nous trouverons que sur ces 200 cas, l'éclampsie ne s'est produite que 1 fois ou même pas du tout dans la première moitié de la grossesse; 55 fois avant le travail; 100 fois pendant le travail et 45 fois après le travail.

Ces chiffres bien tranchés resteront dans votre mémoire beaucoup plus sûrement que les chiffres donnés par les statistiques à nombre total variable; et la proportion que je vous indique est le résultat exact du relevé d'un très grand nombre d'observations d'éclampsie.

Les causes de l'éclampsie sont, il le faut bien avouer, absolument inconnues. Nous passerions en revue toutes les théories plus ou moins cherchées qui ont été faites, que nous n'en serions, au bout du compte, pas plus avancés.

Je ne m'étendrai donc pas là-dessus et je m'empresse de passer au traitement.

Vous arrivez, par exemple, auprès d'une femme qui a un accès éclampsique. Vous prenez tout d'abord vos renseignements. Y a-t-il eu plusieurs accès?

Vous devez toucher le pouls. *E-t-ce une femme à gros pouls?* C'est le cas ordinaire.—Il est à remarquer, en effet, que les éclampsiques sont en général de belles femmes, au port majestueux, au cou puissamment attaché.

Lorsque, dans mes cours particuliers, je parlais de l'éclampsie, je faisais ces mêmes observations à mes élèves et je leur donnais comme terme de comparaison le portrait de Marie-Antoinette, qui me semblait réunir les apparences les plus évidentes de la femme disposée à l'éclampsie. Le portrait de Marie Antoinette m'avait frappé à ce point de vue, mais je ne savais pas du tout, alors, si cette reine avait ou non été sujette à l'éclampsie.

Quelle ne fut pas ma surprise, il y a quelques années, de lire dans

l'histoire écrite par M. de Lescure, que Marie-Antoinette avait été atteinte d'éclampsie à sa première couche.—Cela ne faisait que confirmer mes observations.

Comme traitement, on a beaucoup préconisé la saignée. On a dit que je suis absolument opposé à ce mode de traitement. La chose n'est pas d'une exactitude absolue. Je suis, en effet, l'ennemi acharné de ces saignées à outrance, du traitement de Dubois, continué par Depaul, parce que j'ai malheureusement vu un certain nombre de malades qui ont succombé à ce traitement barbare; mais je trouve fort raisonnable qu'on tire à une éclampsie 300 ou 400 grammes de sang si elle est congestionnée. Vous avez appris, du reste, que ce traitement—et je l'ai entièrement approuvé—a été suivi pour notre éclampsie d'aujourd'hui.

Donc, vous pouvez faire une petite saignée au bras; et, pendant l'attaque, vous devez avoir le soin de faire rentrer la langue dans la bouche, afin que dans la contraction brusque des mâchoires, cette langue ne soit pas mordue. Quelques médecins ont le soin de placer entre les dents de l'éclampsie un bouchon de liège, attaché par un lien quelconque, afin que la malade ne soit pas exposée à l'avaloir.

Ne contenez pas la femme, empêchez-la seulement de tomber.

Comme traitement interne, vous parlerai-je des lavements drastiques (une goutte d'huile de croton) que donnent certains praticiens? du chloroforme que depuis trente ans j'ai employé et vu employer sans succès?

On a préconisé aussi le choral, contre lequel je n'ai rien à dire. On peut l'employer, c'est fort raisonnable; et, il faut bien le dire, au point de vue de la famille elle-même, on est bien obligé d'essayer de faire quelque chose.

Mais tous ces traitements-là ont bien peu d'action.

Celui qui vaut beaucoup mieux que tout cela est le traitement obstétrical, dont le succès est démontré par cent ans de pratique.

Le traitement de l'éclampsie, disait Dubois, consiste à débarrasser l'utérus de ce qu'il contient, *sans employer aucune violence*.

Tel est, en somme, le résumé du traitement à opposer à l'éclampsie.

Ainsi que je vous l'ai dit, chez la femme qui fait le sujet de cette clinique, M. Doléris a fait une saignée au bras, et je l'ai approuvé!

En général, l'éclampsie qui survient après l'accouchement m'a paru moins grave; mais, dans ce cas, vous ne pouvez faire que le traitement médical.

J'ai vu Velpeau ordonner l'opium à haute dose pour l'éclampsie après l'accouchement et, ce qui va vous étonner, guérir, malgré cela, sa malade.

Je n'ai pas de conseil certain à vous donner pour le traitement de l'éclampsie après l'accouchement.

Un dernier mot avant de terminer: je ne suis pas partisan de l'accouchement provoqué dans le cas d'éclampsie, parce qu'il faut, en général, trois ou quatre jours pour parvenir à obtenir un résultat, et qu'en vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, l'éclampsie est une maladie jugée dans un sens ou dans l'autre; seulement, si le travail se déclarait avant terme, il faudrait le laisser marcher, le favoriser. C'est ce qui peut vous arriver de plus heureux, c'est la meilleure pratique que vous puissiez faire.—*Praticien*.

**De l'action du salicylate de soude sur l'utérus.**—Les conclusions du travail de M. le docteur Balette méritent de fixer l'attention et demandent à être rapportées tout au long. Voici ces conclusions :

Le salicylate de soude, à dose thérapeutique ordinaire, calme les douleurs de la dysménorrhée, sans doute en vertu de son action sédative sur le système nerveux central.

Il paraît activer les règles, et, dans quelques cas, provoquer leur réapparition.

Dans quatre observations rapportées par l'auteur, la médication par le salicylate de soude à doses élevées a été suivie d'avortement (deux fois au bout d'un jour et demi, une fois au bout de deux mois?).

Dans cinq autres observations, le traitement salicylé à doses moins élevées n'a été suivi d'aucun résultat. Donc, dans divers cas, l'action du salicylate de soude à faible dose sur l'utérus paraît nulle comme agent abortif.

Dans les expériences sur les animaux, le médicament n'a eu aucune action ocytotique.

Il semble donc résulter de l'ensemble de ces faits que le salicylate de soude n'est point abortif quand il est donné à doses thérapeutiques modérées.

Cependant, comme il existe des femmes prédisposées à l'avortement; comme, d'autre part, l'expérimentation physiologique démontre que le salicylate de soude administré à fortes doses exerce une action sur l'économie tout entière, il conviendra de ne pas donner, dans l'état de gestation, le salicylate de soude sans motifs légitimes, et surtout de surveiller attentivement le degré de tolérance de l'individu pour le médicament.—(Thèse de Paris, juillet 1883.)—*Bulletin de thérapeutique.*

**Avortement habituel: ses causes et son traitement,** par Egbert H. GRANDIN, New-York.—Il est des femmes qui, arrivées à une certaine époque de la grossesse, avortent presque invariablement; avortement habituel, dit-on, et, ce diagnostic fait, à la grossesse suivante on reste dans l'inaction, croyant l'avortement fatal. Pareille indifférence dans le diagnostic et le traitement de ce qu'on appelle l'avortement habituel n'est pas excusable. Il est, en effet, des cas où il n'est pas possible de découvrir la cause de l'accident, par suite d'une sorte d'aberration physiologique: l'utérus, au lieu d'attendre le terme de la grossesse, se contracte et expulse son contenu avant cette époque; mais dans la grande majorité des faits, une recherche attentive révélera une des causes suivantes, contre laquelle la thérapeutique devra être dirigée:

1° *Syphilis.*—La syphilis est la cause la plus habituelle de l'accident en question: qu'elle soit due uniquement à la mère, uniquement au père, ainsi qu'il semble en exister quelques cas rares, ou enfin à la fois au père et à la mère.

