

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. — Traitement de la fièvre typhoïde. — Les bromures dans l'épilepsie. — Traitement de l'ictère catarrhal, M. H. E. Desrosiers... 385

COMMUNICATIONS. — Diphthérie et Chlorate de potasse..... 388

REVUE DES JOURNAUX.—PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Pneumonie bacillaire aiguë et pneumonie franche; son diagnostic, 390. — De la coniasse biliaire. — De quelques troubles digestifs, leurs conséquences et traitement, 394 — Traitement de la péricardite séreuse, 395. — Du diabète glycosurique chez les vieillards, 496. — Paralysie cardiaque subite à la suite d'injections sous-cutanées de morphine, 398. — De l'orthopnée 399

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Conduite du médecin chez les prostatiques, 399. — Hygromas de la cuisse à grains riziformes; nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains fibrineux, — Des indications opératoires dans le carcinome du sein, 402. — Traitement chirurgical de la péritonite, — Alcoolisme et gangrène 405

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Conception après l'ovariotomie bilatérale, 409. —

Traitement du placenta prævia, 410. — Des injections vaginales après le travail, — Coccydynie; résection du coccyx, 411. — Lactation insuffisante, ses causes. Influence des médicaments, — Traitement du cancer de l'utérus, 414. — Diagnostic de la gonorrhée chez la femme..... 427

PÆDIATRIE — Les pleurésies chez les enfants et son traitement, 417. — De l'érysipèle des enfants, — Trois cas d'ataxie locomotrice chez les enfants, 418. — Le tétanos chez les enfants, — De l'amygdalite et de ses relations avec les accès fébriles de l'enfance, 419. — De la roséole..... 420

TOXICOLOGIE. — De l'empoisonnement par le tabac, 422 — Tentative d'empoisonnement par le pétrole, — Empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère..... 424

FORMULAIRE. — Ozène, — Accès d'asthme, — Coqueluche, — Pyrosis, — Dysenterie aiguë, — Chorde des anémiques..... 426

BULLETIN. — La Variole et le Bureau de Santé, 427. — Secret professionnel, 428. — La fermeture à bonne heure..... 430

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE...... 431

VARIÉTÉS. — Nécrologie, — Le choléra, — Université Laval, — Décès..... 432

MELLIN'S FOOD

NOURRITURE DE MELLIN

POUR LES PETITS ENFANTS ET LES MALADES.

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

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

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

DOLIBER, GOODALE & CO.

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

Toute l'attention voulue sera donnée aux correspondances des médecins.
Echantillon et pamphlet expédiés gratuitement sur demande.

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

SPECIALITES DE WYETH

PAPOMA.

Aliments Farineux pour la première et seconde enfance. Contient tous les éléments requis pour développer les forces. Préparé avec le blé sans rien ôter.

Le PAPOMA est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Tous les constituents du grain y sont conservés; l'amidon y est transformé en dextrine et le gluten qui est détruit dans la plupart des préparations diététiques, y subit un certain degré de cuis-on qui en fait une substance prête à être digérée et assimilée par l'organisme humain.

EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidées d'appareils de fabrication à nuls autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une uniformité d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigné; nous sommes convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament naturel jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

PILULES PEPTOGENES (PEPTONIC PILLS).

Pepsine, Pancréatine associées au Lacto-Phosphate de Chaux et à l'Acide Lactique. (Tous droits réservés.)

Cette pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En suppléant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants que nous avons la conviction que l'essai qu'en feront les membres de la profession médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la Bronchite, de la Toux et des Affections Respiratoires.

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différents Maux de Gorge, causés par le froid sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

MODE D'EMPLOI :

Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.

DAVIS & LAWRENCE CO. LIMITED

JOHN WYETH & BRO.,

PROPRIETAIRES,

PHILADELPHIE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

Traitement de la fièvre typhoïde.—Les bromures dans l'épilepsie.—Traitement de l'ictère catarrhal.

Depuis quelques semaines, Messieurs, vous avez été à même d'observer, dans ce service, quelques cas de fièvre typhoïde et de constater les résultats obtenus dans le traitement de cette maladie. Je rappellerai ici à votre mémoire deux cas très remarquables qui nous ont fourni l'occasion d'éprouver la valeur du traitement par les stimulants. Le premier de ces cas, le malade qui occupe le lit No 6 de la salle Saint-Joseph, est arrivé ici dans le cours du deuxième septénaire de la dothiënteric. Déjà le pouls était faible et compressible, la langue sèche, l'intelligence assez mal équilibrée. Dès le lendemain les symptômes d'adynamie s'accroissaient davantage. Le pouls devenait d'une faiblesse alarmante, sans être accéléré d'une manière bien notable, 110 en moyenne. La température atteignait 104° Fahr. Il y avait de la diarrhée et même de l'entérorrhagie.

Qu'avons-nous fait ? La quinine avait été prescrite à doses toniques (2 grains toutes les 4 heures) ; nous y avons ajouté l'eau-de-vie, d'abord à dose de 8 onces, puis de 10, de 12 et enfin de 16 onces dans les 24 heures. Par quoi avons-nous été guidé dans l'administration de l'eau-de-vie à ces doses élevées ? Uniquement par l'état du pouls et les symptômes d'adynamie. Le pouls battait à 110 en moyenne ; jamais il n'a dépassé 116. Mais il était très faible, petit, compressible, dicrote. C'en était assez pour indiquer l'emploi des stimulants. L'existence d'une pneumonie (base du poumon gauche) qui est venue compliquer la fièvre a peu modifié notre méthode de traitement. Des fomentations chaudes ont été appliquées sur le thorax, et j'ai prescrit, pour toutes les trois heures, une potion renfermant une drachme de teinture d'opium camphrée et trente gouttes d'esprit aromatique d'ammoniaque. La pneumonie en question s'est heureusement terminée par résolution.

Cependant nous avons continué l'administration de l'eau-de-vie, à dose de 16 onces par jour, pendant une période de pas moins de dix jours consécutifs, tant était prononcé l'état adynamique. Le meilleur moyen d'administrer les stimulants dans ces cas où il leur faut une action soutenue, est de subdiviser les doses autant que possible, de manière à ce que l'effet d'une dose ne soit pas passé quand la dose subséquente est administrée.

Ce malade prenait ainsi un peu moins de une cuillerée à soupe de cognac toutes les demi-heures. La diète a été strictement liquide, consistant surtout en lait, bouillons, thé de bœuf, etc.

La diarrhée chez ce malade nous a donné parfois des inquiétudes ainsi que l'entérorrhagie. Nous avons combattu l'une et l'autre au moyen du sous-nitrate de bismuth. Ici, le médicament avait une double application : d'abord, à titre de poudre fine, il constituait à la surface de la muqueuse intestinale ulcérée un enduit favorable à la guérison des ulcérations, enduit qui devait également protéger la muqueuse des atteintes de toute substance irritante. Ensuite, le bismuth, si l'on en croit une ingénieuse théorie, agit ici comme substance antiseptique. Un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Réal, publiait l'an dernier, dans l'*Union médicale*, de Paris, une note au cours de laquelle il préconisait hautement le traitement de la fièvre typhoïde par le sous-nitrate de bismuth à fortes doses. Ce sel aurait pour effet d'empêcher la putridité des contenus de l'intestin, de supprimer l'absorption de toute matière putride et enfin d'atténuer fortement ou de faire disparaître les effets des lymphangites et de la néphrite infectieuse. Il n'y a ici, Messieurs, rien que de très rationnel, aussi m'avez-vous vu prescrire à ce malade d'assez fortes doses de bismuth : 30 grains toutes les deux heures. On dit que dans le cours du traitement au bismuth, la langue perd de sa sécheresse ainsi que la gorge. Dans notre cas, nous n'avons pas remarqué d'effet semblable et force nous a été de recourir à un autre moyen. Vous m'avez vu ordonner alors, contre la sécheresse de la langue, des badigeonnages de cet organe au moyen de la glycérine, badigeonnages très souvent répétés et que le malade se faisait lui-même la plupart du temps. Le résultat a été, de tous points, fort satisfaisant.

Le patient qui nous occupe est aujourd'hui en pleine convalescence et cela, je n'hésite pas à le dire, grâce à l'emploi libéral que nous avons fait des stimulants. Il pourra partir sous peu de jours, aussitôt que sera guéri un abcès du tissu sous cutané, siégeant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, abcès dont l'existence n'a rien d'étonnant si nous réfléchissons un peu à la nature de la maladie principale.

Cet autre malade, belge de naissance, couché au No 12 de la même salle St-Joseph, nous a présenté un type à peu près semblable de fièvre typhoïde à forme adynamique. Symptômes identiques : pouls petit, compressible, dicrote ; diarrhée, entérorrhagie, délire marmottant. Pas de pneumonie. En revanche nous avons assisté à un phénomène sur lequel j'ai attiré votre attention ; c'est la sudation abondante que présentait le malade chaque fois que nous avions occasion de le voir. Le traitement a été absolument le même que dans le cas précédent. Ici encore les stimulants ont été donnés à hautes doses et ont semblé produire le meilleur effet. La convalescence est établie et le malade sera lui aussi bientôt en état de laisser l'hôpital.

Au No 4, vous voyez couché un jeune homme qui a présenté une forme assez bénigne de fièvre typhoïde. Il en est à la fin du deuxième septénaire ; nous n'avons constaté ni délire, ni adynamie, ni diarrhée marquée. Aussi nous sommes-nous contenté de prescrire la quinine à doses toniques, les limonades aux acides minéraux (1 à 2 drachmes pour un pot de tisane), et le repos au lit. J'ai insisté sur ce dernier point, et en ce faisant, je me suis appuyé sur l'autorité de M. le professeur Horatio Wood, de Philadelphie, qui considère le repos au lit, dès le début de la dothiëntérie, comme constituant la principale partie du traitement,

et cela, même dans les cas les plus bénins et les plus légers en apparence. En prescrivant ce repos absolu au lit et ne permettant au malade de se lever qu'au cas d'absolue nécessité, on épargne notablement les forces et la résistance vitales, suffisamment compromises par la maladie qui, vous le savez, tend à amener la mort par asthénie. N'oubliez donc pas ce point important et ne laissez jamais vos malades atteints de fièvre typhoïde, se lever librement et circuler dans la maison, quelque soit l'insignifiance apparente des symptômes.

Le malade que voici vous est connu déjà. Etienne S... âgé de 22 ans est épileptique confirmé depuis l'âge de 15 ou 16 ans. La maladie s'est manifestée d'abord exclusivement sous forme de vertige, puis sont survenues les grandes attaques convulsives, les crises vertigineuses continuant toujours nonobstant. Aujourd'hui il offre un mélange singulier des trois formes de l'épilepsie : vertiges, accès incomplets, grandes convulsions, mais les deux premières formes prédominent évidemment, le malade dit alors qu'il a rasé tomber.

S..... est entré dans notre service à semblable époque l'an dernier. La maladie présentait le même aspect qu'aujourd'hui. Ce qui la caractérise surtout, c'est la fréquence des attaques qui se comptent par dix ou douze par jour ; attaques vertigineuses ou fugues incomplètes, comme les appelle M. Legrand du Saulle, mais épilepsie toujours.

Qu'opposer à ce que l'on serait presque tenté d'appeler état de mal épileptique ? Nous avons d'abord essayé la potion dite de Brown-Séquard. A peine y avait-il une légère diminution dans le nombre des attaques. Nous avons alors prescrit les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium (20 grains de chaque à prendre trois fois par jour). Depuis, il n'y a pas eu un seul accès. Voilà plus de quinze jours que dure cette médication. Les bromures sont bien supportés par l'estomac et les intestins et il y a peu d'acné. Y a-t-il lieu de croire que l'on puisse obtenir, sous l'influence des bromures donnés à ces doses, quelque chose de plus qu'une amélioration ? Si la médication est continuée, probablement oui ; si elle est mise de côté, certainement non. L'an dernier ce malade avait laissé le service étant à peu près comme vous le voyez aujourd'hui. Mais il s'est négligé : la médication a été mise de côté et vous en avez vu les résultats. Les bromures à hautes doses sont peut-être les médicaments les plus efficaces à employer dans les cas où la maladie se caractérise par la fréquente répétition des accès, surtout dans les cas d'accès incomplets.

Le dernier malade dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui souffre d'ictère catarrhal. Comme vous le pouvez constater par vous-même, la jaunisse est intense. Elle dure depuis deux semaines et le froid semble en avoir été la cause. La gastrite ou la gastro-duodénite que l'on rencontre souvent dans ces cas d'ictère catarrhal n'existe pas ici, non plus que de traces de calculs biliaires. En revanche notre malade est syphilitique. Agé de 25 ans, il a contracté la syphilis il y a cinq ou six ans et n'a, à proprement parler, suivi aucun traitement.

Il en est maintenant aux manifestations tertiaires. Les os sont quelque peu affectés, comme vous pouvez vous en convaincre en passant la main sur les tibias de cet homme, et vous savez que c'est à cette époque que les organes internes, les viscères, sont plus communément atteints.

Vous me demanderez peut-être si la syphilis, affectant le foie, ne pourrait pas être ici la cause de l'ictère. Je ne le crois pas, la palpation ne

nous fait constater ni augmentation ni diminution du volume de l'organe. En outre l'ictère s'est produit ici par simple rétention de la bile; les selles, en effet, sont blanches, argileuses.

Nous allons mettre ce malade à une diète modérée, et lui prescrire, à l'intérieur, le phosphate de soude, à dose de 30 à 60 grains, trois fois par jour. Si l'ictère semble vouloir s'améliorer, ce que nous verrons en examinant l'urine, les selles et la conjonctive, nous instituerons alors un traitement contre la diathèse syphilitique.

P. S.—Chez ce dernier malade l'ictère céda rapidement à l'emploi du phosphate de soude. L'urine devint moins foncée et les selles reprirent bientôt leur couleur normale, preuve que la bile pouvait enfin s'écouler librement dans l'intestin.

On prescrivit alors, tout en continuant l'usage du phosphate de soude, une demi-pilule de Ricord, à prendre trois fois par jour, après les repas.

COMMUNICATION.

Diphthérie et Chlorate de potasse.

Messieurs les Rédacteurs,

Je suis bien fâché d'avoir échauffé la bile de vos correspondants, MM. les Docteurs Laurin et Lippé, en mettant en doute, comme je l'ai fait, l'efficacité absolue du chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie, mais je vous avoue que je ne vois absolument rien, dans leurs lettres, qui soit de nature à modifier ma manière de voir. M. le Dr Laurin cite des auteurs. J'avais cité les miens déjà, et, si nous nous en tenons là, j'aurai à coup sûr pour moi les autorités les plus compétentes en la matière. M. le Dr Lippé fait la mouë sur tous ces noms et insinue fort adroitement que "de ce que des auteurs ne parlent pas du chlorate de potasse ou n'en parlent que pour le critiquer, sans l'avoir éprouvé ou après l'avoir éprouvé d'une manière insuffisante, il ne s'ensuit pas que ce remède doive être rejeté du traitement d'une maladie qu'il a paru, administré convenablement, subjuguier dans presque tous les cas."

Evidemment, M. Lippé n'est pas tendre pour les maîtres de la thérapeutique moderne; c'est bien fâcheux, car j'allais justement citer encore le regretté Gubler qui dit (*Commentaires thérapeutiques du Codex*): "Le chlorate de potasse ne saurait être qu'un palliatif insignifiant dans la syphilis, le muguet.....la diphthérie infectieuse." Ainsi, d'après M. Lippé, il faut croire que Ringer, Bartholow, Stillé, Jacobi, Gubler sont des farceurs qui n'ont pas, comme lui, M. Lippé, sérieusement expérimenté le chlorate de potasse et qui en parlent sans savoir ce qu'ils disent. Ce n'est pas flatteur assurément pour ces Messieurs. L'autorité de M. Lippé vaut bien mieux que cela sans doute, et celle de M. Laurin aussi.

Vos deux correspondants présentent chacun des séries de cas favorablement traités par le chlorate. A les en croire, ce sel serait doué de propriétés merveilleuses et, comme spécifique passerait même avant la

quinine qui ne réussit pas dans tous les cas de fièvre intermittente et avant le mercure et les iodures qui échouent parfois dans le traitement de la syphilis. Allons, confrères, un peu plus de raisonnement et moins d'enthousiasme. Je ne nie pas les faits, assurément : je pourrais même citer à mon tour de semblables séries également favorables, mais, à côté de cela, que de séries défavorables tout-à-fait ! J'en appelle ici à tous mes confrères de la ville de Montréal même où la diphthérie sévit chaque année. A nous aussi il arrive de donner le chlorate de potasse à hautes doses contre l'angine diphthéritique, et nous réussissons parfois ; il arrive même que nos malades guérissent sans le secours d'aucune médication active. Est-ce à dire que nous allons préconiser la médication expectante ? Souvent aussi le chlorate reste impuissant et les malades meurent, mais ce n'est pas à dire que le médicament les a tués. Est-ce que le chlorate de potasse de Kildare ou de Lorette est plus efficace que celui de Montréal ?

Les faits rapportés par mes deux confrères sont fort convaincants sans doute, mais ce ne sont que des faits. C'est Velpeau, je crois, qui a dit : "Les faits vous induiront souvent en erreur. Il faut les accepter avec réserve... En les regardant vous devez vous en défier et rester persuadés que quelques-uns de leurs faces peuvent très bien vous échapper. En résumé les faits ne sont pas la science ; on s'en sert pour la former et voilà tout."

Au reste, je désire être compris ; je n'ai pas nié les bons effets du chlorate de potasse, j'ai seulement émis l'opinion que *ce n'est pas un spécifique*, et qu'il est loin de réussir dans *tous* les cas. Que mes honorables contradicteurs veuillent bien se donner la peine de relire ma lettre et ils n'y verront que cela. Si le chlorate de potasse leur procure de si merveilleuses cures, ils seraient bien aimables de venir exercer leur art à Montréal. La santé publique leur en serait éternellement reconnaissante.

Veillez agréer, messieurs les rédacteurs, l'expression de mes meilleurs remerciements.

Montréal, 22 août 1885.

MÉDECINE.