La cause pour laquelle la syphilis produit l'avortement n'est pas encore bien élucidée; cependant on admet, en général, que les lésions anatomo-pathologiques suivantes, et qui paraissent dépendre de la syphilis, en constituent l'origine la plus habituelle:

- a. Inflammation chronique diffuse de la caduque;
- b. Inflammation avec production polypeuse de la caduque;
- c. Dégénérescence kystique du chorion;

d. Dégénérescence graisseuse du placenta.

e. Sténose des vaisseaux ombilicaux.

Ces différentes lésions ne sont d'ailleurs pas spéciales à la syphilis ; elles peuvent se rencontrer en dehors d'elle.

Quelle que soit la cause, le traitement est d'ailleurs le même, l'administration du mercure, à laquelle on pourra adjoindre celle du chlorate de potasse, ce dernier ayant pour effet, par sa décomposition, d'augmenter la quantité d'oxygène dans le sang de la mère et de favoriser, par conséquent, la nutrition du fœtus.

Tout en donnant ce traitement, il faudra surveiller attentivement l'état du fœtus, pour provoquer l'accouchement au cas où les bruits du cœur indiqueraient un état de souffrance.

2<sup>o</sup> *Anémie maternelle.*—La nutrition du fœtus varie *pari passu* avec celle de la mère. Cazeaux incriminait aussi l'anémie du père : cette opinion n'a rien d'in vraisemblable. Le traitement, de part et d'autre, sera celui employé d'habitude contre l'anémie.

3<sup>o</sup> *Maladies de l'utérus et des annexes.*—L'endométrite est une cause incontestée d'avortement. Réciproquement, l'avortement, surtout au début de la grossesse, est traité avec indifférence ; il en résulte une aggravation de l'inflammation utérine. C'est un véritable cercle vicieux. Quant aux maladies des annexes, si les deux côtés sont atteints, la stérilité en sera la cause habituelle, si un seul côté est malade, la règle est que la muqueuse utérine soit prise en même temps. Le traitement sera celui qui est indiqué pour ces affections dans les traités classiques.

4<sup>o</sup> *Déplacements utérins.*—Les déviations de l'utérus en avant n'ont ici qu'une faible importance ; il en est autrement des déviations en arrière. Quand la rétro-déviati on est simple, c'est-à-dire ne s'accompagne pas d'inflammation, si l'utérus ne se replace pas au troisième mois de la grossesse, la gêne mécanique apportée au développement de l'organe peut devenir la cause de la fausse couche. Dans d'autres cas, ce sont les complications inflammatoires, qui surviennent d'habitude en pareille circonstance, qui produiront l'avortement.

5<sup>o</sup> *Cellulite et péritonite chroniques.*—L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et du péritoine, par les adhérences qu'elle établit, crée des troubles variés qui se traduisent par la stérilité, quand il s'agit de l'ovaire ou de la trompe ; par l'avortement, quand c'est l'utérus qui est gêné dans son développement.

Le meilleur traitement à faire contre ces adhérences consiste dans les badigeonnages à la teinture d'iode sur la voûte vaginale, après lesquelles on appliquera des tampons imbibés de glycérine. La douche chaude, vaginale ou rectale, sera un adjuvant très utile.

6<sup>o</sup> *Déchirure du col utérin.*—La déchirure du col utérin, soit par elle-même, soit par les troubles inflammatoires qu'elle produit, est une cause fréquente de stérilité ou d'avortement, alors que la conception a été possible. La trachelorrhaphie est le meilleur traitement à lui opposer.

7<sup>o</sup> *Fièvre intermittente.*—L'opinion des accoucheurs n'est pas encore établie au sujet de l'influence de la malaria sur la grossesse. L'avortement est souvent observé alors qu'elle existe, mais on ne sait si l'on doit l'attribuer au poison paludéen ou à l'anémie concomitante. C'est au sulfate de quinine qu'on devra avoir recours dans ces cas, car il n'y

a pas de raison sérieuse pour croire que cet agent puisse provoquer l'avortement.

8° *Chorée*.—L'influence de la chorée sur la production de l'avortement est indéniable. Comment agit cette maladie pour produire la fausse couche? Les uns ont admis comme cause l'anémie concomitante, les autres la succession continuelle à laquelle est soumis l'utérus. Toute conclusion serait encore prématurée.

9° *Maladie de Bright*.—La grossesse survenant dans le cours d'une maladie de Bright, surtout la forme parenchymateuse, a de grandes chances d'être interrompue dans sa marche par un avortement. A toute femme atteinte de maladie de Bright, le mariage ne doit pas être conseillé, ou, en cas de mariage, la grossesse doit être évitée.

10° *Tumeurs*.—L'influence des tumeurs sur la grossesse est des plus variables, tantôt empêchant la conception, tantôt produisant l'avortement, tantôt gênant l'accouchement, tantôt enfin n'ayant aucune influence fâcheuse.

11° *Intoxication par le plomb*.—Depuis le mémoire de Constantin Paul (1860), l'influence de l'intoxication saturnine sur la production de l'avortement est bien connue.

12° *Condition réflexe*.—Sous ce titre, l'auteur range toutes les causes accidentelles qui peuvent produire l'avortement. Ici, il est deux éléments dont il faut tenir compte: la cause, qui peut être très variable, et l'individu, qui, suivant sa nature, réagira très différemment sous l'influence de différentes causes.—*Amer. Journ. of Obstetrics.*

## PÉDIATRIE.

**Considérations générales sur la thérapeutique des maladies infantiles**, par le docteur A. DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants (1).—*Médicaments absorbés par la peau*.—C'est en lotions, en liniments ou en pommades que les substances qu'on cherche à introduire dans l'économie à travers le tégument interne doivent être prescrites. Avant l'application des pommades ou des liquides, il faut que l'enveloppe cutanée soit bien nettoyée. Les frictions doivent être continuées sans interruption pendant plusieurs minutes et répétées plusieurs fois dans une même journée. On choisit, pour les faire, les régions dans lesquelles le réseau lymphatique est le plus développé, comme la partie interne des cuisses. On a de fréquentes occasions, dans les maladies de l'enfance, d'employer les bains de toute espèce. Chez les très petits enfants, ils doivent être très courts et ne pas durer plus de quelques minutes. Même pour des sujets plus âgés, à moins de circonstances particulières, il ne faut pas que ceux qui contiennent des principes alcalins ou sulfureux dépassent une demi-heure; c'est très exceptionnellement qu'on maintiendra le malade pendant plus d'une heure dans l'eau: la température préférée varie de 30 à 33 degrés centigrades. On se sert rarement des pédiluves chez les enfants, car ils se tiennent difficilement en repos, lorsque leurs extrémités inférieures sont plongées dans de l'eau sinapiée dont la température est élevée. Les manuluves émoullissants ou irritants

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

sont d'une administration plus facile : mais au bain de pied ou de mains on devra toujours préférer l'enveloppement dans des linges chauds, fréquemment renouvelés, et qui amènent une transpiration locale. Les fomentations et les cataplasmes sont d'un emploi très commode en thérapeutique infantile. Dans le traitement des affections cutanées de la face et du cuir chevelu, très communes chez les jeunes malades, on ne se servira pas de farine de graine de lin, pour confectionner les cataplasmes, mais de fécule de pommes de terre et quelquefois de poudre de guimauve.

L'application de l'eau froide est indiquée dans un certain nombre d'affections graves de l'enfance. Il faut être très réservé et très prudent dans l'emploi de ce moyen qui peut être utilisé en bains, en douches, en lotions et en affusion. L'eau est pure ou mélangée, soit de vinaigre, soit d'un autre liquide aromatique. Dans un certain nombre de cas, la réfrigération est produite au moyen de linges mouillés dans lesquels on enveloppe certaines parties du corps, ou quelquefois le corps tout entier. On se sert aussi de glace cassée en petits morceaux qu'on introduit dans une vessie qui s'adapte directement à la région sur laquelle on veut agir. On a quelquefois fait usage d'éther sulfurique qu'on laisse tomber goutte à goutte sur certains points de la peau, ou des mélanges réfrigérants tels qu'une solution, dans du vinaigre, de sel de cuisine, de nitrate de potasse ou de chlorhydrate d'ammoniaque. Quel que soit le moyen employé, l'intensité de son action devra être réglée d'après le but qu'on se proposera d'atteindre. On agira tout autrement s'il est nécessaire d'amener une stimulation énergique et de s'adresser à la contractilité musculaire.

*Vésicatoires.*—Quelques médecins se servent fréquemment des vésicatoires chez les enfants. Archambault a fait remarquer avec quelle légèreté on les appliquait en mainte circonstance, et on ne saurait trop recommander de suivre les règles de conduite qu'il a très sagement tracées sur ce chapitre dans un récent travail. Toutefois il serait exagéré de les interdire absolument et d'affirmer qu'ils ne peuvent être d'aucune utilité. Il vaut mieux ne pas recourir à leur emploi lorsque l'enfant est émacié et notablement affaibli par une longue maladie. Il faut éviter autant que possible de placer les emplâtres vésicants sur des régions habituellement soumises à des pressions et qui facilement s'enflamment et s'ulcèrent. Il faut tenir compte aussi de la délicatesse toute spéciale de la peau dans le jeune âge et ne jamais laisser la préparation en place pendant plus de trois à cinq heures, et dans le courant de la première année pendant plus d'une heure et demie. En outre, il est indispensable de donner de petites dimensions au vésicatoire et de le recouvrir d'un papier huilé et non gommé. Si, en observant ces mesures de prudence, on n'obtient pas un soulèvement suffisamment étendu de l'épiderme, on arrivera toujours à ce résultat en remplaçant l'emplâtre qu'on vient de retirer par un cataplasme de fécule, qui, au bout d'une ou deux heures aura donné lieu à la formation d'une ampoule. Si on agit autrement, il n'est pas rare de voir la cantharidine détruire la plus grande partie ou la totalité de l'épaisseur de la peau, par suite de la facilité avec laquelle elle pénètre jusqu'à la face profonde du derme, qui ne présente pas ici la même résistance que chez l'adulte. Les plaies produites par une application prolongée sont longues à cicatriser, même en l'absence de toute

influence constitutionnelle ou épidémique. On doit tenir compte aussi de la fréquence des affections cutanées chez les petits malades et de la facilité avec laquelle une préparation cantharidienne peut donner lieu à l'apparition ou au retour d'une éruption d'eczéma, d'impétigo ou de furoncles. L'application d'un vésicatoire est absolument contre-indiquée dans le cours d'une affection diphthéritique. De nombreux exemples établissent que les fausses membranes se développent très fréquemment sur les surfaces cutanées qui ont perdu leur épiderme. La probabilité de cette production, qui ne fait qu'aggraver une situation déjà très fâcheuse, doit être présente à l'esprit de tous les praticiens et leur interdire l'emploi de la méthode vésicante dans le traitement du croup et de l'angine couenneuse. Quelques-uns croient pouvoir y recourir lorsqu'il s'agit d'une laryngite striduleuse; mais si le vésicatoire appliqué sur la région antérieure du cou peut en pareille circonstance rendre quelques services, ces avantages sont assez problématiques pour qu'il vaille mieux, même dans des cas de cette nature, s'abstenir de la médication révulsive. Graves a insisté avec raison sur l'agitation nocturne qui se rattache à l'irritation cutanée produite par l'application des emplâtres vésicants. Beaucoup d'enfants, complètement privés de sommeil par suite de la cuisson violente qu'ils éprouvent au niveau de la région affectée, sont atteints d'un mouvement fébrile accompagné de phénomènes d'excitation nerveuse qui peuvent faire croire à une maladie cérébrale. Aussi faut-il apporter une grande attention à la manière dont le pansement du vésicatoire est fait. Sur ce point les soins les plus minutieux sont indispensables.

L'emplâtre lui-même doit être maintenu chez un enfant plus solidement que chez un adulte, car en raison de la mobilité excessive du malade, il se déplacera s'il n'a pas été préalablement fixé avec beaucoup de précautions. Dès que le vésicatoire est levé, si la cloche semble insuffisante, on applique un cataplasme de mie de pain et de lait et de fécule. Ce cataplasme doit être très peu chaud et enduit de cold-cream ou de beurre frais. On substitue au cataplasme un papier brouillard recouvert de glycérine, de glycérolé d'amidon ou de vaseline, plutôt que de cérat, qui souvent devient rance; dans d'autres cas, on a recours, dès le premier jour, au pansement à la ouate; mais il est essentiel de conserver la pellicule épidermique, car c'est sa destruction qui est le point de départ des souffrances et des complications locales ultérieures. On voit fréquemment la surface du vésicatoire se recouvrir de matière pultacée ou pseudo-membraneuse qu'environne une zone rougeâtre plus ou moins large. Dans d'autres cas, il y a une véritable perte de substance granuleuse à sa surface, et qui tantôt correspond exactement à l'étendue de peau sur laquelle la préparation vésicante a été adaptée, tantôt dépasse ses limites ou n'en comprend qu'une partie, quelquefois enfin n'existe que par des points isolés. La première indication à remplir en pareille circonstance est de recouvrir la partie malade de cataplasmes de fécule recouverts d'un onguent opiacé; lorsque la rougeur qui existait de prime abord au pourtour de la plaie a disparu, la solution de continuité peut être pansée, tantôt avec un mélange d'axonge, d'huile d'amandes douces et d'eau de chaux, tantôt avec de la poudre ou de la décoction de quina, avec une solution de chlorure de soude ou d'acide phénique, tantôt avec le nitrate d'argent solide ou liquide, tantôt enfin avec une

pommade mercurielle. Archambault recommande aussi un moyen préconisé par Bastien et qui consiste à saupoudrer la partie malade avec du plâtre à mouleur, en ayant soin de renouveler l'application toutes les heures.