Extrait de foie de morue créosoté.—Depuis les travaux remarquables de MM. les Docteurs BOUCHARD et GIMBERT sur les propriétés antiseptiques et cicatrisantes de la *Créosote de hêtre*, ce médicament est entré dans la pratique journalière de la ville et des hôpitaux. Les praticiens de tous les pays ayant reconnu dans cette substance l'agent le plus capable d'enrayer la marche de la *phthisie pulmonaire*, cent moyens ont été imaginés pour rendre le *Créosote* facilement acceptable pour les malades, à dose suffisante. La tâche était facile. Poudres, pilules, dragées, émulsions, alcoolats, etc., tout cela fut essayé. Le mode d'administration qui donna les meilleurs résultats fut la combinaison des principes de la *Créosote* à ceux de l'*Huile de Foie de Morue*. Le VIN A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE CRÉOSOTÉ DE CHEVRIER rencontre parfaitement toutes les indications voulues.

Avec cette préparation, qui diminue considérablement l'odeur et la saveur spéciales de la *Créosote*, le médecin peut augmenter rapidement la dose du médicament spécifique et obtenir facilement les résultats surprenants signalés par tous les cliniciens. Tous affirment que la *Créosote de hêtre* arrête le travail destructeur de la *phthisie*, en diminuant l'expectoration, réveillant l'appétit, faisant tomber la fièvre, supprimant les sueurs, augmentant le poids du corps.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Pneumonie bacillaire aigue et pneumonie franche ; son diagnostic.—Clinique de M. le professeur Germain SÉE, à l'Hôtel-Dieu.—Une des formes de la tuberculose larvée les plus intéressantes à étudier, c'est certainement la tuberculose aiguë massive, la pneumonie bacillaire aiguë. Elle se présente dans des conditions telles que, borné aux seules ressources de l'auscultation, le diagnostic reste pendant longtemps hésitant. C'est seulement par la longue durée du processus, par sa tendance à la destruction ulcéreuse du poumon, que la nature de la pneumonie caséuse pouvait être affirmée lorsque l'on n'avait pas encore, dans la recherche du bacille tuberculeux, le signe pathognomonique, la signature vivante de la maladie. Dans quelques cas, l'état de santé antérieure du malade, l'apparition d'une hémoptysie abondante au début de l'affection pouvaient faire reconnaître qu'il s'agit de cette forme redoutable de la tuberculose aiguë. En dehors de ces circonstances, et il n'est pas rare qu'elles fassent défaut, le diagnostic restait longtemps flottant et indécis au détriment du pronostic. Actuellement, grâce à la découverte de Koch, le diagnostic peut être affirmé très rapidement.

Je ne veux pas reprendre ici l'historique de la question au point de vue de l'anatomie pathologique. Je vous rappellerai seulement que Laënnec avait parfaitement vu que la pneumonie caséuse n'était qu'une façon d'être de la tuberculeuse ; que cette unicité, niée par Reinhardt et Virchow, avait été de nouveau démontrée par l'École française dans les travaux successifs de Thaon, de Grancher et de Charcot. Aujourd'hui, je veux seulement vous montrer comment la démonstration du bacille de Koch affirme le diagnostic, vous montrer quelles sont les conditions dans lesquelles votre attention devra être éveillée sur la possibilité d'une tuberculose massive aiguë, dans lesquelles vous devrez rechercher le parasite dont la découverte lèvera dans votre esprit toute espèce d'hésitation.

Du reste, la comparaison de quelques observations recueillies récemment dans le service de la clinique, vous montrera comment évolue au début la pneumonie caséuse aiguë, quelles sont les formes de la pneumonie franche avec lesquelles on serait presque forcément amené à la confondre.

I.—*Pneumonie du sommet.*—Dans un premier groupe de faits il s'agit de la pneumonie du sommet.

Toute pneumonie du sommet est suspecte au point de vue de la tuberculose. Ce n'est pas cependant que la pneumonie franche du sommet ne s'observe fréquemment ; son début par un frisson initial intense, suivi de point de côté et d'expectoration visqueuse, adhérente, jaunâtre ou rougeâtre, chez un individu vigoureux, indique assez nettement sa nature fibreuse, non bacillaire. Mais une pneumonie du sommet peut survenir, survient souvent chez un individu débilité, sans phénomènes initiaux franchement accusés, et le diagnostic, dès lors,

devient des plus hésitants. Il est d'autant plus difficile que les râles de retour prennent volontiers au sommet du poumon le timbre de véritables gargouillements. Si la défervescence n'a pas été absolument franche, l'embarras augmente et il devient absolument impossible de se décider en faveur de la tuberculose ou de la pneumonie fibrineuse. Ce n'est que par l'observation prolongée du malade que l'on peut arriver à la certitude: tout disparaît s'il s'agit d'une pneumonie fibrineuse; il se fait des cavernes, s'il s'agit d'une pneumonie caséuse.

Un garçon d'hôtel, âgé de 37 ans, entre le 6 novembre 1883, au n° 4 de la salle Saint-Christophe. Depuis cinq ou six ans, il a eu à plusieurs reprises des fluxions de poitrine. Les commémoratifs ne permettent pas de déterminer exactement leur nature. C'est un homme fatigué, surmené par son métier de garçon d'hôtel qui l'oblige à travailler beaucoup et à passer la plus grande partie de ses nuits sans sommeil.

Dix jours avant son entrée, il a été pris de frissons, d'étouffements, de fièvre, de toux. Il a éprouvé dans le côté droit de la poitrine, non pas un point de côté bien limité, mais une douleur diffuse. Vers le sommet du thorax, on constate un foyer de matité qui comprend la fosse sous-épineuse. Au même niveau, râles sous crépitants augmentant par la toux, retentissement de la voix et de la toux. Il y a des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons. La fièvre était vive, le facies assez animé.

Les jours suivants, les râles devinrent plus abondants, plus humides et prirent le caractère de petits gargouillements. L'expectoration était composée de plusieurs parties distinctes. On trouvait, dans un liquide séreux, des grumeaux purulents et des masses jaunâtres, transparentes, non aérées, sucre d'orge.

Quatre jours plus tard, l'état général était mauvais: il y avait de l'abattement, avec un facies déprimé. La fièvre tomba seulement le sixième jour du séjour à l'hôpital, quinze jours par conséquent après le début de la maladie.

Dans ce cas particulier, le siège de la lésion, la longue durée de la maladie, sa survenue chez un individu affaibli, surmené, d'antécédents suspects, amenaient forcément à songer à la tuberculose. L'examen des crachats fut pratiqué à plusieurs reprises: il donna des résultats négatifs. Il s'agissait donc d'une pneumonie simple, d'évolution anormale, qui simulait une pneumonie caséuse. En effet, tous les signes d'auscultation et de percussion disparurent complètement. Le malade revu sept mois plus tard ne présentait au sommet du poumon aucun signe de tuberculose: la pneumonie n'avait laissé aucune espèce de trace.

Je pourrais mettre en regard de cette observation négative plusieurs observations positives dans lesquelles la découverte du bacille a rapidement fixé le diagnostic. Une des plus curieuses et des plus démonstratives est celle d'un jeune homme de 18 ans, qui, après avoir été mouillé par la pluie, avait eu un grand frisson, puis plusieurs frissons moins accentués. On trouvait des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons, et, au sommet droit, du souffle tubaire avec retentissement de la voix. L'expectoration muco-purulente renfermait de nombreux bacilles. La température atteignait 40°. Après un mois de séjour dans la salle, il sortait avec un foyer de ramollissement au sommet du poumon droit.

Plusieurs autres de nos malades atteints de pneumonie caséuse du sommet à début brusque avaient eu des hémoptysies plus ou moins abondantes qui étaient déjà, par elles-mêmes, un indice à peu près certain de tuberculose. Les bacilles furent en effet démontrés dans leurs crachats et l'évolution des lésions ne laissa aucun doute sur leur nature. Si l'hémoptysie avait fait défaut chez eux, sans la démonstration fournie par les bacilles, ce diagnostic fut resté en suspens pendant plusieurs jours.

II.—*Pneumonie caséuse migratrice*.—Messieurs, j'aborde maintenant la description d'une autre forme de la pneumonie caséuse. Celle que nous avons envisagée jusqu'à présent était surtout caractérisée par son siège : celle que nous allons examiner est surtout remarquable par son étendue. Elle tend à envahir plus ou moins rapidement la totalité du poumon primitivement atteint. plus tard même elle envahit le poumon du côté opposé. Cette marche migratrice, progressivement, ou plutôt successivement envahissante, n'est pas le propre de la tuberculose massive. Trousseau a décrit sous le nom de pneumonie érysipélateuse, une pneumonie que les Allemands ont appelée migratrice, dont le caractère particulier est d'envahir le poumon par poussées successives. Si les foyers se succèdent rapidement, il peut se faire qu'un des poumons soit hépatisé dans toute son étendue et même que le poumon de l'autre côté soit simultanément atteint.

Ces foyers, accolés les uns aux autres, présentent, pris isolément, chacune des phases de la pneumonie fibrineuse. Les premiers en date sont déjà à la période des râles sous crépitants de retour, alors que les autres donnent lieu simplement à du souffle tubaire, de la matité et du retentissement de la voix. Il en résulte que certaines régions du poumon paraissent en voie de ramollissement caséux, alors que les autres semblent simplement indurées. La fièvre persiste à un degré élevé; la défervescence ne se fait pas aux jours critiques, et, la maladie se poursuivant ainsi, la confusion devient absolument inévitable.

Qu'il s'agisse d'une pneumonie migratrice progressivement envahissante ou d'une tuberculose massive à foyers successifs, tout est semblable : mode de début, signes physiques, expectoration et fièvre. En dehors de l'examen des bacilles, je déclare le diagnostic absolument impossible jusqu'au jour où apparaissent les cavernes, s'il s'agit de la tuberculose, où la résolution est totale ou définitive, s'il s'agit de la pneumonie simple.

Permettez-moi de vous rapporter l'histoire de deux malades actuellement encore couchés dans nos salles. Ces observations, très nettes, seront des exemples concrets bien faits pour corriger ce que l'énoncé que je viens de donner peut avoir d'abstrait.

Un jeune homme de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, entre dans le service le 11 novembre dernier. Il tousse seulement depuis quinze jours. Depuis cinq à six jours il se sent très souffrant, très abattu et éprouve un point de côté léger au-dessus du mamelon gauche. Son expectoration est muco-purulente. Il n'a pas craché de sang.

Au moment de l'entrée, la fièvre est vive, la température dépasse 40°. La dyspnée est marquée, la respiration anxieuse. A l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants généralisés, un souffle tubaire assez léger dans la fosse sus-épineuse gauche, et des râles sous-crépitaux dans la fosse sous-clavière correspondante.

Les jours suivants, les phénomènes généraux ne se modifient pas; la température demeure toujours entre 40° et 41°. Les signes locaux s'étendent. Il apparaît sous l'aisselle gauche un foyer de souffle tubaire et de râles sous-crépitaux. Ce foyer nouveau se confond, du reste, en haut et en avant avec le foyer sous-claviculaire. L'expectoration muco-purulente est mélangée de crachats ambrés, transparents, adhérents au vase.

Au bout d'une douzaine de jours, la fièvre persistant toujours au même degré, la matité et le souffle tubaire, suivant toujours leur marche descendante, envahissent toute la base du poumon, en arrière, de la région axillaire au rachis. Bientôt il devient évident qu'il existe à la base un notable épanchement, de telle sorte que la matité est absolue dans toute l'étendue du poumon gauche, du sommet à la base, en avant, en arrière et latéralement. A l'auscultation, on trouve du souffle tubaire dans la moitié supérieure du thorax et des râles sous-crépitaux humides et agminés dans les fosses sus-épineuse, sous-épineuse et sous-clavière. Les râles secs persistent du côté droit, on ne trouve pas au sommet de maximum évident.

La dyspnée devenant très considérable, la ponction évacuatrice fut pratiquée à deux reprises. Elle donna lieu à l'écoulement d'un liquide louche chargé de globules blancs, dans lequel l'examen histologique démontra l'existence de bacilles de la tuberculose.

Fabrège cette histoire. Il me suffira de vous dire que, depuis cette époque, la maladie a évolué nettement à la façon d'une pneumonie caséuse. Il existe de l'induration du sommet droit, du ramollissement du sommet gauche qui est manifestement en voie d'excavation. La maladie dure maintenant depuis plus de quatre mois. Le malade est dans un état d'hecticité de plus en plus accentué; son aspect, son état général sont aussi caractéristiques que les signes révélés par l'auscultation.

Quoi qu'il en soit, vous voyez, Messieurs, que, pendant une dizaine de jours, les choses se sont comportées exactement comme dans la pneumonie migratrice, puisque nous avons assisté à l'envahissement successif du poumon gauche par le souffle tubaire et les râles sous-crépitaux. Un premier foyer s'installe dans la fosse sus-épineuse et s'étend, en avant, à la fosse sous clavière. Un second foyer adjacent, contigu au premier, apparaît deux ou trois jours après sous l'aisselle; puis, au bout de quatre ou cinq jours encore, l'envahissement gagne de l'aisselle au rachis, la pleurésie survient et le poumon est pris dans toute son étendue. C'est la marche de la pneumonie migratrice, et, si nous avions été réduits aux seules données de l'auscultation et de la percussion, notre embarras eût été insurmontable pendant au moins dix ou douze jours. Eh bien, dès le second jour du séjour du malade à l'hôpital, l'examen des crachats nous montrait de nombreux bacilles de Koch, et notre diagnostic était affirmé. Nous étions absolument certain d'avoir affaire à une pneumonie caséuse à forme migratrice. Nous savions que les râles sous-crépitaux, qui succédaient au fur et à mesure au souffle tubaire, n'indiquaient pas la résolution et la disparition de foyers d'hépatisation pneumonique, mais le ramollissement, la fonte, l'ulcération de larges foyers caséux.

Permettez-moi encore de vous signaler, en passant, la présence des bacilles dans l'exsudat pleurétique comme un fait intéressant. Il est vrai de dire que l'épanchement était louche et charriait de nombreux globules blancs. (A suivre.)—*Union médicale.*

De la coniasse biliaire. — M. le Dr MERLE (de la Ferté-Alais) a communiqué à l'Académie un travail sur la *coniasse biliaire* et ses symptômes. La coniasse, c'est le degré le plus fin de la lithiasse, la gravelle biliaire. Le passage du sable biliaire, sans donner lieu à de vraies coliques hépatiques, détermine ces fausses crampes d'estomac dont la nature est souvent méconnue et qui sont traitées comme de la simple gastralgie. En outre, d'après M. Merle, les gens atteints de coniasse biliaire sont pris, à certains moments, de coliques impérieuses, suivies de garde-robes réitérées; si on examine celles-ci, on constate qu'après avoir été solides, elles deviennent de plus en plus liquides et contiennent une proportion de plus en plus grande de sable biliaire. Pour déceler celui-ci, il suffit d'ajouter aux matières évacuées une certaine quantité d'eau chaude; les fèces surnagent, le sable biliaire tombe au fond du vase ainsi qu'on peut s'en assurer par décantation. Nous croyons, comme M. Merle, à la fréquence de la gravelle biliaire méconnue, et il va de soi que cette erreur de diagnostic n'est pas sans conséquence thérapeutique puisque les alcalins améliorent rapidement un état douloureux que ne soulageraient qu'imparfaitement les anti-spasmodiques et les calmants. — *Concours médical.*

De quelques troubles digestifs, leurs conséquences et traitement; par M. LAUDER BRUNTON. — L'état bilieux et l'indigestion sont deux maladies difficiles à distinguer l'une de l'autre, parce que le trouble du foie affecte l'estomac et l'intestin, et *vice versa*. Suivant Brunton le foie jouit de propriétés élastiques et la rapidité de la circulation veineuse hépatique dépend de la qualité du sang en circulation, d'où il suit qu'il survient un engorgement veineux du foie par suite de l'absorption des produits d'une digestion imparfaite. Les expériences de Beaumont sur St-Martin nous démontrent encore les rapports sympathiques de l'estomac au foie et *vice versa*.

Les symptômes ordinaires de l'indigestion sont la flatulence, une sensation de pesanteur à l'épigastre, de l'acidité et de la douleur. La flatulence peut être due à la présence des gaz de l'atmosphère dont l'oxygène a été absorbé ou peut être le produit d'une sécrétion de la muqueuse gastro-intestinale, ou de la fermentation des aliments. Les liquides épais (soupe aux pois) favorisent l'entrée de l'air dans l'estomac; de même une salivation continuelle, la sensation d'irritation dans l'arrière-gorge, la sensation d'acidité dans l'estomac, d'oppression à l'épigastre. Cette sensation de constriction à travers la poitrine, qui a été comparée à celle que produirait une ceinture de fer, dépend de l'irritation du nerf vague, laquelle peut être déterminée par des émotions déprimantes. La flatulence intestinale des hystériques, suivant Ebstein et Zeckendorf, est due à la paralysie du pylore. D'après Kolbe et Ruge la flatulence intestinale est produite par l'hydrogène sulfuré qui peut s'échapper quelquefois par la bouche. Ewald a vu un individu qui au moment d'allumer un cigare, enflammait avec son allumette des gaz qui lui sortaient par la bouche. Des éructations persistantes d'hydrogène sulfuré indiquent une maladie organique sérieuse.

L'acidité et la flatulence peuvent alterner. La première est due à une augmentation d'acides ou à une exagération de la muqueuse gastrique ou œsophagienne. La seconde est due à une diminution de l'acidité.

La sensation de brûlement semble être due à l'irritation du cardia et de l'œsophage, si l'on se rappelle que la douleur de l'estomac revêt un caractère de pesanteur. Le passage d'un vent soulage le brûlement.