*Injectons hypodermiques.*—Les piqûres et les injections sous-cutanées ont pu être pratiquées sans inconvénient, même chez les très-petits enfants. Le procédé opératoire est le même chez les jeunes malades que chez les adultes, et ils supportent pour la plupart, sans frayeur et sans cri, la pénétration de la canule de l'instrument sous l'épiderme. Des expériences ont été faites dans l'anasarque scarlatineuse, grâce à ce procédé, et à l'aide des sels de pilocarpine. On a eu recours à cette même substance récemment et par la même méthode dans les affections diphthéritiques : quelques cas heureux avaient permis d'augurer favorablement de ce traitement, qu'Archambault vient d'expérimenter à l'hôpital des Enfants avec des résultats qui ne lui permettent pas de croire à son efficacité. Quelle que soit l'indication qu'on cherche à remplir dans l'emploi des injections sous-cutanées, il faut toujours agir prudemment dans l'enfance et n'user que de petites doses.

*Emissions sanguines.*—Lorsqu'il est indispensable de se servir de ce moyen d'action vis-à-vis du jeune âge, on doit presque toujours se contenter d'une saignée locale. Si l'on se décide à une application de sangsues, une surveillance active est nécessaire, parce qu'elle peut devenir le point de départ d'une hémorrhagie abondante et d'une anémie sérieuse. Lorsque cet accident a lieu, on doit chercher à y remédier de suite à l'aide d'un bandage compressif, soit en recouvrant la piqûre d'une poudre sèche, telle que celle d'alun, de colophane, d'amidon, de gomme arabique, soit en cautérisant la petite plaie. On a vu survenir en pareille circonstance des ulcérations, des inflammations de la peau, des furoncles, quelquefois aussi des douleurs très-vives et même des convulsions. Chez les enfants d'un certain âge, la vue et le contact de l'annélide peuvent causer un véritable effroi : aussi conseillerai-je, à l'exemple de Rilliet et Barthez et de beaucoup d'autres praticiens, de préférer les ventouses scarifiées aux sangsues, surtout avec les instruments perfectionnés que l'on possède aujourd'hui. Quant à la phlébotomie, elle est souvent difficile, et son utilité est ordinairement très-contestable. La phlébotomie est à peu près impraticable chez les sujets qui n'ont pas encore trois ans. En pareil cas, il vaut mieux pratiquer la saignée de la saphène, en introduisant d'abord le pied dans un bain chaud. On a conseillé aussi la saignée de la jugulaire.

*Doses proportionnées aux âges.*—Certaines substances médicamenteuses doivent être maniées avec beaucoup de circonspection chez les petits enfants. On a vu le laudanum à la dose d'une goutte donner lieu, chez un nouveau-né, à des accidents très-sérieux. Quelques enfants ont été intoxiqués par de très-faibles quantités d'atropine. D'autre part, quelques médicaments, tels que les mercuriaux, sont remarquablement tolérés dans l'enfance. Plus le malade est jeune, et plus les doses doivent être restreintes : jusqu'à un an, la quantité prescrite doit représenter le douzième ou le quinzième de ce qu'on donnerait à un adulte ; elle sera d'un huitième d'un à deux ans, d'un cinquième de deux à trois ans, d'un quart de trois à quatre ans, d'un tiers de

quatre à sept ans, et de moitié de sept à quinze ans. Ces préceptes, formulés par Picot et d'Espine, d'après Gaubius, sont très rationnels, et il sera sage de s'y conformer en toute circonstance.—*Bulletin de thérapeutique.*

**Des maux de gorge chez les enfants.**—Le Dr Henry ASHBY établit quatre variétés de maux de gorge chez les enfants: 1° L'amygdalite simple; 2° L'amygdalite scarlatineuse; 3° L'amygdalite pseudo-diphthérique; 4° La diphthérie.

Les enfants faibles et scrofuleux sont surtout sujets à la première variété. On la rencontre plus souvent comme complication des désordres digestifs, *vg.* du foie, ou des troubles respiratoires, *vg.* bronchite et laryngite. Ce mal de gorge précède fréquemment les attaques rhumatismales. Il peut résulter de l'empoisonnement par le virus scarlatineux. Comme preuve, l'auteur cite une série de huit cas qui se sont montrés dans une salle d'hôpital, dans l'espace de quelques jours. Plusieurs gardes-malades prirent aussi la maladie. Le premier patient qui en fut atteint avait été, quelques jours auparavant, exposé au contagium de la scarlatine. Dans aucun cas il n'y eut d'éruption; un seul mourut.

En égard à la difficulté—quelquefois l'impossibilité de diagnostiquer la scarlatine de l'amygdalite simple, l'auteur conseille d'isoler tous les enfants atteints de mal de gorge avec fièvre, et cela tant que persiste la congestion de l'arrière gorge. Les points qui militent en faveur de la scarlatine sont: les vomissements et la diarrhée à la période d'invasion; un pouls de 130 à 160; une température élevée, mais pas nécessairement; une congestion marquée des piliers antérieurs et des amygdales. Plus tard, l'hypertrophie des lymphatiques du cou et leur sensibilité, l'extension de l'inflammation à la muqueuse nasale et la présence d'un exsudat jaunâtre sur les amygdales et la luette rendent assez certain le diagnostic de la scarlatine.

Sous le nom de pseudo-diphthérie, l'auteur comprend une classe de cas qui sont à la diphthérie ce que l'amygdalite épidémique est à la scarlatine. Cette maladie se montre là où se montre la diphthérie et est attribuée aux gaz des fosses d'aisance et autres poisons. Elle diffère de la diphthérie en ce que les ganglions cervicaux sont rarement impliqués, que la fausse membrane est moins épaisse, la muqueuse nasale intacte, l'urine non albumineuse, et que les suites ordinaires de la scarlatine ne se manifestent pas. Le pronostic est toujours favorable. La maladie dure rarement plus d'une semaine.

L'angine diphthérique se distingue de l'angine scarlatineuse par le fait que dans celle-ci il y a rarement de fausses membranes. Un exsudat jaunâtre peut bien couvrir les amygdales, on peut aussi observer la perforation et même de la gangrène du palais mou, ainsi qu'un engorgement considérable du tissu cellulaire externe, mais l'exsudat couenneux, blanchâtre et adhérent de la diphthérie n'existe pas. Dans la scarlatine, il y a ordinairement peu d'albumine dans l'urine; dans la diphthérie on en trouve souvent jusqu'à 50 pour 100.—*Archives of Pediatrics.*

---

—La fièvre des enfants, accompagnée de sensibilité extrême des yeux à la lumière, et d'occlusion permanente des paupières, sans ophthalmie, est un signe de méningite.—BOUCHUT.