L'indigestion peut encore s'accompagner de dyspnée, d'attaques asthmatiques, de toux, de vertige, de syncope et d'un pouls intermittent. Ces divers symptômes peuvent être produits, soit mécaniquement, soit par l'influence du système nerveux. Il est possible qu'il se forme alors des alcaloïdes dans l'intestin, qui, étant absorbés, agissent sur le cœur à la manière de la digitale. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer la mort subite qui arrive chez des goutteux. D'après Ludwig et Schmidt-Mulheim ce seraient les peptones qui agirait comme poison dans ce cas. Bocci a extrait de l'urine de l'homme un alcaloïde dont l'action était celle du curare; Brieger a extrait de la fibrine digérée avec le suc gastrique, un alcaloïde qu'il a appelé peptoxine. Bence Jones et Dupré ont extrait du foie et d'autres organes un alcaloïde qui ressemblait à la quinine. La mélancolie, l'hypochondrie, la céphalalgie sont encore d'autres symptômes de l'indigestion. Le mal de tête dépend généralement de dents cariées ou d'irrégularité dans les fonctions oculaires visuelles. Dans le dernier cas, la douleur est ordinairement occipitale ou frontale, elle peut même être temporaire. Lorsque le mal de tête dépend d'indigestion, la face supérieure du globe de l'œil est excessivement sensible et la tension oculaire est augmentée.

Traitement.—Enlever la cause s'il est possible. Mastication parfaite, attention entière au repas. Mets au goût et bien préparés. Ne pas faire d'excès dans le boire et le manger. Choisir les aliments reconnus faciles à digérer. Ne pas prendre de repas lorsqu'on est épuisé par la fatigue; attendre qu'elle soit disparue.

Au point de vue du traitement médical, la noix vomique, le charbon, le sous-nitrate de bismuth, le bioxyde de manganèse rendront des services. Maintenir les intestins libres.

L'état bilieux peut être accompagné d'altérations variables de la bile, qu'elle soit trop abondante ou insuffisante. Dans le premier cas les selles sont de couleur normale ou noires, dans le dernier cas les selles sont blanches, argileuses. Le salicylate de soude est un stimulant énergétique de l'organe biliaire dont il liquéfie le produit.

Les mercuriaux, les altérants, les acides, les alcalis, l'ammonium sont employés avec succès.

Un autre moyen important à employer dans l'indigestion confirmée est le *massage*.—*North Carol. Med. Journ.*

Traitement de la péricardite séreuse, par Constantin PAUL;— Dans le cas de péricardite avec épanchement, on prescrit au début les vésicatoires, et comme ils se montrent généralement insuffisants, on y joint les diurétiques et les purgatifs hydragogues.—Parmi les premiers, on peut conseiller les préparations de scille, les baies de genièvre, le nitrate et l'acétate de potasse; parmi les seconds, le jalap, la scammonée, le séné, la coloquinte, l'huile de croton, la gomme-gutte, l'aloès. Enfin, lorsque l'épanchement menace de produire la suffocation, il y a lieu de recourir, comme moyen extrême, à la paracentèse du péricarde. Le trocart doit rester en place une heure, et même une heure et demie,

pour donner au liquide le temps de s'écouler, l'écoulement étant retardé par les adhérences qui existent presque constamment et forment un tissu feutré. L'auteur préfère cette façon de procéder à la ponction avec aspiration. Lorsque la péricardite est adhésive, il n'existe aucun moyen de rompre les adhérences. On se contente alors de soigner l'endocardite ou la myocardite qui peuvent venir s'ajouter à la péricardite primitive.—*Union médicale.*

Du diabète glycosurique chez les vieillards.—Nous extrayons les passages suivants d'un remarquable travail de M. le docteur LANDRIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

“ Il y a déjà longtemps, dit M. Landrieux, qu'on a décrit, sous le nom de diabète intermittent, une forme de diabète glycosurique caractérisé par la présence intermittente du sucre dans l'urine. Ces cas ont été observés chez les goutteux.” Par conséquent, les faits publiés par M. Landrieux ne sont pas nouveaux, mais ils viennent corroborer les anciens. Et après avoir publié six observations, voici ce qu'il ajoute :

Toutes nos malades ont plus de soixante ans. Trois sont rhumatisantes et pas une goutteuse. Toutes ont présenté de la glycosurie d'une façon intermittente. A côté de cette glycosurie, nous avons observé d'autres signes qui pourraient être rattachés à la même cause. Mais nous avons vu que ces signes accessoires n'étaient pas constants et qu'ils n'étaient pas toujours en rapport avec la quantité de sucre éliminé. Nous avons vu, d'une part, une glycosurie notable ne se faisant soupçonner par aucun signe et, d'autre part, des troubles persistants et assez prononcés (conjunctivite, gingivite), survivre à la glycosurie. On a pu voir, en outre, un fait remarquable, c'est la glycosurie accompagnée de polyphagie, de polydypsie et de polyurie, apparaître pendant quelques jours, puis tous ces signes disparaître à la fois pour reparaître quelque temps après encore simultanément.

Si un diabète intermittent existe, le voilà certainement représenté de la façon la plus typique.

Signalons encore dans nos observations ce fait de la présence très fréquente de l'albumine non rétractile dans l'urine. Nous avons trouvé plusieurs fois des pigments biliaires, et il est probable que nous les aurions trouvés beaucoup plus souvent si nous les avions cherchés. Dans aucun de ces cas, il ne s'est manifesté de suffusion ictérique des conjonctives ou de la peau.

Disons encore qu'en dehors des observations que nous publions, nous avons fait, à Sainte Péline, plus de 200 analyses d'urine. Malheureusement, nous n'avons pris de notes détaillées que 64 fois. Or, sur ces 64 analyses provenant de 25 vieillards, nous avons trouvé 43 fois de l'albumine non rétractile et 12 fois des pigments biliaires, avec coloration normale des conjonctives et de la peau.

Maintenant, voyons comment il faut interpréter les cas que nous avons exposés. S'agit-il de simple glycosurie chez les vieillards, ou bien s'agit-il d'un diabète glycosurique légitime mais intermittent?

En somme, jeu de mots. Nous avons déjà signalé, au commencement de ce petit travail, les efforts qu'on a faits pour bien limiter le cadre du diabète et la différence tranchée qu'on a essayé de faire entre la glycosurie et le diabète. On connaissait le diabète avant de connaître

la glycosurie, et comme le mot diabète correspondait à une entité clinique très nette, son interprétation ne pouvait prêter au doute. Avec l'introduction de la notion de la glycosurie et avec la connaissance du fait de l'apparition du sucre dans certains états transitoires de l'organisme ainsi que dans certains états permanents, il est évident qu'on ne pourrait identifier des choses si différentes : d'une part, une entité clinique, le diabète; d'autre part, un fait chimico-pathologique, la glycosurie.

Mais ce qu'on s'est plu à oublier, ou ce dont on n'a pas voulu tenir compte, c'est que, parmi les diabètes, il y a un diabète glycosurique, et que, pour celui-ci, ce qui constituait la différenciation tranchée avec la glycosurie n'était nullement dû à l'essence même des choses, mais à leur durée.

Pour qu'il y ait glycosurie, il faut évidemment, quelle que soit l'hypothèse glycogénique, qu'on admette que la glycose ne soit pas retenue dans l'organisme, soit par excès de production, soit par défaut d'assimilation, la production étant la même. Or, dans le diabète glycosurique, quelle que soit encore la théorie glycogénique primordiale que l'on admette, le processus final est nécessairement le même : la glycose s'échappe parce qu'elle est produite en excès ou bien parce que, la production étant constante, la consommation en est diminuée. Dans les deux cas, le processus est le même : seulement, dans l'un, il est définitif; dans l'autre, il est transitoire. On pourrait donc presque dire que la glycosurie est un diabète glycosurique abortif; mais on peut certainement dire que la glycosurie persistante est le diabète glycosurique, qu'il s'y joigne ou qu'il ne s'y joigne pas d'autres signes.

La distinction absolue entre glycosurie et diabète glycosurique ne serait légitime que si on parvenait à découvrir une lésion organique quelconque appartenant au diabète et manquant à la glycosurie.

Ceci dit, nos cas ne seront pas difficiles à interpréter. Nous nous trouvons en présence de diabètes intermittents. Parmi ceux-ci il y en a qui présentent une glycosurie intermittente avec un état général constant. On peut expliquer ces cas par l'hypothèse que l'organisme est pris d'un second accès de diabète avant qu'il ne soit remis des troubles provenant du premier accès. Il y a de la sorte des accès subintrants de diabète. Dans tous nos autres cas le diabète glycosurique est intermittent franc.

Si nous admettons l'hypothèse pathogénique, brillamment défendue par M. Bouchard, du ralentissement de la nutrition, la présence si fréquente de l'albumine et des pigments biliaires sera facile à comprendre. Il y a diminution dans l'assimilation des albuminoïdes, d'une part, et non-assimilation des pigments biliaires résorbés dans l'intestin, d'autre part.

Donc pour conclure :

- 1^o Il n'y a pas lieu d'établir une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique;
- 2^o La sénilité donne au diabète glycosurique des caractères spéciaux;
- 3^o Le diabète glycosurique sénile se présente ordinairement sous forme d'accès diabétiques intermittents ou subintrants;
- 4^o Le diabète sénile se montre fréquemment accompagné d'autres troubles d'assimilation (azoturie, albuminurie non rétractile, pigments biliaires);

5° On pourrait expliquer les différents troubles qu'on observe chez les vieillards par une sorte d'*ataxie de la nutrition*. (*Progrès médical*.)

Ce seul fait de glycosurie persistante suffit pour caractériser le diabète glycosurique, car tous les autres signes ne sont que la conséquence des déperditions de l'économie en sucre et en eau, absolument comme le seul fait de l'engouement suffit pour constituer la pneumonie, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'hépatisation. On peut dire qu'il n'y a qu'un seul signe accessoire absolument indispensable : c'est la polyurie plus ou moins accentuée. Et quant à ce signe, M. Bouchard a abondamment prouvé dans ses admirables leçons sur les maladies de la nutrition que la polyurie est une conséquence physique de la glycosurie, et qu'on peut, d'après la quantité de sucre éliminé, calculer presque mathématiquement la quantité d'urine excrétée, étant donné le coefficient physiologique de dissolution du sucre dans l'organisme.

Ainsi, si nous ne voulons donner le nom de diabète qu'à la réunion des quatre signes (polyurie, polydypsie, polyphagie, autophagie), bon nombre de diabétiques ont été simplement glycosuriques pendant longtemps. Mais si nous séparions une seule et même maladie en deux divisions absolument arbitraires, nous ferions une faute tout aussi grave que si nous ne considérions la *fièvre typhoïde abortive* comme fièvre typhoïde qu'à partir du moment où il y a perforation intestinale.

Donc, pour nous résumer, nous croyons que sur ce point on s'est laissé aller à un détestable jeu de mots, qui ne fait qu'embrouiller les choses. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne devons voir entre la glycosurie et le diabète qu'une différence de degré et de durée, ainsi du reste que l'avait si bien vu Claude Bernard.

La comparaison qu'on a voulu établir entre l'albuminurie et la glycosurie ne peut résister à un examen sérieux. Il y a albuminurie de cause rénale et albuminurie de cause générale parce qu'il y a un substratum anatomo-pathologique dans les cas d'albuminurie rénale, substratum qui n'existe pas dans les autres cas. On sait du reste que, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, les albuminuries de cause générale voient leur champ se rétrécir continuellement en faveur de celles de cause rénale, et le moment n'est peut-être pas éloigné où il n'existera que des albuminuries rénales.—*Revue médicale*.

Paralysie cardiaque subite à la suite d'injections sous-cutanées de morphine.—A propos du traitement de l'angine de poitrine, nous rappelions récemment l'opinion du professeur Peter sur les dangers que l'abus des injections de morphine peut faire courir aux cardiaques. Il n'y a pas bien longtemps, M. Runeberg publiait un exemple de mort subite, survenue dans le cours d'un accès d'angine de poitrine, à la suite d'injections de morphine. M. KLAMANN relate un nouvel exemple de ce genre d'accident : il s'agit d'un confrère âgé, qui, depuis quelque temps, abusait des boissons spiritueuses. Il était, de plus, sujet à des épistaxis et à des hémorrhagies se faisant par une phlébectasie de la veine inférieure, ainsi qu'à de violents accès d'angine de poitrine. Pour se soulager, le confrère se faisait des injections de morphine pendant les accès. M. Klamann fut appelé un jour auprès de lui ; le malade, qui était en pleine attaque d'*angor pectoris*, s'était déjà piqué à la

morphine et réclamait une nouvelle injection, qui fut faite. Subitement, il pâlit et expira en moins d'une minute.

Chez ce malade, l'âge avancé, l'alcoolisme, les pertes de sang répétées étaient évidemment autant de circonstances qui devaient contre-indiquer l'emploi des injections de morphine.—*Deutsche Med. Zeitung.*—*Paris médical.*

De l'orthopnée ; par J THOMAYER.—D'après les graphiques recueillis sur 4 malades de la clinique d'Eiselt, l'auteur admet que le cœur, dans la position horizontale, ayant à fournir un surcroît de travail, n'y parvient que grâce à l'intégrité de son tissu et de ses forces, comme dans l'état normal ; qu'il manque à sa tâche dès que cette condition ne se trouve plus réalisée. Le malade prend alors une attitude qui épargne davantage la fatigue de l'organe, la position assise ; c'est le cas dans les maladies du cœur et du péricarde. L'orthopnée, dans les maladies pulmonaires, peut être envisagée également comme une orthopnée cardiaque. Dans l'emphysème, le pneumo-thorax, les exsudats pleurétiques, la tuberculose, la rupture de l'équilibre est due à la dilatation cardiaque.—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Conduite du médecin chez les prostatiques (1).—La pathogénie de ces faits peut être interprétée de cette façon : sous une des influences extérieures dont nous avons parlé, la prostate se congestionne, le canal est obstrué, la rétention est complète et le globe vésical se distend ; mais cette distension même de la vessie met obstacle à la circulation veineuse ; en comprimant les veines ambiantes, elle augmente et maintient la réplétion vasculaire de la prostate. Il y a là, en somme, un véritable cercle vicieux, un échange de mauvais procédés entre les deux organes. La congestion prostatique a provoqué la rétention, la rétention augmente la congestion. Si l'on atténue ou si l'on supprime l'un des deux facteurs, les accidents auront grande chance de s'atténuer.

Tandis que les moyens radicaux s'adressent indirectement à la circulation prostatique, l'évacuation par l'urèthre ou le haut appareil combat et l'accident rétention et sa conséquence la dilatation vasculaire exagérée. Son efficacité est donc bien plus certaine que celle des moyens médicaux.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'emploi simultané de ces deux méthodes rétablisse presque immédiatement la circulation veineuse prostatique.

L'état congestif et la rétention disparaissent de pair, et en quelques heures ou en quelques jours, le canal de l'urèthre a repris sa perméabilité.

L'observation d'un malade qui, à quelques heures d'intervalle, passe de la rétention à la miction facile et large, ce fait si paradoxal d'un urèthre mettant un obstacle infranchissable aux instruments les mieux dirigés et laissant une heure après passer, sans aucune difficulté, une

(1) Suite et fin.—Voir le numéro précédent.

grosse sonde molle, sont autant de phénomènes qui s'expliquent facilement par les changements survenus dans l'état vasculaire de la prostate.

D'ailleurs, le toucher prostatique avant, pendant et après la rétention, donne la mesure directe de ces changements de volume.

Ainsi envisagée, la rétention donne lieu à quelques considérations thérapeutiques importantes. L'obstacle franchi, deux questions se posent :

1^o Comment faut-il vider la vessie ?

La réponse se trouve indiquée un peu plus haut.

2^o Faut-il une sonde à demeure ?

Cette question a été fort controversée. Tour à tour, la sonde à demeure a été regardée comme un remède suprême ou un instrument dangereux et coupable de tous les accidents urinaires. Là encore, c'est en se basant sur la gravité des phénomènes congestifs chez les prostatiques que se base l'emploi judicieux de cet instrument.

Nous avons vu quels accidents graves surviennent chez les prostatiques à la suite d'un cathétérisme un peu difficile ; les hémorragies, la cystite, la rétention, c'est-à-dire des accidents d'ordre vasculaire au plus haut chef, éclatent à cette occasion.

De plus, la difficulté même du sondage peut passer à l'impossibilité, c'est-à-dire qu'elle constitue une menace imminente de distension vésicale, complication qui conduit droit à la néphrite.

En conséquence, à chaque fois que, chez un prostatique, le cathétérisme est difficile, à chaque fois que la sonde ne peut être introduite sans forcer le canal, il faut laisser la sonde à demeure.

La situation étant ainsi sauvegardée, on peut à loisir combattre les accidents congestifs. Au bout de quelques jours, on tâte la perméabilité du canal en enlevant la sonde à demeure et en essayant le cathétérisme intermittent.

Survient-il de nouvelles difficultés, on a de nouveau recours à la sonde à demeure, jusqu'à ce que le passage soit devenu facile.

Une autre indication de la sonde à demeure est fournie par la situation dans laquelle se trouve le malade.

On sait que la retenue de l'urine dans la vessie est une cause très fréquente de réplétion vésico-prostatique et de rétention complète ; nous avons vu que, chez un malade qui se sonde régulièrement, une retenue volontaire de l'urine, en dépit des sollicitations vésicales, constitue une cause fréquente d'accidents ; le cathétérisme devient quelquefois impossible et la dilatation vasculaire peut aller jusqu'à l'hématurie ou à la cystite. Là encore, la nécessité d'éviter ces accidents nécessite l'emploi de la sonde à demeure.

Nous pouvons ainsi formuler cette seconde indication : à chaque fois qu'un prostatique est dans des conditions telles qu'il ne puisse être sondé régulièrement et facilement, aussitôt que sa vessie le sollicitera (la nuit, par exemple), il est nécessaire de lui laisser temporairement la sonde à demeure.

Tels sont les moyens à opposer à la rétention dans l'hypertrophie de la prostate. Toute cette thérapeutique est basée sur ce fait : éviter ou combattre les phénomènes congestifs.

Les autres complications de cette hypertrophie, hématurie, cystite et néphrite, sont moins importantes.

Les hématuries ne constituent pas un accident favorable ni même

exempt de danger. Les anciens, et Desault surtout, considéraient cette hématurie comme une saignée locale qu'il fallait provoquer au besoin par le cathétérisme.

C'est là une erreur. La perte de sang est toujours à redouter chez les prostatiques, car c'est une cause d'affaiblissement. A la vérité, il est rare que ces hémorrhagies soient graves par leur abondance, mais l'épanchement sanguin dans la région prostatique ou la vessie a des inconvénients sérieux. Les caillots s'éliminant difficilement par la sonde, stagnent dans la vessie où ils constituent autant de corps étrangers. De plus, il se désagrègent, se putréfient et créent un état favorable à l'écllosion d'une cystite. Il faut prévenir ou combattre ces accidents, et pour cela il suffit de se rappeler que les vaisseaux de la prostate et de la vessie sont turgescents, qu'ils ne demandent qu'à se rompre.

On devra donc éviter soigneusement et le cathétérisme brusque, et l'enfoncement de la sonde jusqu'à la paroi postérieure de la vessie. Mais surtout on devra se garder d'une évacuation trop rapide du réservoir distendu.

Si l'hématurie est constituée, il faudra mettre la vessie au repos par un cathétérisme méthodique et régulier qui permettra de laver la cavité et de la débarrasser de ses caillots. L'évacuation régulière de l'urine aura ce second avantage d'empêcher la distension vésicale et, par conséquent, de diminuer la congestion de la vessie et du rein.

Cette méthode, évacuation et lavage, semble contradictoire, car si la première met un terme à la distension, la seconde la provoque au contraire.

La contradiction n'est qu'apparente. Les lavages vésicaux ne doivent pas distendre la vessie sous peine d'être inutiles et dangereux en entretenant l'état congestif.

Pour que cette méthode soit efficace, le jet du liquide doit être lancé assez fortement, mais en petite quantité, la sensibilité au contact de la vessie est seule mise en jeu et nous avons vu combien le réservoir est tolérant à cet égard.

C'est là un petit point de pratique qui a bien son importance, car il explique pourquoi tant de malades trouvent plus de mal que de bien dans les lavages intravésicaux.

Pour ce qui est de la cystite et de la néphrite, leur thérapeutique consiste beaucoup plus dans la prévention des accidents que dans leur guérison.

En résumé, le rôle des phénomènes congestifs est considérable dans l'hypertrophie prostatique. Ces phénomènes ne peuvent pas créer la maladie de toutes pièces; mais, quand la lésion est constituée, ils donnent à sa symptomatologie une forme toute particulière.

A eux seuls, ils provoquent les accidents de la première période.

Quand la vessie ne se vide plus, ils provoquent le développement des complications, hématuries et cystite.

La rétention complète d'urine chez les prostatiques est sous leur dépendance.

La thérapeutique de cette affection doit, avant tout, éviter ou combattre la congestion.—*Paris médical.*

Hygromas de la cuisse à grains riziformes; nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains fibrineux.—C'est le sujet d'une note adressée à l'Académie de médecine de Paris, par M. le Dr NICAISE, dans laquelle il rapporte trois faits d'hygromas ou de synovites à grains riziformes observés dans son service, tous les trois de nature tuberculeuse. Il ajoute que MM. Poulet et Vaillard ont observé un quatrième fait dans lequel ils ont encore rencontré des follicules tuberculeux.

“ En est-il toujours ainsi? dit M. Nicaise. Les hygromas et les synovites à grains riziformes sont-ils tous de nature tuberculeuse? Il serait prématuré de l'affirmer.

“ Dans les faits que je viens de rapporter, la nature tuberculeuse est démontrée par le follicule tuberculeux, par le bacille et, je pense, par l'inoculation sur les animaux qui seront examinés en temps utile. On peut donc croire qu'il existe une inflammation tuberculeuse spéciale des membranes séreuses qui donne lieu à la formation d'une grande quantité de masses fibrineuses. C'est ce dernier point que je devrai aborder.

“ Non seulement chez ma malade le siège de la tumeur est anormal, non seulement l'on constate que la lésion est de nature tuberculeuse; mais nous trouvons que le processus inflammatoire qui accompagne les tubercules a quelque chose de remarquable, puisque nous avons comme produit inflammatoire une masse fibrineuse de près de 400 grammes, sans exsudat séreux ni purulent. Il s'agit là d'un mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs, autour du tubercule; le microbe pyogène n'est pas venu s'ajouter au tubercule; il y a autre chose: le tubercule s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de matière fibrineuse.

“ Il y a quelques mois, un de nos malades, atteint d'arthrite fongueuse du genou, avait en même temps autour de l'articulation une sorte de gomme tuberculeuse de voisinage, mollasse et semi-fluctuante; je l'incisai pour enlever le foyer tuberculeux et je tombai sur une masse fibrineuse sèche, rougeâtre, translucide, remplissant exactement une cavité dont les parois renfermaient des follicules tuberculeux; j'avais cru, au contraire, trouver des fongosités suppurées. C'était en petit ce que j'ai trouvé dans de plus grandes proportions chez ma malade au kyste fémoral.”—*Scalpel.*

Des indications opératoires dans le carcinome du sein.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu. — Nous opérerons aujourd'hui, deux femmes atteintes de carcinome du sein. L'une, âgée de quarante-cinq ans, porte dans son sein droit une tumeur du volume du poing sans engorgement ganglionnaire de l'aisselle; l'autre, âgée de quarante-deux ans, porte également dans le sein droit une tumeur beaucoup plus petite, mais en même temps une chaîne de ganglions indurés dans l'aisselle correspondante. Ces cas sont simples et ne laissent de doutes ni sur le diagnostic ni sur l'utilité qu'il y a d'intervenir par une opération. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage aujourd'hui, mais je profiterai de la circonstance pour aborder devant vous un coin de cette étude si complexe des tumeurs du sein.

Il n'est pas de région du corps plus souvent affectée que celle-ci;

chacun de vous sera certainement bien des fois consulté à ce sujet dans sa carrière et aura à décider s'il convient et dans quelle mesure il convient d'intervenir. Or, sachez bien que la solution du problème est loin d'être toujours facile et qu'elle ne se présente pas de la même façon à l'esprit de tous les chirurgiens. C'est ainsi, par exemple, qu'il existe une variété de tumeur du sein pour laquelle, j'en suis convaincu, l'opération est plus nuisible qu'utile, et j'ai pu voir, par les rapports que la clientèle amène nécessairement entre nous, qu'un certain nombre de mes collègues ne partageaient pas cette opinion. J'ai l'espoir de vous convaincre en exposant devant vous les raisons qui guident ma conduite.

Il n'y a pas encore longtemps que toutes ou presque toutes les tumeurs du sein étaient englobées sous le nom de cancer. C'est à A. Cooper et à Velpeau que nous devons la distinction de ces tumeurs en bénignes et en malignes. A. Cooper désigna les premières sous le nom de tumeur mammaire chronique, et Velpeau sous celui d'adénoïde. De nouvelles distinctions cliniques ont été établies, et cependant encore aujourd'hui, un certain nombre de praticiens comprennent sous le nom générique de cancer toute tumeur du sein ulcérée. A plus forte raison appellent-ils cancer les tumeurs qui, une fois enlevées, peuvent récidiver, récidivent souvent et même se généralisent. Il serait utile, désirable que le mot cancer disparût définitivement du langage chirurgical.

Il existe en effet, dans le sein, deux espèces distinctes de tumeurs susceptibles de récidiver, d'entraîner la mort, et qui ont été confondues constamment sous le nom de cancer par les auteurs contemporains, c'est le *sarcome* et le *carcinome*. Vous trouverez à chaque instant cette confusion dans le livre si remarquable de Velpeau; et je suis convaincu, sinon certain, que cette confusion est également faite par des chirurgiens actuels. Le plus grand nombre des tumeurs décrites sous le nom de cancer encéphaloïde du sein sont des sarcomes. Or, ces deux genres de tumeurs, différentes au point de vue histologique, diffèrent aussi essentiellement l'une de l'autre au point de vue clinique.

Dans une autre leçon, je vous exposerai ces signes différentiels qui, dans la grande majorité des cas, permettent d'établir le diagnostic. Qu'il me suffise de vous rappeler aujourd'hui que le sarcome, n'envahissant presque jamais (MM. Labbé et Coyne disent jamais) le système lymphatique, récidive en général moins souvent et moins rapidement que le carcinome.

Or, je vous le demande, que prouve une statistique qui ne repose pas sur cette distinction clinique capitale? On dit: J'ai opéré tant de cancers du sein et j'ai eu tant de récidives à telle ou telle échéance, et on en tire une conclusion. Mais dites-nous combien il y avait de sarcomes, combien de carcinomes; dites-nous aussi quelles variétés de carcinome du sein vous avez opérées, car les unes récidivent de suite et les autres beaucoup plus tard.

Une statistique opératoire ne sera utile et probante que si elle repose sur ces données.

Que faut-il entendre sous le nom de carcinome du sein?

Je ne vous signalerai que pour mémoire les discussions passionnées qui s'élevèrent il y a une trentaine d'années sur l'existence d'une cellule cancéreuse spécifique. L'histologie pathologique, qui a fait de si grands progrès depuis cette époque, est fixée à cet égard. Je me con-

tente de vous rappeler la définition histologique de MM. Cornil et Ranvier : " Le carcinome est une tumeur composée d'un stroma fibreux limitant des alvéoles qui forment, par leur communication, un système caveux; ces alvéoles sont remplies de cellules libres les unes par rapport aux autres dans un liquide plus ou moins abondant."

Il est, toutefois, une définition qui nous intéresse davantage au point de vue clinique. Voici celle que je vous propose :

Le carcinome du sein se présente sous la forme d'une tumeur n'atteignant pas en général un volume considérable, de consistance ordinairement dure, faisant corps avec la glande mammaire, contractant rapidement des adhérences avec la peau et les parties profondes, s'accompagnant presque dès le début d'un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle.

Quelle est la nature du carcinome? Quelques auteurs auraient une tendance à en faire une affection parasitaire, et cette opinion a été émise récemment dans les *Archives de médecine* (avril 1885) par M. Ledoux Lebard. Le cancer serait une affection purement locale produite par un agent animé venu de l'extérieur; pure hypothèse, bien entendu, car le microbe du cancer n'a pas été trouvé. Du reste, cette découverte ne changerait pas beaucoup la face de la question, car il n'en faudrait pas moins admettre l'influence de l'hérédité et la prédisposition individuelle. Velpeau n'avait-il pas déjà reconnu une influence locale en invoquant le traumatisme?

Cette idée d'infection primitive locale par un microbe n'aurait d'importance réelle pour la pratique que si nous en étions encore, comme en 1844, à discuter l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du sein, mais l'accord est unanime à cet égard parmi les chirurgiens, et des nuances seules nous séparent.

Les indications opératoires reposent sur la forme du carcinome. Or, cette tumeur affecte dans le sein plusieurs formes cliniques (je ne m'occupe pas ici des espèces histologiques) qui doivent être rapportées à deux principales : la *forme circonscrite* et la *forme diffuse*.

La forme circonscrite se définit d'elle-même.

La forme diffuse se présente sous plusieurs aspects : tantôt la peau est envahie dans une très grande étendue et constitue une sorte de cuirasse au-devant de la poitrine; ou bien ce sont de petits nodules disséminés à une distance plus ou moins grande du foyer principal; ou bien encore c'est une chaîne ganglionnaire non interrompue, qui va de l'aisselle sous la clavicule et gagne le cou. Enfin le carcinome, abandonné à lui-même, envahit les muscles, les côtes et quelquefois la plèvre.

Ces diverses formes sont des degrés de la maladie et nul doute qu'il faille s'abstenir alors de toute opération. L'accord est unanime parmi les praticiens doués de quelque expérience.

Mais il est une forme de carcinome diffus du sein sur lequel je désire appeler votre attention, c'est le carcinome diffus primitif, diffus d'emblée. Ordinairement le carcinome du sein, au début, est circonscrit; c'est-à-dire qu'il constitue une tumeur limitée, facilement isolable avec les doigts et qui peu à peu envahit tous les éléments de la région; celui-là, il convient de l'enlever le plus tôt possible. Mais parfois le néoplasme apparaît à la fois dans tous les points de la glande, on n'en saurait trouver les limites. La peau, la couche celluleuse, la glande, les lymphatiques sont pris à la fois. Il n'existe pas de tumeur pri-

prement dite, mais de la tuméfaction. Vous vous en forez une idée exacte quand je vous dirai que l'affection ressemble à une mammitte. C'est en effet une véritable mammitte carcinomateuse et, si ce n'était la marche, les antécédents, le diagnostic serait fort difficile à établir avec une mammitte vraie, de nature inflammatoire. La confusion a d'ailleurs été faite plusieurs fois au début, d'autant plus que, dans les deux cas, la peau peut présenter ce caractère sur lequel insistait Nélaton, l'aspect de la peau d'orange, qu'un élève de son service, le docteur Mauduit, avait signalé le premier.

Eh bien, faut-il opérer les malades atteintes de carcinome diffus d'emblée? J'ai l'habitude de dire qu'il existe dans le sein des tumeurs qu'il *faut* opérer, d'autres que l'on *peut* opérer et d'autres qu'il ne *faut pas* opérer. J'estime que le carcinome diffus appartient à cette dernière catégorie. On ne doit enlever un carcinome du sein que s'il y a certitude d'enlever la totalité du mal et même alors vous savez combien la récurrence est parfois rapide. Que sera-ce donc si vous n'avez pas la certitude contraire, puisque rien ne vous indique les limites de la néoplasie? C'est alors que la récurrence survient dans la plaie avant la cicatrisation et vous n'avez même pas la consolation de donner à votre malade l'apparence de la guérison. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait observé ce résultat lamentable. Je pense donc que l'abstention est de règle dans le carcinome diffus du sein, car loin d'être utile à votre malade, vous lui portez préjudice en lui imposant les sacrifices d'une opération et en abrégant ses jours.—*Abeille médicale.*

Traitement chirurgical de la péritonite.—M. Lawson TAIT rapporte, dans le *British Medical Journal*, neuf cas de péritonite aiguë traités chirurgicalement, en ouvrant largement l'abdomen, lavant ensuite la surface des intestins et les points où se rencontrent du pus ou d'autres liquides, et plaçant ensuite un drainage approprié au niveau du point malade. Tous les malades ainsi traités furent guéris. Le docteur Terrillon, jugeant ce procédé dans la Revue chirurgicale du *Bulletin de thérapeutique*, dit que cette intervention est complètement justifiée par la gravité des lésions et par la nature de l'inflammation et devrait être tentée plus souvent, au lieu de laisser mourir un grand nombre de malheureux qui seraient peut-être sauvés par ce moyen.—*Lyon médical.*

Alcoolisme et gangrène; par Dr Alfred ROUXEAU, professeur suppléant à l'École de Médecine de Nantes.

A une des dernières séances de la Société de Médecine, je citais le cas, tout récemment observé par moi, d'un industriel de l'est, qui, étant de passage à Nantes après un long trajet en chemin de fer, fut pris, dès son arrivée dans notre ville, d'un phlegmon diffus du périnée. M. J..., âgé de quarante et quelques années, de bonne santé habituelle, voyageait beaucoup pour ses affaires. Il était habituellement constipé, usait et abusait de l'aloès, et depuis quelque temps déjà éprouvait de temps à autre des douleurs vagues dans le fondement. Le phlegmon, sur les symptômes et la marche duquel je n'insisterai pas ici, se termina par gangrène des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, décollements profonds périmectaux et ouverture secondaire du rectum. Chez cet homme, la tendance à la mortification était si grande que, même après l'arrêt du phlegmon et des accidents gangréneux locaux, il se dé-

veloppa des eschares sur les points les plus habituellement comprimés par le fait du séjour au lit, c'est-à-dire sur le scrotum qui était assez fortement œdémateux et qui disparut dans toute sa moitié droite, laissant à nu le testicule correspondant, et sur la région trochantérienne droite dans une grande étendue. Ces eschares se développèrent avec une rapidité inouïe, rappelant absolument les accidents du décubitus aigu constatés dans certaines lésions de la moëlle et dans quelques cas de fièvre typhoïde adynamique. Elles furent très profondes, au point que le sphacèle du scrotum se prolongea jusqu'à la portion membraneuse de l'urèthre qui fut ouverte dans une notable étendue. La vitalité de quelques autres points des téguments comprimés, bien qu'à un moindre degré, par le séjour au lit, me sembla aussi fort compromise à un certain moment et je suis porté à croire que c'est en partie grâce aux frictions stimulantes que je fis pratiquer presque toutes les heures sur les points suspects, qu'il me fut possible d'éviter d'autres accidents gangréneux. Ce malade n'était point diabétique. Mais, depuis longtemps il absorbait chaque jour, sans s'enivrer du reste, des quantités énormes d'alcool : on peut évaluer à quatre litres en moyenne le vin qu'il prenait entre ses repas, indépendamment de celui qu'il absorbait à table, des apéritifs de toute sorte et de la bière dont il faisait un large usage, et de l'eau-de-vie dont il ne prenait que dans son café, mais à la manière de Normandie. Cet homme était fort, vigoureux, gras, les joues et le nez enluminés et couverts de varicosités capillaires ; les bruits du cœur étaient très faibles. L'état général fut relativement peu grave, la réaction fébrile peu intense chez lui ; il n'y eut que quelques exacerbations momentanées avec sueurs profuses au moment de la formation des eschares. Pendant longtemps je le mis à l'usage quotidien de sulfate de quinine. Il est guéri aujourd'hui en ce sens qu'il ne porte plus que des fistules rectales, nombreuses et profondes, dont la guérison complète sera bien difficile, je le crains, et bien longue.