**Accidents nerveux déterminés par la présence des lombrics et du tœnia dans le canal intestinal.**—Dans leurs études sur les maladies nerveuses, les pathologistes de nos jours ont entièrement négligé les troubles nerveux produits par les vers intestinaux ; ils ont dirigé leurs recherches exclusivement sur les centres nerveux supérieurs.

Les lombrics et le tœnia déterminent, chez le sujet qui en est affecté, une physionomie et des symptômes particuliers que font disparaître les anthelminthiques. Ces symptômes consistent en une céphalalgie diffuse aiguë ; la vue et l'ouïe sont diminuées ; il y a soif anormale ; la face est invariablement pâle. Quelquefois la céphalalgie est frontale ; elle conserve toujours son caractère d'acuité. Il peut y avoir du vertige, des bourdonnements d'oreille, du tremblement des mains. Dans quelques cas il y a sensation de malaise à l'abdomen avec colique aiguë. Chez les femmes se déclarent des symptômes d'hystérie. D'autres fois c'est une toux sèche, fatigante que le rejet d'un lombric ou d'un tœnia soulage. L'on a vu, lorsque des circonstances favorables à leur développement existaient, des phénomènes tétaniques. C'est pourquoi des chirurgiens d'Angleterre ont cru qu'il y avait un rapport intime entre le tétanos et les lombrics qu'ils ont découverts à l'autopsie de leurs sujets. Lorsqu'il survient des convulsions, elles revêtent un caractère plus ou moins grave, parfois épileptiforme. Il en est de même de l'hystérie qui peut être compliquée d'attaques cataleptiques intenses. Des affections cérébro-spinales, des convulsions générales ou partielles, de la mélancolie, de l'hypochondrie, des coliques abdominales, de la dyspnée, des nausées et vomissements, de la digestion difficile, de la perte d'appétit et du vertige, voilà autant de signes de la présence de vers intestinaux.

Ces symptômes nerveux sont plus souvent déterminés par le tœnia que par les lombrics. Les principaux, comme je l'ai dit plus haut, sont : la céphalalgie, le vertige, les bourdonnements d'oreilles, les mouches et les éclairs devant les yeux, l'amaurose et le tremblement des mains. Les convulsions sont plus fréquentes chez les enfants ; c'est l'accident ordinaire des lombrics. Le tœnia origine du pourceau où il se développe par suite de l'ingestion d'un cysticerque celluleux. On le rencontre fréquemment en Pologne, en Hongrie, en Angleterre et dans notre propre pays, là où l'on fait en grand l'élevage des pourceaux.

Ainsi donc, lorsque nous rencontrerons une personne qui souffrira de céphalalgie aiguë, de vertige, de bourdonnements d'oreilles, d'amaurose avec yeux cernés, dont les paupières seront gonflées comme dans la maladie de Bright, avec pupille dilatée et figure pâle, et quand à ces symptômes s'ajoutent un appétit irrégulier, des mouvements inhabituels de la bouche et du nez, de la démangeaison à la vulve, à l'anus ou au nez, du grincement des dents pendant le sommeil, sensation d'étouffement, gonflement de l'abdomen avec colique, sensation d'un corps étranger mobile dans le ventre, sensation marquée surtout lorsque la personne fait une diète farineuse avec pain chaud et café, et si votre malade est enclin à la mélancolie, alors ayez recours aux anthelminthiques avec énergie et à des époques variées ; tonifiez en même temps votre client et avant longtemps vous constaterez la disparition de cette série de maux qui rendent votre patient malheureux.—*Medical Age.*

## FORMULAIRE.

**Bronchite.**—*Fothergill.*

R.—Acid. hydrobromici.....	ꝑtt xx
Ext. scille .....	ꝑr. ss
Spt. chloroformi.....	ꝑss

M.—A prendre toutes les trois heures.

**Pneumonie.**—*Dr J. T. Wells.*

R.—Ext. ergotæ fld.....	ꝑiv
Tr. digitalis.....	ꝑi
Plumbi acetatis.....	ꝑꝑr. vi
Aq. cinnam. ad.....	ꝑii

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les deux heures jusqu'à disparition des crachats rouillés, alors que la dose peut être réduite à deux fois le jour.

**Asthme.**

R.—Pot. iodid.....	ꝑii
Spt. ætheris.....	ꝑss
Syr. prun. virgin.....	ꝑiv

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé quatre fois par jour.

**Phthisie laryngée.**—*Ducan.*

R.—Acid. carbolicæ pur.....	ꝑtt vi—viii
Spt. rectific.....	ꝑi ꝑi
Glycerini .....	ꝑss
Aq. destill. ad.....	ꝑxii

M.—En pulvérisation au moyen de l'appareil de Siègle.—*Progrès méd*

**Angine tonsillaire.**

R.—Mucilage de lin.....	ꝑvii
Créosote ..	ꝑtt viii
Alcool.....	q.s. ad solv.

M.—En gargarismes.

**Constipation.**—*Foster.*

R.—Pulv. rhæi .....	ꝑr. iii
Sodæ carb .....	ꝑr. i
Pulv. ipecac.....	ꝑꝑr. ss
Ol. anisi.....	ꝑtt v

M.—Faites une pilule, à prendre le soir au coucher.

**Eczéma et intertrigo.**—*Lucas-Championnière.*

R.—Pulv. boracicæ acid.....	part. vi
Vaselinæ .....	part. xxx

M.—En onctions.—*Journ. de méd. de Paris.*

**Dysenterie.**—*Hôpital Roosevelt.*

R.—Tinct. kino.....	.....	} ââ m. xx	
Tinct. catechu .....	.....		
Tinct. opii.....	.....		m. xv
Tinct. capsici.....	.....		m. v

M.—A prendre en une seule dose.—*Druggists' Circular.*

**Acné.**

R.—Sulphur præcip.....	.....	̄iij
Spirit. camph.....	.....	̄i
Aquæ calcis...ad.....	.....	̄iij

M.—En lotions.

**Pityriasis du cuir chevelu.**—*Hardy.*

1 <sup>o</sup> R.—Sublimé .....	.....	4½ grains
Eau.....	.....	9½ onces
Alcool.....	.....	q.s.

M.—En lotions.

2 <sup>o</sup> R.—Onguent citrin.....	.....	½ drachme
Axonge.....	.....	1 once

M.—En onctions.

**Gerçures des mains.**

R.—Resinæ .....	.....	̄i
Ceræ .....	.....	̄iij
Adipis.....	.....	̄iij
Zinci oxidi .....	.....	̄vii

M.—Usage local.—*N. Y. Med. Record.*

**Syphilis tertiaire.**—*Paget.*

R.—Pot. iodid.....	.....	gr. iij
Spt. amm. arom .....	.....	̄ss
Aquæ.....	.....	̄ii

M.—A prendre en une seule dose, après chaque repas.