Dans les mêmes jours, par une de ces coïncidences singulières qu'il n'est pas rare cependant de rencontrer dans le cours de la pratique médicale, un fait analogue était observé par mon ami le Dr de Larabrie. Il s'agit d'un homme dans une situation aisée, tout récemment retiré des affaires, âgé de soixante et quelques années, d'apparence robuste et de bonne santé antérieure. Cet homme était incontestablement alcoolique invétéré. Quatre ans auparavant, il avait eu un abcès de la marge de l'anus qui s'était parfaitement guéri ; tout récemment, enfin, il s'était beaucoup fatigué par des courses prolongées et des stations debout nullement proportionnées à ses forces. Sur ces entrefaites il fut pris d'un peu de gonflement et de douleur à la région anale avec gêne de la marche. Au bout de cinq jours, l'aggravation des phénomènes locaux, l'apparition de rétention d'urine et de fièvre forcèrent le malade à s'aliter. Lorsque M. de Larabrie le vit pour la première fois, c'est-à-dire le soir de ce cinquième jour, il put porter le diagnostic de phlegmon diffus de la fosse ischio-rectale gauche ; le scrotum et la verge présentaient un volume énorme et l'état général était mauvais. Une incision large et profonde donna issue à un verre environ de sanie gangréneuse infecte, collectée dans un vaste foyer qui remontait à dix centimètres au moins en dehors et en arrière du rectum. Le lendemain, des plaques de sphacèle apparaissaient sur le scrotum et la verge, et malgré de larges débridements pratiqués dans cette région, la tuméfaction et la

rougeur s'étendirent, envahirent la région iliaque et l'hypochondre gauche : de petites eschares apparurent sur les flancs ; l'état général s'aggrava et le malade s'éteignit dans un état adynamique et dans un demi coma, dix jours après l'apparition de la première douleur, cinq jours après la constatation du phlegmon diffus. L'examen des urines, pratiqué par M. Andouard, montra des traces de glycose, moins d'un gramme par litre. Disons qu'aucun antécédent du malade ne pouvait faire porter le diagnostic de diabète antérieur.

Ainsi donc, phlegmon diffus gangréneux des fosses ischio-rectales survenu chez des hommes vigoureux, ayant dépassé l'âge moyen de la vie, ayant eu tous les deux depuis plus ou moins longtemps une existence active et fatigante, tous les deux enfin, ayant eu antérieurement quelques petites misères du côté de l'extrémité inférieure du rectum, tel est le sommaire de ces deux observations qui me paraissent pouvoir rentrer dans cette catégorie de cas signalés en 1879 par M. Furneaux Jordan, comme étant le propre des hommes gras, lourds, parvenus à l'âge moyen de la vie, grands mangeurs et grands buveurs, actifs, toujours en mouvement, et exposés au froid et à l'humidité.

Voici comment il est possible, du reste, d'établir dans ces deux cas l'enchaînement des faits : mauvais terrain créé par l'alcoolisme, *locus minoris resistentiæ* manifestement établi du côté du rectum, enfin cause occasionnelle fournie par la fatigue.

Les traces de glycose constatées dans l'urine de l'un des deux malades, quelques heures avant l'issue fatale, ne me paraissent pas de nature à modifier le diagnostic. La glycosurie ne me paraît là qu'un épiphénomène, un accident absolument fortuit. Car si, d'une part, il est impossible de nier un diabète antérieur par le seul fait de l'absence de symptômes diabétiques antérieurs, il est non moins vrai, d'autre part, qu'il existe des faits, assez rares du reste, de glycosurie consécutive à la gangrène ; d'autre part, ces deux malades étaient manifestement alcooliques et alcooliques invétérés, et l'influence de l'alcoolisme comme cause prédisposante efficace de sphacèle est nettement établie aujourd'hui.

Les premiers faits de gangrène alcoolique furent signalés peu de temps après la découverte des gangrènes diabétiques, c'est-à-dire vers 1856. C'est Marchal, de Calvi, qui semble avoir le premier décrit les unes et les autres. Depuis cette époque les observations se sont multipliées, et il est acquis aujourd'hui que l'intoxication alcoolique chronique prédispose singulièrement à la gangrène et au phlegmon diffus, que les plaies les plus légères, le simple décubitus un peu prolongé, peuvent devenir, chez les alcooliques, l'occasion d'accidents terribles, d'eschares à marche rapide au sacrum et au trochanter, d'ulcérations phagédéniques, de septicémie gangréneuse aiguë, etc. Cette influence de l'alcoolisme n'a rien qui doive étonner. On connaît les lésions constantes de l'appareil circulatoire, des petits vaisseaux surtout, et les troubles de nutrition générale qu'il provoque. La nutrition est, en effet, ralentie chez les alcooliques, comme le démontrent l'abaissement de la température chez eux, l'augmentation de l'acide urique dans les urines, etc.

Bien plus, en 1877, au Congrès du Havre, M. Verneuil, dans une magistrale communication, admet que l'alcoolisme semble avoir une influence peut-être encore plus puissante que le diabète, le meilleur ter-

rain pour le développement du sphacèle paraissant d'ailleurs constitué par la réunion de ces deux intoxications, c'est-à-dire chez les alcool-diabétiques. Ladevèse, en 1867, était allé plus loin encore en soutenant que la diathèse phlogoso-gangréneuse née sous l'influence du diabète ne peut pas seule arriver à son point de manifestation et qu'il lui faut l'intervention d'une autre diathèse, l'alcoolisme en particulier. C'est la théorie à laquelle s'est rattaché mon ami et ancien collègue des hôpitaux de Paris, Girou, d'Aurillac, dans un travail fort étudié auquel j'ai emprunté la plupart des renseignements qui précèdent, Girou croit que la gangrène ne se voit guère, chez les diabétiques, que lorsqu'il y a concomitance d'alcoolisme ou de sénilité. L'analyse de plus de cent vingt cas lui a permis de tirer cette conclusion.

Nous résumerons notre pensée sur cette question des rapports de l'alcoolisme et de la gangrène et nous concluerons que : 1° les gangrènes considérées jusqu'aujourd'hui comme diabétiques paraissent être, la plupart du temps, des gangrènes alcool-diabétiques ; 2° l'alcoolisme et la gangrène, pris isolément, ont certainement une influence pathogénique bien moindre ; 3° mais les faits de gangrène purement alcoolique existent, plus nombreux peut être et plus positifs que ceux de gangrène purement diabétique. On ne peut, à mon avis, en appeler, contre l'existence des gangrènes alcooliques, à la rareté de ces accidents comparée au nombre considérable des alcooliques ou réputés tels. On pourrait tout aussi bien répondre que la gangrène est bien plus rare encore étant donnée l'espèce humaine en général. On ne peut arguer non plus des quelques succès opératoires obtenus chez des alcooliques. M. Albert Malherbe citait dernièrement, à la Société de Médecine de Nantes, le cas d'un vieil ivrogne qui ne passait pas un seul jour sans se griser abominablement et qui fut un jour écrasé par un tombereau : le genou fut broyé, et l'épaule, ainsi que le bras, dépouillé dans une notable étendue. Il fallut lui amputer la cuisse ; la réunion se fit par première intention et le blessé guérit parfaitement. Le même argument a été formulé dans le temps, et avec plus de fondement peut-être, contre l'existence des gangrènes diabétiques : les cas sont forts nombreux aujourd'hui de diabétiques opérés heureusement.

Quant à la question de la contre-indication opératoire créée par l'alcoolisme, question soulevée à cette même séance de la Société de Médecine de Nantes, il me semble qu'ici, comme partout en médecine, il faut faire la part des circonstances et bien peser, avant toute détermination, dans un sens ou dans l'autre, les risques que fait courir aux malades l'intervention chirurgicale, et les conséquences qui peuvent résulter de la non-intervention. Du reste, et ceci paraîtra peut-être un paradoxe après ce que nous avons dit plus haut, il nous semble que le diabète doit continuer à tenir le premier rang, comme contre-indication opératoire. Il est si difficile, en effet, d'arriver à la connaissance exacte des antécédents alcooliques de ces malades qu'il serait imprudent, lorsqu'on a affaire à des diabétiques, tout au moins à des diabétiques mâles d'un certain âge, de se fier à leur parole quand il s'agit d'entreprendre chez eux une opération chirurgicale.—*Gaz. méd. de Nantes.*

BARBOCCI recommande, dans les cas d'anciens ulcères fétides, un mélange de parties égales de camphre et de charbon animal.—*Medical Age.*

Du cancer chez les syphilitiques.—Dans cette thèse, faite sous l'inspiration du professeur Verneuil, M. OZENNE arrive aux conclusions suivantes :

1^o L'association du cancer et de la syphilis constitue un état mixte, une hybridité pathologique bien définie.

2^o Dans la cavité buccale (langue, amygdale, etc.), elle se caractérise par des signes physiques qui peuvent revêtir trois formes : 1^o forme cancéro-scléreuse ; 2^o forme cancéro-gommeuse ; 3^o forme cancéro-sclérogommeuse, et par des symptômes fonctionnels particuliers.

3^o En général le diagnostic en est le plus souvent facile ; il se déduit de la solution des questions suivantes : 1^o Quelle est la nature de la tumeur ? 2^o Quelle est la nature de l'ulcération ? 3^o Si cette dernière est multi-diathésique, quelle est la variété de l'hybridité ?

4^o Le traitement ioduré produit une amélioration momentanée évidente.

5^o Dans les autres régions du corps, l'hybridité se rencontre également, mais ses caractères paraissent moins nombreux et moins accusés ; ils sont d'ailleurs en rapport avec l'état anatomique de la partie affectée.

6^o Envisagée au point de vue général, la question montre qu'il existe, dans quelques cas, une relation intime entre le cancer et la syphilis ; chacune des deux diathèses, en s'influençant réciproquement, donne lieu à des manifestations hybrides.

Le cancer rappelle la syphilis, sans paraître lui communiquer de gravité.

La syphilis crée des lieux de moindre résistance, qui favorisent le développement du cancer, dont elle modifie la physiologie habituelle, et agit sur les troubles fonctionnels, en particulier sur la douleur, qu'elle atténue ou abolit. Après avoir provoqué l'apparition du néoplasme, elle en retarde pendant quelque temps la marche. Mais, plus tard, elle disparaît de la scène et laisse le champ libre au cancer, qui reprend tous ses droits.—*Gazette médicale de Strasbourg.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Conception après l'ovariotomie bilatérale.—Dans la séance du 11 juillet 1884 de la Société de Gynécologie de Berlin (*Centralblatt f. Gynækologie*, n^o 45), M. le professeur SCHROEDER avait décrit une nouvelle méthode d'ovariotomie, consistant à enlever seulement les parties dégénérées de l'organe dans les cas où les deux ovaires sont malades, et à conserver la portion restée saine, et il avait rapporté à cette occasion six cas de cette opération (1 décès ; la patiente était hémophilique). Schroeder avait adopté cette ligne de conduite, afin de laisser aux patientes au moins la possibilité de devenir encore mères. Bien que chez les cinq patientes qui survécurent, la menstruation continuât, aucune d'elles ne devint enceinte. Or, le professeur SCHARTZ, de Rostock, vient de rapporter un cas d'ovariotomie double, où la conception a eu lieu quand même. (*Centralblatt f. Gynækologie*, 1885, n^o 23).

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, atteinte d'un kystome de l'ovaire gauche, qui remontait jusqu'au rebord costal. L'opération fut faite le

20 février 1880. L'ovaire gauche fut extirpé en entier, avec le tiers externe de la trompe de Fallope. On constata en outre que l'ovaire droit avait le volume d'une grosse noix avec dégénérescence kystique manifeste des follicules. Trois ligatures en masse furent placées à la base de l'ovaire, à travers le ligament large, et l'organe fut réséqué au-dessus de ces ligatures; on n'en laissa subsister qu'une portion large de 2 millimètres au plus, qu'on abandonna dans la cavité abdominale. La menstruation reparut le 9 mai et continua ensuite régulièrement.

La patiente se maria le 2 avril 1884. Les règles se montrèrent pour la dernière fois au commencement du mois d'août; les signes de grossesse apparurent au commencement de septembre, et le 12 mai 1885, la malade accoucha d'une fille à terme.

L'examen des tumeurs ne laissa pas de doute que l'ovaire gauche eût été extirpé en entier et l'ovaire droit en grande partie; l'oviducte droit avait été conservé. L'auteur est d'avis qu'il n'y a aucun motif d'admettre l'existence d'un troisième ovaire. Une circonstance qui rend le fait de la conception dans ce cas encore plus intéressant, c'est que la portion restante de l'ovaire avait été séparée du ligament large par trois ligatures en masse, à travers lesquelles l'alimentation du moignon avait continué à se faire.—*Journal d'accouchements.*

Traitement du placenta prævia.—Le Dr Malcolm McLEAN, dans une note lue à l'Académie de Médecine de New-York, a posé les conclusions suivantes au sujet de la conduite que doit tenir l'accoucheur dans un cas de placenta prævia :

1. Dans tous les cas, éviter l'emploi des astringents chimiques.
2. Si, dans un cas donné, l'hémorrhagie semble constituer le principal danger, il faut être prêt à pouvoir provoquer l'accouchement prématuré.
3. Dans le cas d'une primipare, chez laquelle les tissus sont plus ou moins rigides, le vagin doit être distendu au moyen du tampon ou autrement, jusqu'à ce que la dilatation du col se soit produite.
4. Il est plus sûr de pratiquer cette dilatation au moyen du dilateur de Barnes que de la laisser se faire par la tête du fœtus.
5. Quand le placenta est inséré latéralement (en tout ou en partie), et qu'il n'est pas indiqué d'accélérer le travail, on peut avoir recours à la méthode de Braxton Hicks, qui consiste à faire la version aussitôt que possible, par la méthode bi-manuelle, attirer en bas une jambe du fœtus et s'en servir (ainsi que du siège) comme d'un tampon sur les vaisseaux béants, et ensuite laisser l'expulsion de l'enfant se faire par les seules forces de la nature, aidées peut-être par une légère traction.
6. Quand c'est la tête qui se présente et que l'os est dilaté ou dilatable, rompez les membranes.
7. La version podalique doit être préférée au forceps quand la tête n'a pas encore franchi le col, surtout si celui-ci est sec.
8. Le tamponnement vaginal complet peut être pratiqué dans les cas où l'on n'a pas autre chose sous la main.
9. Les dangers d'empoisonnement septique par l'emploi judicieux de tampons et de dilateurs sont si légers qu'ils ne méritent pas qu'on s'y arrête.
10. Chaque fois que la chose est possible, la délivrance doit être faite avec promptitude.

11. Il faut avoir le plus grand soin de ne pas infecter le système de la mère au moyen de détritrus septiques etc, et, pour cela, observer toutes les règles de la plus scrupuleuse propreté.—*Weekly Medical Review.*

Des injections vaginales après le travail.—Le Dr CUSHING écrit de Berlin au *Boston Medical and Surgical Journal* que les injections vaginales après le travail sont maintenant mises de côté dans toutes les institutions de quelque renom, en Allemagne. Des hommes tels que Schröder, Gusserow, Winkel, Auman qui les employaient naguère, les ont aujourd'hui abandonnées, non seulement à cause du mal qu'elles produisent quelquefois, mais surtout parce que les mesures prophylactiques prises avant l'accouchement sont couronnées d'un tel succès que les injections deviennent inutiles; de fait la mortalité post-puerpérale est actuellement réduite à bien peu de chose. Les mesures prophylactiques en question se résument comme suit: après un bain et un lavage consciencieux de tout le corps, surtout des parties génitales, avec eau et savon, on emploie les douches vaginales avec une solution de sublimé à 1 p. 5,000, tandis que les parties externes et l'entrée du vagin sont lavées avec une solution à 1 p. 1,000. Chaque fois que, dans le cours du travail, il devient nécessaire de faire un examen, on emploie subséquemment la douche à 1 p. 5,000. Vers la fin du travail, on oint la vulve de glycérine au sublimé (1 p. 1,000.) La femme accouche sur le côté d'après la méthode anglaise introduite par Gusserow, et le cordon n'est lié que quand il cesse ou a cessé de battre.

Quand le placenta n'est pas promptement expulsé, on l'exprime par la méthode de Crédé, on administre de l'ergot, puis on lave le vagin avec la solution de sublimé à 1 p. 5,000. S'il y a eu quelque intervention manuelle ou instrumentale, on lave aussi la cavité utérine. Finalement la vulve est lavée au moyen de la solution au 1,000. Après cela, on ne pratique plus de douches. Les soins de propreté et le lavage quotidien de la vulve avec la solution à 1 p. 1,000 suffisent. On prend le plus grand soin d'éviter l'infection du système, soit par l'intermédiaire du médecin soit par celui de la garde. Tous deux doivent se laver soigneusement les mains et les avant-bras, tant avant que pendant et après la délivrance; avant de faire un examen la main est aussi passée dans une solution de 1 p. 1,000. Cette main n'est pas essuyée, mais, encore humide, on l'enduit d'huile douce.—*Weekly Med. Review.*

Coccyodynie; résection du coccyx.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une malade atteinte d'une affection très rare, peu connue dans son essence, que beaucoup d'entre vous probablement n'ont pas observée, dont la guérison est difficile, et pour laquelle je vais pratiquer une opération que je n'ai jamais faite ni vu faire.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans qui m'a été adressée par un confrère de province, le Dr MICHON, de Belabre (Indre). Après l'avoir soignée de longs mois sans résultat, il l'a envoyée d'abord à l'hôpital de Poitiers, où l'on n'a pas été plus heureux; puis il me l'a adressée à l'hôpital Beaujon, où elle est entrée le 1^{er} novembre 1884. Quand je

suis venu à l'Hôtel-Dieu, elle a demandé à me suivre, et c'est ainsi qu'elle est dans mon service depuis plus de sept mois. Tout ce que j'ai pu faire pour elle durant ce laps de temps a échoué, et le moment est venu d'une intervention plus active.

Les antécédents héréditaires et personnels de cette femme sont excellents, son père a une bonne santé ; sa mère est morte en quatre jours, à 39 ans, d'une maladie aiguë ; elle a trois sœurs qui sont bien portantes ; elle-même n'a jamais été malade. Elle a été réglée à 13 ans facilement, et—c'est ici que commence la partie intéressante de son histoire—elle s'est mariée à 20 ans. Devenue enceinte presque aussitôt, elle a accouché, le 5 décembre 1882, debout, appuyée contre un meuble. Après l'accouchement, qui n'a pas eu de suites fâcheuses immédiates, elle s'est mise au lit. Mais le lendemain et les jours suivants elle est restée levée deux ou trois heures ; le cinquième jour elle a donné un repas de famille pour lequel elle a vaqué à toutes les occupations du ménage. Le huitième jour, c'est-à-dire le 13 décembre, elle a été prise de coliques violentes, de douleurs dans le ventre qui l'ont obligée à s'aliter, et depuis elle ne s'est plus relevée.

Ainsi, l'origine de l'affection semble nette : c'est un accouchement dans des conditions anormales et l'absence de soins consécutifs.

Elle éprouvait, surtout en allant à la selle, des douleurs très violentes dans le ventre et dans le bassin, et ces crises douloureuses étaient si vives qu'elle croyait mourir : elle souffrait plus que pour accoucher. Le médecin de la localité ordonna le repos et mit en œuvre les cataplasmes, les vésicatoires, tout ce qu'il est d'usage d'employer en pareille circonstance. Les douleurs ne disparurent pas, et pendant seize mois elle resta en traitement entre les mains du Dr Michon, qui s'occupait surtout de l'utérus.

Voyant que la malade souffrait de plus en plus, que chaque selle provoquait des douleurs paroxystiques qui duraient plusieurs heures, il l'envoya à l'hôpital de Poitiers. Là, on crut à une fissure à l'anus ou à une contracture des sphincters analogue à celle que provoque la fissure, et l'on pratiqua la dilatation forcée, deux fois en trente-cinq jours ; on fit même la cautérisation de l'anus avec le nitrate d'argent. Tout cela n'eut d'autre résultat que d'augmenter les douleurs. C'est alors que la malade revint à Paris. J'ai essayé un certain nombre de traitements et surtout le repos prolongé, cet adjuvant si puissant de beaucoup de médications. J'ai attendu sept mois et les douleurs ont augmenté plutôt qu'elles n'ont diminué. Au reste, voici quel est l'état actuel.

Cette femme se plaint de souffrir dans le bassin, dans les régions anale et sacro-coccygienne. L'examen le plus attentif, l'exploration la plus minutieuse de l'anus, du rectum, de la vulve, de l'urèthre, de la vessie et de l'utérus ne donne pas la moindre indication sur les causes de la maladie. Tous les organes paraissent absolument sains et ne présentent aucune lésion matérielle appréciable. Seule la peau, au niveau de la pointe du coccyx, offre une dépression assez profonde, congénitale, vestige d'une disposition transitoire qu'il n'est pas rare de rencontrer chez l'homme comme chez la femme, et qui n'a pas de rapport avec l'affection actuelle.

Donc absence de signes physiques ; tout se borne à un symptôme, à un seul, très prononcé : la douleur. Elle est spontanée et provoquée.

Elle est spontanée en ce sens qu'elle est constante, tandis qu'au début elle était paroxystique et laissait des moments de répit. Il semble à la malade qu'elle a un poids dans le rectum, qu'on la pique ou qu'on la ronge dans la région de l'anus. Cette douleur s'exagère si la malade se lève, marche, toussé, s'assied ou va à la selle. Elle n'est pas absolument fixe, elle s'irradie vers le sacrum et les fosses iliaques. On l'augmente par la pression sur l'articulation sacro-coccygienne, exercée soit en arrière sur les téguments, soit en avant par le toucher rectal. Enfin, si l'on saisit le coccyx entre les doigts, on lui imprime des mouvements sur le sacrum, et cette mobilité est un peu plus grande qu'on ne le rencontre d'ordinaire, sans que je la croie pourtant liée à l'affection qui nous occupe.

Dans ces circonstances, il est étonnant de voir que la santé générale s'est conservée. La malade a bonne mine, elle n'a pas maigri, elle digère bien, elle dort quand elle trouve une position favorable en se couchant sur le côté de façon à faire porter le poids du corps sur une tubérosité de l'ischion; elle est réglée régulièrement et sans douleur. Enfin, on ne peut dire qu'elle soit nerveuse; elle est énervée par ses longues souffrances, mais elle n'a jamais eu de crise hystérique, d'hypéresthésie, etc.

A quelle affection avons-nous affaire? Il est difficile de répondre. En réalité, nous n'en savons rien: nous ne constatons que de la douleur sans lésion organique appréciable et nous disons que la malade a une *douleur du coccyx* ou, d'un mot, une *coccydynie*. Cette affection, bien qu'elle ait existé sans doute de tout temps, n'a appelé l'attention que depuis 1844, époque où elle a été signalée par un médecin américain, Mott, de Mobile, qui a appliqué à son traitement une opération sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Plus tard Simpson, d'Edimbourg, la fit connaître dans ses leçons et dans un mémoire (1861-63). Vers la même époque, Scanzoni en Allemagne (1863), Hoerschelman en Russie, en publiaient des observations (1862). Jencks (1873), Allingham (1876) et, chez nous, Nêlaton, Dolbeau, Gosselin en ont également rapporté plusieurs cas. Toutefois la cause en est encore inconnue. Il semblerait que c'est le traumatisme de l'accouchement qui aurait agi sur une fibre nerveuse, car la maladie a toutes les apparences d'une névralgie, sauf qu'elle est continue—mais la lésion matérielle n'a pas été découverte. Si l'on a observé des cas analogues chez l'homme ou chez l'enfant, il s'agissait d'une névralgie de la région coccygienne ou sacrée qui n'avait qu'une courte durée; mais une affection qui se prolonge aussi longtemps que celle qui est sous nos yeux, voilà la vraie *coccydynie*, et je serais disposé à admettre qu'elle est propre à la femme, consécutive à l'accouchement et résulte d'un traumatisme sur la région sacro-coccygienne.

Qu'allons-nous faire à notre malade? D'abord on avait pensé que la métrite chronique, consécutive à l'accouchement, pouvait être la cause de l'affection, et l'on avait institué le traitement approprié; aujourd'hui le col de l'utérus, qui était en effet un peu gros, est tout à fait sain. Nous avons eu recours aux injections hypodermiques, aux pointes de feu, aux pulvérisations de bichlorure de méthyle, etc., sans obtenir aucun résultat. Reste un moyen, employé pour la première fois par Mott, de Mobile: c'est l'ablation du coccyx. Simpson avait d'abord fait une opération, moins grave en apparence et qu'a imitée

Nélaton : je veux parler de la section des parties molles sur les côtés du coccyx, dans le but de couper les filets nerveux. Mais ses malades ne guérissent pas et il dut recourir à la résection. Scanzoni, Allingham ont fait également avec succès l'ablation du coccyx et c'est cette opération que je vais pratiquer. Je ne saurais vous dire si elle est difficile ou non, mais voici comment je compte procéder. La malade étant couchée sur le côté droit, afin que mon indicateur gauche puisse pénétrer dans le rectum pour me servir de point d'appui et repousser l'os en arrière, je ferai une incision médiane dépassant de un centimètre en haut l'articulation sacro-coccygienne en bas de la pointe du coccyx. J'arriverai couche par couche presque sur l'os en divisant le ligament postérieur de l'articulation. Avec la rugine ou le bistouri, je détacherai les parties molles et avec un ciseau et un maillet je désarticulerai le coccyx que j'attirerai en arrière avec un davier pour détacher le sphincter externe et les ligaments latéraux en évitant de blesser le rectum. Loin de chercher à faire une résection sous-périosée sur le côté, j'enlèverai au contraire quelque peu des parties molles, afin de détruire aussi quelques filets nerveux. L'opération achevée, nous laverons la plaie avec la solution phéniquée forte et nous terminerons par le drainage et la suture.—*Praticien.*

Lactation insuffisante, ses causes. Influence des médicaments ; par Th. DOLAN (anal. in. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 3 février 1885).—Voici les propositions qu'émet l'auteur d'après ses expériences :

- 1o. Toute action thérapeutique sur la sécrétion lactée n'est possible que par le sang ;
- 2o. Toutes les liliacées, les crucifères, les solanées, les ombellifères, passent dans le sang et le lait ;
- 3o. Il n'y a pas de galactogènes véritables ; l'action du jaborandi est incertaine ;
- 4o. La belladone est un antigalactogène ;
- 5o. La proportion des sels du lait peut être augmentée par des médicaments ;
- 6o. Les diurétiques, les purgatifs, etc., peuvent être administrés à l'enfant par le lait maternel ;
- 7o. Les moyens diététiques et hygiéniques améliorent la quantité et la qualité du lait.

Les causes de la lactation insuffisante sont :

- 1o. La formation insuffisante des utricules glandulaires ou des épithéliums. Ici le traitement est impuissant. La pléthore générale est supprimée par la diète et l'huile de ricin ;
- 2o. La torpidité de la mamelle : électricité, cataplasmes chauds, ventouses ;
- 3o. Anémie et alimentation insuffisante.

Dolan attache une grande importance à la carie dentaire ; il considère la population campagnarde comme très saine sous ce rapport et les femmes peuvent allaiter le plus souvent.—*France médicale.*

Traitement du cancer de l'utérus.—La question du cancer de l'utérus, qui a été soulevée dernièrement à la Société de chirurgie, est assez complexe, et l'on ne peut dès lors s'étonner qu'elle ait donné lieu à des appréciations très diverses de la part des membres de cette

Société dont quelques-uns, et parmi les membres les plus éminents, ont préconisé hautement l'extirpation totale ou simplement des opérations partielles, en apportant des observations probantes à l'appui de cette manière de voir. M. SIREDEY admet qu'il est incontestable que, dans certains cas, une opération radicale peut amener une guérison, sinon complète dans le sens absolu du mot, au moins assez durable, et permettant une survie assez longue pour la justifier; et, pour ne citer qu'un fait, il a parmi ses clientes une malade ainsi opérée par M. Verneuil, il y a plus d'une année, d'un cancer du col dont la nature a été vérifiée histologiquement, et chez laquelle on n'observe pas jusqu'ici la moindre menace de récurrence.

Toutefois, les faits dans lesquels une intervention chirurgicale de ce genre est utile sont extrêmement rares, et cela pour deux raisons: c'est tout d'abord que, dans la grande majorité des cas, le médecin n'est consulté que lorsque la lésion est beaucoup trop avancée pour qu'une opération radicale puisse être raisonnablement tentée; c'est ensuite qu'à l'époque où l'intervention serait sûrement utile, le diagnostic est encore très difficile. M. Lucas-Championnière a fait remarquer à ce propos, dans cette discussion, qu'un certain nombre d'ulcérations simples du col avaient été certainement enlevées comme cancéreuses, alors qu'un traitement médical eût pu montrer qu'elles étaient sans gravité. M. Siredey partage absolument cette manière de voir et estime que c'est là un côté de la question sur lequel on ne saurait trop insister, car il est impossible de ne pas reconnaître que la vulgarisation de l'opération du cancer du col utérin constituerait un danger réel pour les malades, en ce sens que, dans des mains trop hardies ou même peu scrupuleuses, elle perdrait bien vite son caractère d'opération d'exception et les occasions de la pratiquer se multiplieraient certainement de la façon la plus regrettable. Il est permis de rappeler, sans froisser aucune susceptibilité honorable, que l'on a vu parfois des opérateurs, d'ailleurs très habiles, extirper un fragment de la luette destiné à jouer le rôle du polype du larynx si souvent diagnostiqué; n'est-il pas à craindre aussi, le fait s'est déjà vu, que l'extirpation d'un fragment du col ne rentre dans la même catégorie d'opérations utilitaires, avec cette différence toutefois que l'action chirurgicale est ici beaucoup plus dangereuse que dans le premier cas?

Cette raison ne suffirait évidemment pas pour faire proscrire en principe une opération dont l'utilité serait incontestable; mais ses avantages sont très discutés et ses indications se présentent si rarement d'une manière formelle qu'il n'y a pas d'intérêt pour les malades à ce qu'elle se généralise, d'autant plus que, dans la grande majorité des cas, des pansements bien faits et des soins hygiéniques bien compris donnent des résultats aussi avantageux sans faire courir au malade les risques d'une intervention opératoire souvent très dangereuse.

Voici d'ailleurs les moyens employés le plus souvent par M. Siredey dans les cas de cancer du col. Les cautérisations avec les caustiques légers tels que la teinture d'iode ou le nitrate d'argent doivent être proscrites, car elles ont l'inconvénient d'irriter les parties malades et de provoquer de la douleur et de la congestion sans avoir d'efficacité bien certaine contre la marche envahissante de la lésion. Elles jouent ici le même rôle que les substances irritantes sur les épithéliomas de la langue et des lèvres, qui ne font que favoriser l'extension du mal

et lui donnent un véritable coup de fouet. Ce n'est que dans les formes végétantes et qui s'accompagnent d'hémorrhagies, que les cautérisations doivent être employées, et il faut alors qu'elles soient énergiques et réellement destructives. Le fer rouge, l'acide chromique concentré ou, dans quelques cas, le caustique Filhos, remplissent alors parfaitement le but. M. Siredey a arrêté ainsi bien souvent, avec trois ou quatre applications de fer rouge, d'une façon définitive, des hémorrhagies menaçantes pour la vie à bref délai.

Quant à l'acide chromique concentré, son emploi doit être entouré de grandes précautions: les attouchements doivent être faits au moyen d'un tampon d'ouate plongé dans l'acide et exprimé avant son application; puis la cautérisation est suivie d'une injection à grande eau, car le liquide caustique peut fuser le long du spéculum et amener des inflammations graves. Cette dernière précaution est absolument indispensable, si l'on veut être assuré d'éviter les accidents qui rendent cette pratique assez délicate. Elle doit être renouvelée après chaque cautérisation et faite très largement.

En même temps, les injections détersives et antiseptiques doivent être employées d'une façon très régulière. M. Siredey prescrit habituellement la solution suivante :

Acide phénique cristallisé	25 grammes
Essence de thym.....	5 —
Alcool.....	150 —

Une ou deux cuillerées à café de cette solution pour une injection.

Après chaque injection, un tampon de ouate hydrophile, imbibé d'une solution de chloral au trentième, est introduit le plus profondément possible, en contact avec l'ulcération; ce tampon doit être renouvelé une ou deux fois par jour suivant l'abondance et la fétidité de l'écoulement.

Sous l'influence de ces pansements faits méthodiquement, on voit les parties se déterger, l'écoulement fétide se modifier, et les surfaces ulcérées prendre l'aspect d'une plaie de bonne nature. Dans quelques cas, même un commencement de cicatrisation peut se produire, sans qu'on puisse voir là, cependant, l'indice d'une guérison sur laquelle il n'est guère permis de compter. Néanmoins, les symptômes de l'affection sont tellement amendés que le résultat est certainement supérieur ou tout au moins équivalent à celui que donnerait une opération partielle.

Il est une remarque importante à faire, au point de vue de l'emploi du tamponnement pour combattre les hémorrhagies. Dans certaines formes de cancer qui ont été décrites sous le nom d'*ulcus rodens* et étudiées en particulier par Aran, les parois du col et même du corps sont en quelque sorte rongées par la lésion de telle sorte qu'elles ne constituent plus qu'une coque mince recouvrant une vaste caverne et sont susceptibles de se rompre sous le moindre effort. Il est donc nécessaire, quand on soupçonne cet état particulier, de ne placer qu'un tampon médiocrement serré et qui ne puisse donner lieu à un semblable accident.—*Journal de la Santé publique.*

Diagnostic de la gonorrhée chez la femme.—A une récente séance de la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Paris, M. MARTINEAU a indiqué un moyen facile de diagnostiquer, chez la femme, la blennorrhagie de la vaginite simple. Ce moyen consiste dans la réaction chimique du pus. Ce pus est toujours acide dans la vaginite spécifique, tandis qu'il est alcalin dans la forme simple, un morceau de papier tournesol devra donc régler la question. Dans les cas de viol supposé, ce signe devient très important, attendu que si la vulvite s'accompagne d'un écoulement purulent acide il devient évident qu'elle est de nature blennorrhagique.

PÆDIATRIE.

La pleurésie chez les enfants et son traitement; d'après le Dr V. SIMMONDS, dans le *Practitioner*.

Un très grand nombre de cas de pleurésie chez les enfants sont secondaires; ils arrivent souvent après la scarlatine, la pneumonie lobaire et lobulaire, à la suite des maladies de la cage osseuse du thorax, de la fonte purulente des ganglions lymphatiques dans la tuberculose.

100 cas observés par l'auteur se répartissent de la manière suivante:

Consécutifs à la pneumonie.....	14
— à la scarlatine.....	14
— à la tuberculose.....	12
— à la rougeole.....	8
— au traumatisme.....	6
— à la fièvre typhoïde.....	5
— à la carie des os.....	2
— à la coqueluche.....	} 2
— à la diphthérie.....	
— au kyste hydatique du foie.....	
Primitifs.....	26

Sur 240 observations, 140 furent prises chez des petits garçons, 100 chez des petites filles (130 de 5 ans et au-dessous, 82 entre 5 et 10 ans, 28 entre 10 et 15). Sur 175 cas, 103 étaient à gauche, 65 à droite, 7 des deux côtés. Le pronostic dépend un peu de l'affection primitive, beaucoup de l'état de santé de l'enfant. Les cas non compliqués chez les enfants très développés sont d'un bon pronostic, surtout dans les cas où une opération n'a pas été faite. L'aspiration pour décider entre l'infiltration et l'exsudation est un secours très utile dans le diagnostic. Quand il est possible d'opérer, l'intervention est positivement indiquée, dans le cas où il n'y a pas eu perforation dans la substance du poumon, et que les circonstances ne permettent pas d'espérer la guérison spontanée; même après la perforation, une opération sera faite si l'exsudation ne diminue, si elle devient putride, si l'état général de l'enfant ne s'améliore pas. La ponction aspiratrice est la méthode de traitement la plus incertaine. Des 48 enfants traités par cette méthode, 10 guérirent complètement, la plupart à la suite de l'évacuation du pus par les bronches; chez 20 il fallut plus d'une opération, 16 guérirent, 6 ne furent pas améliorés et 6 autres moururent.

— *Revue des maladies de l'enfance.*

De l'érysipèle des enfants.—Conclusions d'une leçon de M. le Dr DESCROIZILLES, à l'hôpital des Enfants-Malades :

L'érysipèle de la face est encore bien plus rarement grave chez l'enfant que chez l'adulte. Je l'ai souvent rencontré en même temps qu'une fièvre assez intense, mais jamais, dans les faits qui se sont présentés à mon observation, il n'a coïncidé avec des troubles nerveux importants. La guérison est presque toujours rapide, mais elle ne survient qu'après une phase de desquamation qui dure quelquefois plus d'une semaine. Cette desquamation a été fortement accentuée chez notre malade, après la seconde comme après la première atteinte, et les larges lambeaux, qui recouvraient les points occupés antérieurement par l'exanthème, avaient le même aspect que ceux qui se forment après l'éruption scarlatineuse.