**Pilules antiscrofulenses.**—*Vindevoget.*

R.—Lactate de fer.....	.....	̄iiss
Iodure d'arsenic.....	.....	gr. iv
Sulfate de strychnine.....	.....	gr. i
Extrait de gentiane.....	.....	̄i

M.—Pour 100 pilules.—*Dose*: Trois ou quatre pilules par jour. On peut ajouter au traitement deux ou trois cuillerées de

R.—Huile de foie de morue.....	.....	Oi
Chlorhydrophosphate de chaux.....	.....	̄iiss
Essence d'amandes amères.....	.....	gtt x

M.—*Agita ante usum.*—Prises une demi-heure après le repas.—*Revue de thér. méd. chir.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JUIN 1884.

---



---

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalemement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

---

## Réunion semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.

---

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu à Montréal, mercredi, le 14 mai dernier, à l'Université Laval, sous la présidence du Dr C. E. Lenoir. Étaient présents : MM. les Drs W. H. Hingston, A. G. Belleau, F. W. Campbell, E. P. Lachapelle, Léonidas Larue, W. Marsden, C. S. Parke, E. A. de St-Georges, H. Russell, A. Jackson, Ch. Gingras, M. Guay, T. Marmette, L. T. E. Rousseau, R. P. Howard, T. A. Rodger, J. L. Leprohon, A. Lamarche, Geo. Ross, R. A. Kennedy, L. B. Durocher, P. E. Mignault, D. A. Hart, A. Duchesneau, J. Lanctôt, L. D. Lafontaine, H. A. Mignault, D. Marsil, T. Larue, L. A. Paré, H. Austin et A. F. Dame.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la dernière assemblée, des résolutions de condoléance furent adoptées au sujet de la mort des Drs J. A. Sewell, de Québec, et E. H. Trudel, de Montréal, tous deux anciens gouverneurs du Collège. Puis, on passa à la lecture du rapport des assesseurs des Universités Laval, McGill, Bishop et Victoria, rapports qui furent adoptés.

Le Dr E. P. Lachapelle se levant alors, attira l'attention des Gouverneurs sur les accusations récemment portées par lui dans les journaux politiques contre l'École Victoria, et offrit de mettre devant le Bureau, si quelque membre le désirait, toutes les explications nécessaires.

Le Dr W. H. Hingston répliqua en disant qu'au nom de l'École il désirait soumettre la question au Bureau. Il donna alors lecture d'un rapport du comité d'investigation nommé par l'École au sujet de cette affaire, et demanda un délai de trente jours pour que ce comité pût finir son enquête.

Le Dr E. P. Lachapelle formula de nouveau, comme suit, les accusations qu'il avait déjà portées contre l'École :

1<sup>o</sup> Que la plupart des questions de l'examen commencé le 31 mars dernier ont été données par des professeurs aux élèves, et cela, plusieurs jours avant cet examen.

2<sup>o</sup> Que l'institution toute entière s'est rendue coupable, depuis de nombreuses années, de relâchement, de négligence, d'irrégularité et d'abus tant dans son enseignement que dans ses examens.

Il ajouta qu'il portait ces accusations en sa qualité de gouverneur du Collège, et en prenait toute la responsabilité, s'engageant à les prouver devant une commission d'enquête ayant le droit d'assigner des témoins et de les examiner sous serment.

En réponse au Dr Lachapelle, le Dr Hingston dit que l'École a compris toute la gravité de l'accusation portée contre elle, et que lui, pour un, à la première nouvelle de ce qui s'était passé, avait déclaré au Président de l'École, qu'à moins que la chose ne fut immédiatement tirée au clair, il (Dr Hingston) résignerait comme professeur de cette institution. Il admit que les documents publiés par le Dr Lachapelle prouvent que les accusations de celui-ci sont fondées en ce sens qu'il y a un ou des coupables, mais comme l'École est à faire une enquête sérieuse pour trouver ce ou ces coupables, il demanda au Bureau de ne pas intervenir avant que l'enquête fût terminée.

Il s'ensuivit une longue discussion à laquelle prirent part les Drs Hingston, Durocher, Lachapelle, Lanctôt, Ludouceur, Campbell, Howard, Marsden, Marsil, Kennedy, Leprohon, Lafontaine, Guay, Lamarche, etc., après quoi le Dr R. P. Howard proposa que l'École, par ses représentants, les Drs Hingston et Durocher, n'ayant pas nié les accusations du Dr Lachapelle pour ce qui concerne les derniers examens, et déclarant avoir commencé une enquête sérieuse, vouloir la compléter et punir les coupables, ce Bureau consent à attendre le rapport de cette enquête avant de prendre une décision définitive.

Cette proposition, d'abord acceptée par le Dr Hingston, fut ensuite retirée par le moteur à la demande de quelques amis de l'École.

Les Drs Guay et Marsil présentèrent alors une motion à l'effet d'adresser une pétition au Lieutenant-Gouverneur en Conseil pour demander qu'une commission Royale soit instituée pour tenir une enquête sur les accusations du Dr Lachapelle en rapport avec les derniers examens de l'École.

Le Dr Marsden proposa en amendement, secondé par le Dr de St-Georges, "d'adjoindre aux quatre membres du comité d'enquête de l'École tous les gouverneurs de la cité et du district de Montréal, les gouverneurs devant faire rapport du résultat de leurs recherches à la prochaine assemblée semi-annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens qui doit avoir lieu à Québec, le 24 septembre prochain." Cet amendement fut adopté, et la motion principale perdue sur division.

Le Dr Léonidas LaRue, avec l'appui du Dr A. G. Belleau, de Québec, a donné avis qu'à cette prochaine assemblée du Collège des Médecins

et Chirurgiens. il allait proposer que le Collège s'adresse à la législature locale pour obtenir le pouvoir d'examiner de nouveau tous les porteurs de diplômes universitaires, avant de leur procurer la licence du Collège, comme la chose se pratique dans Ontario.

Le rapport des examinateurs pour l'admission à l'Etude de Médecine fut ensuite lu et adopté. Ce rapport conclut à l'admission des Messieurs dont les noms suivent :

C. F. Morel de la Durantaye, Joliette; Elphège A. René de Cotret, Montreal; W.W. Chalmers, Huntingdon; J. V. Catudal, Napierville; L. A. Besudry, St-Hyacinthe, E. de Forest Holden, St-Armand Centre; J. A. Belle, A. Napoléon Rivet, Village St-Jean-Baptiste, Montréal; Raoul René de Cotret, Montreal, Alex. Hamilton, Sutton; Louis P. A. Dorion, L'Assomption; Gustave Larose, Ware; Jos. Baulne, Montréal; L. A. D. Gauthier, Mile End, Montréal; R. Mars Kincard, Clarenceville; W.O. Tessier, Montréal; Napoléon Lavoie, Saint Martin; H. Ducharme, St-Félix de Valois; J. G. Brault, Montréal; A. G. Hall, Franklin Centre; Jos. Narcisse Picot, Montréal; Jos. Barolet, Montréal; Cyprien Fiset, Québec; Hyacinthe Bastien, Vaudreuil; F. G. Bourgeault, St-Cuthbert; A. O. Gadoury, Berthier (en haut); Ernest Gagnon, Chicoutimi; F. G. Lafrenière, Montréal; Ant. Langis, Rimouski; Ed. St-Laurent, Louiseville; Charles Borromée Marcotte, St-Raymond; A. Jos. Paré, Rivière des Prairies; Ed. Pilon, Québec; Jos. Pominville, St-Vincent-de-Paul; M. Ricard, Montréal; E. S. Rochette, St-Barthélemi; J. P. Roulier, St-Jacques le Mineur; Thos. Savary, St-Raymond; Napoléon Séguin, Rigaud; W. Stewart, Montréal.