Si je crois pouvoir affirmer que le pronostic de l'érysipèle facial est bénin chez presque tous les enfants qu'il atteint, je dois ajouter cependant qu'il y a des exceptions à cette règle et que je ne saurais trop souvent rappeler un cas que j'ai plusieurs fois mentionné déjà et dans lequel il s'agissait d'un enfant de 12 à 13 ans qui fut frappé d'ophtalmie purulente, de fonte complète du globe oculaire, à la suite d'un érysipèle des paupières, survenu lui-même pendant la période éruptive d'une scarlatine. Fort heureusement, ce fait est à peu près unique, jusqu'à ce jour, dans la science. Je n'ai que peu de mots à dire du traitement de l'érysipèle infantile : les vomitifs et les laxatifs suffisent en général à parer à toutes les indications, et les topiques sont d'une utilité très douteuse. Toutefois, il est sage d'associer les alcalins aux évacuants, lorsque la manifestation cutanée se rattache à la diathèse arthritique. C'est ce que j'ai fait dans le cas actuel, et j'ai donné jusqu'à 3 grammes de bicarbonate de soude par jour.—*Paris médical.*

Trois cas d'ataxie locomotrice chez des enfants.—Ces faits ont été observés par M. B. REMAK, à la clinique ophtalmologique du Dr HIRSCHBERG. Le premier est relatif à une petite fille de douze ans. Ses parents étaient syphilitiques depuis longtemps au moment de sa naissance ; elle devint malade à la suite d'une plaie de tête suivie de douleurs pendant la miction, incontinence des matières fécales, vertiges, vomissements, ptosis, diplopie, douleurs lancinantes et diminution de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmoscopique montra des deux côtés une atrophie du nerf optique ; le symptôme de Westphal et les troubles sensitifs existaient aux deux membres inférieurs. Amélioration de quelques symptômes par l'iodure de potassium et le nitrate d'argent.

2^o Un garçon de quatorze ans, dont les parents n'étaient pas syphilitiques, souffre de douleurs lancinantes, de difficulté pour uriner, de diminution de l'acuité visuelle. Atrophie des nerfs optiques et symptôme de Westphal.

3^o Garçon de seize ans, né de parents syphilitiques,—son père présente même des symptômes d'ataxie au début,—se plaint, depuis plusieurs années, de douleurs pour uriner, de douleurs violentes sur le trajet des diverses branches de la cinquième paire, de troubles de la vision ; atrophie des nerfs optiques ; symptômes de Romberg et de Westphal.

L'auteur croit que la syphilis héréditaire a joué le principal rôle

dans l'étiologie. Il émet, en outre, l'opinion que l'ataxie locomotrice est beaucoup moins rare qu'on ne le croit chez les enfants. Par suite de son caractère franchement chronique, il arrive presque toujours que les symptômes du début passent inaperçus.—*Abeille médicale.*

Le tétanos des petits enfants.—Le fait même qu'un grand nombre de causes ont été invoquées pour rendre compte de la première kinésionévrose de la vie, montre bien que pas une de ces causes ne s'impose d'une façon péremptoire. La façon la plus satisfaisante qu'il y ait d'arriver à concevoir correctement cet état particulier, consiste dans l'appréciation de l'état nerveux de l'enfant en général, aussi bien que dans la recherche de l'épine qui, dans chaque cas particulier, a été la cause immédiate de l'irritation.

Le système nerveux, au commencement de la vie, rend compte des phénomènes physiologiques qu'on observe à cette époque. Quoique le cerveau soit comparativement ample dans ses dimensions, son état manque de maturité. Il est mou par le fait de l'immense quantité d'eau qu'il contient, pâle en couleur, avec une substance grise et des circonvolutions peu développées. Aussi les fonctions cérébrales proprement dites existent-elles seulement en expectative, tandis que la moëlle épinière a, dès la naissance, un large développement et une activité fonctionnelle marquée. L'action réflexe, qui est une des propriétés caractéristiques de la moëlle, domine conséquemment l'action volontaire dans les premiers temps de la vie. A cette époque, avec des centres spinaux actifs et facilement irrités; avec une cervelle aqueuse incapable de contrôle et d'énergie, il y a lieu de s'étonner que les troubles réflexes du mouvement ne soient pas encore plus nombreux qu'ils le sont en réalité. Il y a beaucoup de voies par lesquelles les irritants peuvent agir sur un système nerveux instable et produire le tétanos. L'irritation et l'inflammation des vaisseaux ombilicaux ont été notées par un grand nombre d'observateurs. Parmi les autres causes, on compte : un air impur, diverses perturbations atmosphériques, l'état de malpropreté sur la personne et dans l'habitation, les violences subies par l'axe cérébro-spinal pendant la parturition et enfin la méningite. On croit, depuis ces derniers temps, qu'un prépuce adhérent peut devenir un facteur de la maladie. En 1846, le Dr Marion Sims a, le premier, avancé cette idée que le tétanos était dû à une pression des centres nerveux, causée par le déplacement en dedans de l'os occipital, et le Dr J. F. Martigan a appuyé récemment cette idée de Marion Sims sur des observations et des autopsies. Beaucoup d'observateurs excellents n'ont pourtant pas été capables de découvrir un déplacement notable de l'os occipital au commencement de la maladie, et il est probable que le *tetanos infantum* a, dans beaucoup d'autres cas, des causes différentes. Il semblerait naturel d'attacher la plus grande importance à rechercher si un trauma n'a pas été l'origine de tout, ou s'il n'y a pas quelque part une épine par laquelle l'excitation est entretenue et qu'il faudrait s'efforcer d'écarter.—*N.-Y. Medical Record.*

De l'amygdalite et de ses relations avec les accès fébriles de l'enfance.—L'amygdalite est une cause fréquente et trop souvent méconnue des accès de fièvre qui surviennent chez l'enfant. Lorsqu'un accès de fièvre survient chez l'enfant, et qu'un examen

attentif a permis au clinicien d'exclure toute affection inflammatoire des trois grandes cavités splanchniques, il est souvent tenté de se payer de mots, et le terme *fébricule* arrive aussitôt sur la lèvres. Dans les cas de ce genre, bien que l'enfant ne se plaigne en aucune façon de sa gorge, il trouvera à l'examen de cet organe l'explication de l'accès; il constate souvent alors une inflammation des amygdales qui lui donne l'explication des symptômes fébriles. Souvent la douleur et les signes objectifs de l'inflammation gutturale ne se manifestent que deux ou trois jours après le début des accès fébriles.

L'accès peut débiter par un état de langueur, la perte de l'appétit, ou bien par des vomissements et même des convulsions. Au début, à l'examen de la gorge, on constate simplement de la rougeur, accompagnée d'un léger gonflement de la luette et des amygdales qui ne tardent pas à se recouvrir d'une sécrétion purulente et à présenter tous les caractères de l'amygdalite folliculaire. Le traitement de ces accès aigus ne présente pas d'indications spéciales, mais dans les cas d'hypertrophie l'ablation des amygdales est formellement indiquée, elle diminuera et même pourra faire complètement disparaître les attaques aiguës.—*Med. Times and Gazette*

De la roséole (Rotheln, Rougeole Allemande).—Société de médecine interne de Berlin. M. KLAATSCH développe certaines considérations historiques, concernant la roséole. Il rappelle que, dès la fin du siècle dernier, on avait séparé la roséole des exanthèmes plus ou moins voisins de la rougeole, de la scarlatine; seulement, dans la plupart des descriptions qui datent de cette époque, la roséole est représentée comme une simple variante de la scarlatine (Heim). Dans la première moitié de ce siècle, on voit s'accumuler les observations relatives à un exanthème d'une bénignité remarquable et qui se montre avec une grande fréquence dans les intervalles de temps qui séparent les épidémies de rougeole et de variole. Schonlein considérait la roséole comme une affection hybride, les manifestations de la peau ressortissant à la scarlatine et celles des muqueuses à la rougeole, ou inversement. Les travaux de Hébra ont fait prévaloir l'opinion que la roséole n'est qu'une scarlatine ou une rougeole modifiée. Enfin dans ces derniers temps Thierfelder, Wettenheimer Thomas en Allemagne, ont repris la doctrine qui voyait dans la roséole une affection ayant son existence propre, doctrine qui domine aujourd'hui. Elle est basée sur des raisons tirées de trois caractères principaux, à savoir: la forme spéciale de l'exanthème, sa grande bénignité, enfin ce fait d'observation que les malades qui ont eu la roséole n'acquièrent pas l'immunité contre la rougeole et la scarlatine. M. Klaatsch a eu l'occasion d'observer deux épidémies de roséole et il en a rapporté cette conviction qu'il s'agit bien d'un exanthème *sui generis*. La première épidémie date de 1861 et la seconde de 1884-1885; la première atteignit entre autres les enfants en traitement à l'hôpital Sainte-Elizabeth. Elle faisait suite à une épidémie de rougeole qui avait sévi au mois de septembre de la même année et elle s'attaqua à 22 enfants, dont 21 avaient eu précédemment la rougeole, 2 la scarlatine. L'évolution a été la même chez tous les enfants. Dans le cours de la dernière épidémie, M. Klaatsch a vu environ 40 malades qui se répartissaient entre 17 familles. Les symptômes étaient ceux d'une affection très bénigne, de durée très

courte. Le tégument externe était parsemé de taches d'un rouge vif; régulièrement espacées les unes des autres. Tantôt l'exanthème a l'aspect d'un piqueté, tantôt il est constitué par des taches de 0.5 à 1 centimètre de diamètre, plus claires au centre, entourées d'un bord foncé, à contours le plus souvent sinueux. Ces taches sont très confluentes, séparées le plus souvent par des intervalles de peau saine. L'exanthème peut s'étendre à toute la surface du corps; d'autres fois il reste circonscrit à certaines régions. Ni le cuir chevelu, ni les paumes des mains et les plantes des pieds n'en sont respectés. Parfois l'exanthème s'accompagne de démangeaisons. L'éruption débute par les parties supérieures du corps et s'étend de haut en bas: quelquefois toute l'étendue du tégument externe est envahie en l'espace de 12 heures; il est rare que l'exanthème mette plus de 24 heures à atteindre son apogée; il met une égale rapidité à disparaître. La durée de l'éruption est généralement de trois jours, exceptionnellement de cinq. Dans une bonne moitié des cas, il n'y a point de fièvre. Quand il existe un mouvement fébrile, la température interne se maintient aux abords de 38°; elle monte rarement à 39°. Même alors, l'état général est des meilleurs. Comme manifestations concomitantes de l'exanthème cutané, on a observé de l'injection des conjonctives, de la rougeur uniforme, non douloureuse, du pharynx, un engorgement tout particulier des ganglions lymphatiques et principalement des ganglions cervicaux.

L'affection suit presque toujours une marche très bénigne; sa contagiosité paraît être peu prononcée, mais elle n'est pas à mettre en doute. La durée de la période d'incubation est difficile à préciser; cependant Klaatsch est d'accord avec Mettenheimer et Thomas, pour admettre que dans bien des cas la période d'incubation atteint une durée de 17 à 28 jours. Huit des malades traités par Klaatsch étaient âgés de 18 à 35 ans. La marche a été la même que chez les enfants.

Bref, M. Klaatsch est convaincu qu'il a eu affaire à une maladie exanthématique distincte de la scarlatine et de la rougeole. La chose a une importance pratique réelle, à un point de vue entre autres: des enfants qui viennent d'avoir eu la roséole ne sauraient être exclus des écoles publiques pour une durée aussi longue que les enfants qui ont eu la rougeole (cinq semaines en Allemagne); un isolement de huit jours suffira largement.—*Journal des Sociétés scientifiques.*

Alcoolisme chez les prédisposés.—M. FÉRÉ fait, à la Société médicale des hôpitaux, une communication établissant la facilité avec laquelle l'alcoolisme se déclare chez les sujets qui y sont prédisposés. Lasègue les a appelés les alcoolisables. M. Féré a observé un individu qui avait des prédispositions mentales héréditaires. Plusieurs troubles psychiques à l'âge de 40 ans, caractérisés par des scènes de jalousie sans motifs, des hallucinations, du tremblement. Cet homme ne buvait qu'une demi-bouteille à chaque repas. M. Féré crut que c'était la cause des désordres psychiques; il supprima le vin et le calme se rétablit; le vin fut repris et les accidents reparurent. Il en était ainsi chaque fois que le malade buvait un peu de vin.

M. Féré cite un autre cas analogue.

TOXICOLOGIE.

De l'empoisonnement par le tabac.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.

Il vient de sortir de nos salles un jeune garçon de 16 à 17 ans qui, au moment de son entrée, présentait divers accidents vertigineux: il était pâle, anémié, ne pouvait se tenir sur son séant sans prendre un point d'appui et sans qu'immédiatement la tête lui tournât. Ces phénomènes se produisant surtout pendant que le malade était à jeun et s'accompagnant de divers troubles dyspeptiques tels que maux d'estomac, pituites, gonflement gastrique, constipation, nous ne tardâmes pas à reconnaître qu'il s'agissait là d'un vertige d'origine gastrique.

Mais quelle pouvait en être la cause? C'était là un point qui pouvait paraître difficile à résoudre *à priori*, puisque les vertiges liés à une altération de l'estomac sont rares à cet âge.

Nous ne tardâmes pas cependant à être renseigné à cet égard, et pour cela, il nous suffit de remonter à ses antécédents: nous apprîmes, en effet, que ce jeune homme avait pris la déplorable habitude de chiquer. Jusqu'à l'âge de 14 ans, il n'en avait éprouvé aucun inconvénient, mais dès cette époque, il constata pour la première fois des troubles dyspeptiques, analogues à ceux qu'il éprouve aujourd'hui, mais ayant une gravité beaucoup moindre. Il n'avait encore aucune espèce de vertige.

Deux ans après, c'est à dire dans ces derniers temps, et sans qu'il ait accru en rien sa consommation de tabac, ces vertiges apparurent en même temps que ces accidents gastriques prirent une intensité telle, qu'il se vit contraint d'entrer à l'hôpital.

Il est vrai que l'apparition de tous ces symptômes a eu, en dehors du tabac lui-même, une cause occasionnelle importante que je dois vous signaler. Le jeune homme a quitté son pays il y a quelques jours, il est venu à Paris chercher du travail et n'a pu en trouver, et il a éprouvé de ce fait des fatigues nombreuses en même temps qu'il a été soumis à une alimentation tout à fait insuffisante.

L'apparition de ces divers accidents, d'origine toxique, longtemps après le début de l'intoxication, pourrait faire rejeter l'opinion que c'est à l'intoxication du tabac que l'on doit les attribuer. Bien plus, on pourrait croire que ce jeune homme a acquis une certaine accoutumance par rapport à la nicotine, et que du fait même de son usage longtemps prolongé, il s'est mis à l'abri des inconvénients de cet agent toxique. C'est ainsi, dit l'histoire, que les choses se seraient passées à propos de Mithridate, qui s'était garanti de l'influence d'un poison par l'usage habituel de ce poison.

C'est là une croyance erronée, c'est l'inverse qui est la vérité. C'est sur les vieux fumeurs que vous observerez le plus souvent des accidents graves produits par le tabac.

Sans doute, le tabac produit des accidents gastriques primitifs, et il est fréquent de constater chez l'individu qui fume pour la première fois, des nausées, des vomissements, du malaise, etc. Mais ces accidents ne durent que quelques heures et disparaissent après. Les accidents tardifs sont d'une toute autre nature; ils sont plus profonds, persistants, graves, mais malheureusement ils sont le plus souvent mécon-

nus, en raison justement de leur apparition à une époque où l'accoutumance paraît définitivement acquise.

Ce qui se produit le plus souvent, c'est ce que nous avons observé chez notre malade.

Pendant fort longtemps, l'usage du tabac paraît indifférent; bien plus, s'ils éprouvent quelques malaises, quelques angoisses, quelque torpeur intellectuelle, c'est justement quand ils cessent de faire usage du tabac; aussi, c'est même pour cette cause qu'il est des gens qui, malgré leur désir de cesser de fumer, ne peuvent jamais y arriver.

Cette manière d'être, d'ailleurs, n'est pas spéciale au tabac, et on l'observe également chez les individus habitués à la morphine et chez les alcooliques. L'usage de ces divers poisons amène le système nerveux à un certain degré d'excitation qui est nécessaire à son fonctionnement. Lorsque l'on cesse de fournir cette excitation factice, on détermine une véritable défaillance du système nerveux, et c'est pour y remédier que l'on revient à ses anciennes habitudes.

J'ai connu un homme devenu progressivement alcoolique, et qui tous les matins en se levant était dans un état abominable. Son intelligence était à tel point obscurcie, qu'il ne pouvait se livrer à ses occupations, et il était, en outre, agité d'un tremblement tel qu'il lui était impossible d'écrire. Il lui suffisait de prendre plusieurs petits verres successifs pour que tous ces accidents disparaissent immédiatement. Malheureusement, la disparition des accidents nécessitait chaque jour une augmentation de la dose du poison absorbé, et la gravité des accidents augmentait chaque jour.

Je pourrais vous citer des exemples analogues chez les morphomanes et chez les individus qui abusent de l'usage du tabac.

Chez notre malade, les choses se sont passées un peu différemment; les accidents ont apparu, pour ainsi dire, un peu brusquement, et sans qu'il ait cessé l'usage du tabac. Il a suffi chez lui d'une circonstance amenant un trouble sérieux de son économie pour qu'immédiatement l'équilibre soit rompu et que la tolérance disparaisse. C'est là une particularité bonne à retenir et que vous aurez souvent l'occasion d'observer. Un homme, un fumeur endurci, ne s'est jamais plaint de l'usage immodéré du tabac, il se porte bien, mais il arrive un trouble quelconque dans son existence,—il s'agissait ici de fatigues excessives et d'alimentation insuffisante,—et immédiatement on voit apparaître des accidents qui jusque là étaient restés latents. Il serait bien difficile, vous le comprendrez sans peine, de reconnaître la véritable origine de semblables accidents, si l'on ignorait la manière d'être, la marche de l'empoisonnement par la nicotine.