Une trentaine de porteurs de diplômes ont obtenu la licence du Collège, et plusieurs candidats, non porteurs de diplômes, ont subi l'examen de rigueur pour obtenir leur licence. Nous en donnerons une liste complète dans notre prochaine livraison.

Le Collège a profite de son assemblée semi-annuelle pour autoriser ses officiers de Québec a s'opposer énergiquement au projet de loi actuellement devant la législature pour permettre à M. F. X. Demers, de Ste-Genève, comté de Jacques-Cartier, de pratiquer la médecine.

### Le " Journal d'Hygiène."

Nous accusons réception du premier numéro du *Journal d'Hygiène populaire* publié sous les auspices de la Société d'Hygiène de la Province de Québec. C'est une jolie brochure de 12 pages, in-8, toute remplie d'articles intéressants sur les choses de la science hygiénique, et qui devra nous venir régulièrement le 1er et le 15 de chaque mois.

Les directeurs du nouveau journal, MM. les Drs. Sév. Lachapelle et J. I. Desroches ont certainement droit à nos meilleures félicitations pour avoir su, à force de travail et de persévérance, vaincre les très nombreux obstacles qui s'opposaient au succès d'une entreprise d'hygiène passablement difficile par elle-même. Aussi formons-nous des vœux pour que le nouveau journal, ainsi que la Société dont il est l'organe officiel, reçoivent du public tout l'encouragement possible. Les notions les plus élémentaires de l'hygiène sont malheureusement trop peu répandues parmi notre population, surtout dans la classe ouvrière, et il est devenu d'une urgente nécessité de les vulgariser, de les propa-

de force, s'il le faut, au sein de nos familles. On a fait à la Province de Québec, et à Montréal en particulier, une assez mauvaise réputation au point de vue sanitaire ; bien qu'il y ait eu dans tout ce qu'on a dit et écrit à ce sujet beaucoup d'exagération, il n'en reste pas moins vrai que nous avons encore beaucoup à gagner sous ce rapport.

Il importe, à tous les points de vue, que l'état de choses actuel cesse au plus tôt. La Société d'Hygiène et son organe sont appelés à travailler dans ce sens, mais ils ne le pourront qu'en autant qu'ils seront soutenus et encouragés. Or les questions d'hygiène sont trop vitales et intéressent trop directement les gouvernants comme les gouvernés pour que l'on n'attende pas des premiers un appui des plus actifs. A Ottawa l'on a déjà fait quelque chose ; on nous dit que Québec serait disposé à contribuer aussi au succès de l'œuvre. Joint aux souscriptions des conseils municipaux de nos principales villes, et de Montréal en particulier, cela constituera sans doute un appoint suffisant aux premiers besoins de l'entreprise, en même temps qu'un précédent obligé pour l'avenir.

Nos amis nous permettront bien, comme à leurs aînés, deux mots de bienveillante critique. Le *Journal d'Hygiène* s'adresse surtout au peuple, à la classe ouvrière, par conséquent à un public à qui il convient peu de tenir un langage strictement académique. Les phrases sonores et à périodes cadencées, les tournures trop recherchées que nous remarquons dans plusieurs des articles du premier numéro, devraient donc, à notre sens, faire place à un style plus simple et plus sobre et dans lequel les choses seraient appelées un peu par leur nom, le nom que leur applique ordinairement le peuple. Nous désirerions également que certains articles eussent une portée plus pratique. S'il est une science qui s'accommode peu du vague et de l'hypothèse, c'est bien l'hygiène.

La partie typographique du *Journal d'Hygiène* pourrait aussi être mieux soignée. Les nombreuses coquilles, transpositions, etc., qui ornent chaque page de cette première livraison et qui en font une véritable merveille du genre, devront disparaître si l'on veut que le *Journal* ne fasse pas à l'établissement où il s'imprime et à l'administration qui en a la charge une réputation peu enviable.

---

### L'Acte d'anatomie.

---

L'hon. M. Garneau a présenté dernièrement un *bill* devant l'Assemblée Législative à l'effet d'amender notre Acte d'anatomie de manière à permettre aux amis et compatriotes des individus morts dans les institutions de charité ou sur la voie publique, de réclamer les cadavres qui, d'après les dispositions de l'Acte tel qu'en force jusqu'aujourd'hui, doivent être destinés aux salles de dissection, s'ils ne sont réclamés par des proches parents.

Ce *bill* a été rejeté à une grande majorité, et c'est bien fait. Il est déjà assez difficile d'alimenter nos amphithéâtres d'anatomie sans qu'on vienne nous retrancher encore la moitié de ce que nous appellerions notre revenu si le mot n'était quelque peu cynique. Comme l'ont fait remarquer l'hon. M. Taillon et M. G. W. Stephens, les dispositions de l'Acte actuel ne sont pas tellement absolues qu'elles ne laissent à l'ins-

pecteur d'anatomie, chargé d'en assurer l'exécution, le droit d'user, quand la chose est nécessaire, d'un certain pouvoir discrétionnaire que personne, assurément, ne cherchera à lui contester. Au reste, les cas où l'inspecteur est appelé à exercer ce pouvoir sont relativement rares et il aurait été ridicule de se prévaloir de ces rares exceptions pour changer les dispositions d'une loi dont tous les principaux intéressés se trouvent bien.

## NECROLOGIE.

**Le Professeur Würtz.**—M. Adolphe Würtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, a succombé le 12 mai dernier à des accidents diabétiques.

Né en 1817, Würtz était licencié ès-sciences et chef des travaux chimiques à la Faculté de Strasbourg lorsqu'il soutint, en 1843, sa thèse pour le doctorat en médecine, *l'albumine et la fibrine*. Deux ans après il vint à Paris, obtint la place de chef des travaux chimiques à la Faculté, et en 1847, il était nommé agrégé. A la démission de Dumas, et après la mort d'Orfila, en 1853, Würtz fut nommé professeur de chimie organique et de chimie minérale. Dans cet enseignement, Würtz révéla des aptitudes peu communes. Doué d'une grande activité, vif, pétulant, habile dans ses démonstrations, précis dans ses expériences, mouvementé dans son débit, il communiquait à son auditoire l'ardeur dont il était animé. Il apportait des idées nouvelles dans la science qui a fait le plus de progrès depuis un quart de siècle et il a contribué à ces progrès pour une large part.

Le 1er avril 1855, l'Académie de Médecine le nommait membre titulaire en remplacement de Magendie. En 1866, Würtz était élu doyen de la Faculté de médecine, position qu'il occupa jusqu'en 1875, époque à laquelle il fut appelé à enseigner la chimie organique à la Faculté des Sciences. Il fut nommé Doyen honoraire. En 1867, il avait été nommé membre de l'Institut de France, et en 1881, sénateur inamovible. Il était grand officier de la Légion d'Honneur.

Les principaux travaux de M. Würtz sont ses *Leçons de philosophie chimique*, le *Traité élémentaire de chimie médicale*, son *Histoire des doctrines chimiques*, la *Théorie atomique*, enfin le *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*.

**Le Professeur S. D. Gross.**—La chirurgie américaine vient de faire une perte sensible dans la personne de S. D. Gross, M. D., L.L.D., D.C.L., professeur émérite de chirurgie au *Jefferson Medical College*, Philadelphie.

Né en 1805, Gross prit ses degrés au *Jefferson Medical College*, en 1822, et se fixa à Philadelphie. Successivement professeur d'Anatomie au *Medical College of Ohio*, d'Anatomie au Collège de Cincinnati, de Chirurgie à l'Université de Louisville et à l'Université de New-York, il fut appelé, en 1856, à enseigner la chirurgie au *Jefferson Medical College*, son *Alma-mater*. Il occupa cette chaire jusqu'en 1882, alors qu'il fut remplacé par son fils, S. W. Gross, M.D.

De tous les nombreux ouvrages dus à la plume du Prof. Gross, celui qui sera la gloire éternelle du maître est sans contredit le "*System of Surgery*," œuvre considérable, aujourd'hui arrivé à sa sixième édition.

Nous devons en outre au talent de l'éminent chirurgien *An Experimental and Critical Inquiry into the Nature and Treatment of Wounds of the Intestines*,—*A Practical Treatise on Foreign Bodies in the Air Passages*,—*The History of Kentucky Surgery*,—*A Manual of Military Surgery, etc.*

On annonce la mort, à Evreux, de M. Boutigny auteur des remarquables études sur les corps à l'état sphéroïdal; à Londres, celle de M. Peter Squire, l'un des plus éminents pharmacologistes anglais.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

*The Canadian Newspaper Directory, published by The Mail Newspaper Advertising Agency. Toronto, Canada.*

*Supplement to the votes and proceedings of the 5th may 1884.*—Québec, mai 1884.

*Annual Announcement of Trinity Medical School, Toronto.*—Session 1884-85.

Statistiques municipales ou Rapports municipaux pour l'année expirant le 31 décembre 1882.

Etat des comptes publics de la Province de Québec pour l'exercice terminé le 30 juin 1883. Imprimé par ordre de la Législature.

Rapport sur le service de l'Asile d'Aliénés de Québec, adressé à l'honorable Secrétaire Provincial par les directeurs et propriétaires.

Rapport du Commissaire des Chemins de Fer de la Province de Québec pour l'année 1882-83.

Etat financier du Surintendant de l'Instruction Publique pour la Province de Québec, donnant un état des Mandats de Paiements reçus et des Dépenses faites pour l'année fiscale terminée le 30 juin 1883. Imprimé par ordre de la Législature.

Réponse à une Adresse de l'Assemblée Législative en date du 3 avril 1884, demandant : 1. Copie du contrat exécuté entre le gouvernement et les propriétaires de l'Asile de Beauport, en vertu de la résolution passée par cette chambre le 28 mars 1883; 2. Copie de toute correspondance, de tous ordres en conseil, rapports et de tous autres documents se rattachant à ce contrat.—Québec, avril 1884.

DELTHIL (Dr) D'un traitement spécifique de la diphthérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz. Paris, 1884.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

—M. le Dr BRODEUR, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, vient d'être élu membre-adjoint de la Société anatomique de Paris. Nos meilleures félicitations.

M. le Dr Armand DESPRÈS, chirurgien de l'hôpital de la Charité, adversaire convaincu et énergique de la laïcisation des hôpitaux, vient d'être élu, par une majorité de 800 voix, membre du Conseil municipal de Paris. C'est sur le terrain de la laïcisation des hôpitaux qu'avait été posée la candidature de M. Desprès.

**Résignation.**—M. le Dr Alfred STILLÉ a donné sa démission comme professeur de pathologie interne à l'Université de Pensylvanie, Philadelphie. Il sera probablement remplacé par le prof. Wm PEPPER.

**Hopital Notre-Dame.**—Les dames patronesses de l'Hôpital Notre-Dame ont organisé à grands frais et ouvert, le 2 courant, en faveur de cette institution un Bazar ou *Kermesse*. La kermesse se tient sous d'immenses tentes érigées sur la Place-d'Armes. Le public montréalais s'y porte en foule et tout fait présager une très abondante recette. Nous en reparlerons.

**Université Laval, Montréal.**—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la Licence et le Doctorat commenceront vendredi, le 13, à 8 hrs A.M., par l'épreuve écrite du Baccalauréat. Le 14, à la même heure, aura lieu l'épreuve écrite de la Licence. Le 17 et le 18, à 2 hrs P. M., épreuve orale (1er et 2me examen); le 19, à 10 hrs A. M., examen clinique à l'Hôpital Notre-Dame; le 20, à 10 hrs A. M., examen de terme.

**Journaux Américains en 1884.**—D'après le *American Newspaper Directory* de MM. Geo. P. Rowell & Cie, actuellement sous presse, il se trouve que les journaux et revues de tout genre aujourd'hui publiés aux États-Unis et en Canada sont au nombre de 13,402, ce qui constitue une augmentation de 1,600 durant les douze derniers mois, et de 5,618 durant les dix dernières années. En 1874 il y avait une augmentation de 493 sur l'année précédente.

Dans le cours de l'année dernière, les journaux quotidiens ont augmenté de 1,138 à 1,254; les journaux hebdomadaires, de 9,062 à 10,028; les revues mensuelles, de 1,091 à 1,498.

C'est dans les états de l'Ouest que l'accroissement a été le plus considérable.

---

#### MARIAGES.

**CORMIER-GÉNÉREUX.**—A Montreal, le 22 avril dernier, M. le Dr Isaac Cormier, et Mlle Malvina Genereux, troisième fille de M. l'évêque Génereux.

**MANSEAU-BERNARD.**—A St-Germain de Grantham, le 26 mai, Edouard Gédéon Manseau, Ecr. M. D., à Mlle Emma Bernard, fille de M. Ulric Bernard, de Jefferson City, Dakota.

---

#### DÉCÈS.

**DÉSALNIERS.**—A Nicolet lundi, le 12 mai, après une longue maladie, Dame Célestine Gagnon, épouse du Dr D. B. G. Désalniers.

**DÉSALNIERS.**—A la Rivière-du-Loup (en haut) le 17 mai dernier, Marie Blanche Alphonsine, âgée de dix mois, enfant du Dr D. B. G. Désalniers de Nicolet.

**CRAIG.**—A Contrecoeur, le 1er juin, M. le Dr Sidney Craig, fils aîné de A. B. Craig, Ecr., M. D.