Mais si la fatigue, l'épuisement nous rendent un compte suffisant des accidents observés, nous devons ajouter qu'ils se sont montrés d'autant plus aisément que l'alimentation insuffisante du malade laissait son estomac dans un état de vacuité relative dont il y a également lieu de tenir compte.

L'action physiologique d'un poison est d'autant plus prononcée, d'autant plus nette, que son absorption est plus considérable à un moment donné. Une dose déterminée qui met deux, trois heures à pénétrer dans le torrent circulatoire, ne détermine pas à beaucoup près les accidents qu'elle déterminerait si son absorption se faisait en une heure. Or, la vacuité de l'estomac, vous le savez de reste, est une des meilleu-

res conditions pour que l'absorption soit rapide. Aussi peut-on dire que chez notre jeune homme, les accidents sont dus non-seulement à l'influence générale résultant de son état d'épuisement, mais encore à ce que chez lui l'absorption du poison a été plus rapide qu'elle ne l'avait jamais été.

Le traitement d'un malade comme le nôtre a été des plus simples : il nous a suffi du repos, d'une alimentation substantielle pour le mettre en état de quitter l'hôpital. Est-il guéri pour cela ? Evidemment non. Il est certain, en effet, que ses malaises, ses vertiges réapparaîtront à la première occasion, à moins qu'il ne renonce à son habitude vicieuse. Nous l'y avons vivement engagé, mais le fera-t-il ? Il n'y a malheureusement que trop lieu d'en douter.—*Médecin praticien.*

Tentative d'empoisonnement par le pétrole.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. DUGUET. Le 8 mai, à 2 heures de l'après-midi, entraît dans le service de M. Duguet une femme de 48 ans, lingère, alcoolique, hantée depuis longtemps par des idées de suicide et qui avait pris trois verres de pétrole à 11 heures du matin dans le but de s'empoisonner.

La malade fut déshabillée, couchée. On lui administra 2 grammes d'ipéca, à la suite duquel elle rendit des vomissements qui sentaient le pétrole. On lui fit prendre du lait ; elle le rendit avec du pétrole qui surnageait ; l'haloïne, les selles sentaient le pétrole.

Dans l'après-midi la malade rendit de l'urine qui se divisa en deux couches, l'une supérieure formée de pétrole, l'autre inférieure formée d'urine.

Pendant quatre jours on retrouva du pétrole dans l'urine. Ainsi le deuxième jour il y avait une couche de 5 centim. qui surnageait dans le bocal d'urine, le troisième une couche mince, le quatrième on ne trouvait qu'une odeur de pétrole, et le cinquième il n'y avait plus rien. En même temps que cette élimination du pétrole par le rein, il y avait quelques cylindres hyalins et cellules épithéliales dans l'urine, avec de l'albumine ; tous ces signes d'une irritation du rein disparurent en même temps que cessa l'élimination du pétrole.—*Journal des Sociétés scientifiques.*

Empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère.—M. BROUARDEL a relaté, à la *Société de médecine légale*, le fait suivant :

J'ai été consulté dernièrement, dit-il, sur la question de savoir si un enfant de 12 mois avait pu être empoisonné par le lait de sa mère, dans le cas où celle-ci aurait absorbé de l'arsenic. Voici, en quelques mots, l'affaire qui avait motivé cette consultation : un homme prévenu d'avoir fait des faux pour détourner les biens de sa femme et de sa belle-mère, était en même temps soupçonné d'avoir aussi causé la mort de son enfant, que sa mère nourrissait à cette époque. Cet enfant était mort avec des symptômes de cholérine quelques jours après que la mère avait elle-même présenté des accidents analogues : diarrhée, vomissements, etc. Comme on était dans la saison chaude, ces accidents n'avaient pas éveillé l'attention. C'est seulement à la suite d'une seconde attaque cholériforme survenue en novembre, à la fois chez la mère et la belle-mère, que le mari fut soupçonné. D'autre part, la femme prétendait avoir trouvé dans la poche de son mari une poudre blanche, qui n'était autre chose que de l'acide arsénieux.

Pour résoudre la question qui m'était posée, je fis venir à Paris la bière contenant le corps de l'enfant, enterré depuis six mois environ.

Ce corps était complètement transformé en gras de cadavre, et il eût été impossible d'isoler les viscères des autres parties; il fut donc soumis à l'analyse en bloc. Il pesait 2 kil. 1/2 environ et contenait 5 milligrammes d'arsenic. Nous nous sommes assuré que cet arsenic ne provenait ni des linges enveloppant le cadavre, ni des terres entourant le cercueil.

Il s'agissait, en second lieu, de savoir si l'arsenic s'élimine par le lait, ce qui n'a pas encore été étudié sérieusement. M. Gabriel Pouchet a fait, à cet égard, des expériences très concluantes.

Il a fait prendre à des nourrices de l'hôpital Saint-Louis, atteintes de maladies de peau, un certain nombre de gouttes de liqueur de Fowler (de 2 à 12), et il a pu constater que dans ces conditions le lait de ces nourrices contenait toujours une quantité relativement considérable d'arsenic; ainsi, le lait d'une nourrice qui prend depuis six jours 8 milligrammes d'arsenic, contient 1 milligramme d'arsenic pour 100 grammes. Il faut ajouter qu'à ces doses les nourrices et leurs enfants n'ont pas paru éprouver d'accidents.

Mais rien ne prouve qu'il en eût été de même si l'arsenic avait été donné d'un seul coup, à dose massive: pour éclaircir ce dernier point, on ne pouvait s'adresser qu'à des femelles d'animaux. Cette dernière série d'expérience n'a pas donné de résultats concluants, parce que les animaux présentent une susceptibilité très variable pour l'arsenic, et il nous a paru impossible de conclure de ces animaux à l'homme. Il ressort, en tout cas, de ces recherches, que la sécrétion lactée est une voie d'élimination de prédilection pour l'arsenic, et qu'il est prudent de ne pas administrer cet agent aux nourrices.

Dans le cas particulier soumis à notre examen, nous avons répondu au juge d'instruction que le corps de l'enfant contenait une quantité suffisante d'arsenic pour amener la mort d'un enfant de 1 an, et que cet arsenic pouvait, mais pouvait seulement, avoir eu comme véhicule le lait de la mère.

Ni la défense, ni l'accusation n'ont paru comprendre le parti qu'elles pouvaient tirer cette restriction, et le mari a été condamné à vingt ans de travaux forcés.—*Paris médical.*

Bains de permanganate de potasse.—Chez un enfant de deux ans affecté d'une éruption cutanée scrofuleuse, eczéma et impétigo, pour laquelle on avait employé inutilement pendant trois semaines les boues de Halle, M. Hullmann expérimenta le bain général au permanganate de potasse, et cela avec le plus beau résultat. Le titre de la solution doit être tel que la couleur du bain présente une teinte intermédiaire au rose obscur et au violet; il faut un décigramme de permanganate par litre d'eau. Le malade reste dans le bain jusqu'à ce que l'eau commence à devenir brunâtre; la peau conserve après le bain une couleur jaune; mais celle-ci disparaît au bout de quelques jours. Après ce résultat favorable, M. Hullmann a souvent employé des bains semblables dans le prurigo et l'eczéma chez les adultes, dans l'intertrigo, et spécialement dans la période de desquamation consécutive à la rougeole, à la scarlatine et à la varicelle.—*Scalpel.*

FORMULAIRE.

Ozène.—*Morell-Mackenzie.*

P.—Bichlorure de mercure.....	1½ grain
Eau de laurier cerise.....	2 onces
Eau distillée.....	15 “

M.—En injections.—*Union médicale.*

Accès d'asthme.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide de grindelia.....	½ once
Extrait fluide de lobélie.....	2 drachmes
Extrait fluide de belladone	1 drachme
Iodure de potassium.....	3 drachmes
Glycérine.....	3 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe, au besoin.—*College and Clinical Record.*

Coqueluche.—*H. Roger.*

P.—Teinture de belladone.....	5 drachmes
Teinture de valériane	1½ drachme
Teinture de digitale.....	1½ “

M.—*Dose* : Cinq gouttes de ce mélange aux enfants de moins de deux ans, atteints de coqueluche. Tous les jours on augmente de cinq gouttes, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 30 gouttes dans les 24 heures.—*Union médicale.*

Pyrosis.—*Peter.*

P.—Bicarbonate de soude.....	37 grains
Craie préparée.....	15 “
Extrait de noix vomique.....	1½ grain

M.—Divisez en dix paquets. *Dose* : Un paquet trois fois par jour.—*Union médicale.*

Dysenterie aiguë.—*Da Costa.*

P.—Acétate de plomb.....	2 grains
Ipecac.....	½ grain
Opium.....	¼ “

M.—A prendre en une seule dose, jusqu'à disparition du sang : alors, on éloigne les doses.—*College and Clinical Record.*

Chorée des anémiques.—*Da Costa.*

P.—Teinture de perchlorure de fer	10 gouttes
Chlorure d'arsenic.....	¼ grain
Sirop.....	3 drachmes
Eau.....	2 “

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, SEPTEMBRE 1885.

La Variole et le Bureau de Santé.

Dans un récent article au sujet de l'épidémie de variole, nous avons exprimé, sur le compte du Bureau de Santé, des pensées qui, par quelques-uns, ont été taxées d'exagération, et que l'on a même qualifiées d'injustes. On voudra bien nous permettre quelques mots d'explication.

Nous nous sommes plaint des lenteurs du Comité de Santé à prendre des mesures réellement efficaces contre l'épidémie de variole. Nous avons mentionné en particulier les retards apportés à la construction d'un hôpital pour les victimes du fléau. Nous avons dit enfin que les seules mesures prises par le Comité consistaient dans la désinfection des locaux et dans l'affichage du mot *picotte* sur la porte des logis infectés.

Que le Comité de Santé ait été lent à prendre les mesures nécessaires contre l'épidémie, tout le monde l'a admis avant nous, sauf peut-être les membres du Comité, et en le constatant, nous n'avons été que l'écho de la plainte publique. N'est-ce pas en avril que l'épidémie s'est déclarée? Quelles mesures sérieuses ont donc été prises *alors*? Est-ce le renvoi de M. le Dr Larocque? Est-ce le retard apporté à la nomination de son successeur? Est-ce la mauvaise vaccination dont nous avons été gratifiés alors et dont les résultats ont été tels qu'ils ont forcé les autorités à cesser toute vaccination pour plus d'un mois? Est-ce enfin le fait d'attendre à la fin de juillet ou au commencement d'août pour décréter la construction d'un hôpital alors que celui-ci aurait dû être construit en mai ou juin?

Actuellement, le Bureau de Santé fait les plus louables efforts pour combattre la variole et pour assainir autant que possible notre ville. L'hôpital projeté est prêt à recevoir des malades; on s'est procuré du bon vaccin et la vaccination se fait d'une manière fort convenable, tant par le Bureau de Santé que par les médecins en pratique privée. On recherche attentivement tous les cas de variole et on fait l'impossible pour cela; les règlements municipaux sont mis en vigueur autant qu'ils peuvent l'être, et l'on veille attentivement à leur exécution. Tout cela est fort bien, mais, qu'on nous permette de le dire, tout cela aurait dû être fait bien avant aujourd'hui, et, au moment où notre article a été écrit, les choses en étaient encore au point que nous avons indiqué. C'est ce qui explique et justifie l'attitude que nous avons prise dans le temps.

Nous sommes prêts à seconder les efforts du Bureau de Santé pour promouvoir du mieux possible les intérêts sanitaires de la ville, et nous voulons nous y employer autant que nous le pourrons, mais nous ne vou-

lons pas renoncer à notre droit, fort naturel, on en conviendra. de faire les remarques que nous jugeons nécessaires ; on peut différer d'opinion avec le Comité sans être nécessairement dans le tort pour cela. On a accusé la profession médicale canadienne-française de vouloir entraver l'action des autorités sanitaires. L'imputation est aussi fautive qu'injuste. Nous sommes des mieux disposés, quoiqu'on en dise, et si, au Bureau de Santé on consultait plus volontiers les membres de la profession médicale, ce ne serait peut être pas un mal. Nous avons une *Commission consultative d'Hygiène*. Est-ce qu'elle fait quelque chose ? La consulte-t-on de temps à autre ?

* * *

Nous affirmons de nouveau qu'à notre sens il est absurde et vexatoire de forcer un médecin à rapporter au Bureau de Santé les noms et la résidence des variolés qu'il peut avoir sous ses soins. Semblable tâche devrait être laissée au chef de famille. Nous savons que la chose se pratique aux Etats Unis, mais ce fait est loin de prouver la justesse et l'équité de la mesure. Un médecin courageux, M. le Dr Jacques, a osé résister au règlement. On lui a prouvé en cour de Recorder, que, légalement, il avait tort. La question a été débattue au point de vue du secret professionnel purement et simplement. Le point est controversé et nous n'insisterons pas, mais nous ne voyons pas quel avantage il y a pour le Bureau de Santé à recevoir la déclaration du médecin, de préférence à celle du chef de famille. Plutôt que d'être forcés de se constituer délateurs, certains médecins refusent absolument de traiter des cas de variole. Par contre, certains parents, ne voulant pas s'exposer à être dénoncés par leur médecin, prennent le parti de ne pas requérir pour leurs malades les secours de l'homme de l'art. Si c'est là le résultat que l'on veut obtenir!.....

Secret professionnel.

A l'occasion du jugement rendu par Son Honneur le Recorder dans le cas de M. le Dr Jacques, l'on a agité la question longtemps débattue du secret professionnel. L'on s'est demandé: Un médecin peut-il, sans forfaire à l'honneur, dévoiler un secret à lui confié dans l'exercice de sa profession ? Se présente-t-il des cas où un médecin est tenu de dévoiler ainsi le secret professionnel ?

Il est certain que le secret professionnel ne lie pas le médecin de la même manière que le secret de la confession lie le confesseur, au moins au point de vue pur et simple de la conscience. Cependant, le médecin n'en est pas moins tenu en honneur, de garder secret, en règle générale, ce qui lui a été confié comme secret, dans l'exercice de sa profession. L'obligation du secret, d'après le code de déontologie médicale qui nous régit, s'étend même au delà de la période des services professionnels. "Aucune circonstance se rattachant aux affaires privées de la vie personnelle ou domestique, infirmités de constitution ou souillure de caractère, observée durant les visites professionnelles, ne doit jamais être divulguée par le médecin, sauf le cas où il doit nécessairement le faire."

En Franco, aux termes de l'article 378 du Code pénal " les médecins dépositaires, par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs."

Il se présente donc des cas où le secret professionnel doit être enfreint. Quels sont ces cas? Ici les avis sont fort partagés, et les juriconsultes les plus éminents sont loin d'être d'accord. Chauveau resume ainsi la question: "Il est certain que l'intervention de la justice ne modifie nullement les obligations des personnes auxquelles des secrets sont confiés à raison de leur état ou de leur profession, et qu'elles doivent s'abstenir de répondre aux interpellations qui leur sont adressées, en se bornant à déclarer le titre qui leur commande le silence. Néanmoins, l'article 378 ne serait pas applicable au témoin dépositaire du secret, qui aurait répondu à une interpellation, en révélant à la justice des faits qu'il aurait dû celer, parce que le fait matériel de la révélation du secret ne suffit pas pour constituer un délit, il faut que ce fait soit accompagné d'une intention de nuire. Sa révélation n'est pas moins la violation d'un devoir, mais les ordres de la justice sont sa justification... Nous admettons que les personnes désignées dans l'article 378 du Code pénal peuvent se dispenser de déposer en justice sur les faits qui ne leur ont été confiés qu'à raison de leur profession, mais ce n'est pas parceque cet article leur inflige des peines en cas de révélation; l'obligation morale qui leur est imposée suffit que pour ces personnes ne puissent être forcées de rendre témoignage en justice. Cependant, cédant aux injonctions des magistrats, si elles se laissent aller à rendre compte de ce qu'elles devaient tenir secret, nous ne croyons pas qu'elles enfreignent l'article 378; en présence des magistrats, leur volonté n'a pas été entièrement libre, et l'on ne pourrait sans injustice punir celui qui n'a fait qu'obéir aux ordres d'une autorité agissant régulièrement dans le cercle de ses attributions."

Dans notre province, l'obligation du secret professionnel n'a pas, que nous sachions, occupé l'esprit de nos législateurs, de sorte qu'aucune pénalité ne peut être infligée à un médecin violant le secret, en tant que secret. Si les faits dévoilés sont de nature à nuire à la réputation ou de caractère diffamatoire, l'individu lésé pourra peut-être instituer contre le médecin une action en dommages pour diffamation de caractère, etc., mais c'est tout. Il n'en est pas de même en France où le secret professionnel, en dehors des cas où la loi oblige le médecin à se porter dénonciateur, est garanti au client, comme nous l'avons vu, par l'article 378 du Code pénal. Si notre Code pénal renfermait un article semblable, il y aurait bien des délinquants. Délinquant le médecin qui donne un certificat de mortalité où est étalé en toutes lettres le nom de la maladie du défunt. Délinquant celui qui délivre un certificat de maladie à un sujet qui veut faire assurer sa vie. Et que d'autres.

Le secret professionnel n'est donc pour nous qu'une affaire d'honneur. Le soubvent nous l'enfreignons, il est vrai, mais alors seulement que la réputation de nos clients n'en est pas affectée. La justice nous ordonne-t-elle de parler? La question n'est plus aussi simple. Vaut-il mieux obéir à la justice qu'à l'honneur? La maxime posée par Faustin Hélie peut nous servir de guide, à défaut d'autres. "Les médecins ne sont tenus à une inviolable discrétion qu'autant que les maladies,

par leur nature, exigent le secret, et qu'autant que le secret leur a été demandé."

Dans le cas de M. le Dr Jacques, la maladie dont il s'agissait n'était pas de nature à exiger le secret, mais celui-ci avait été promis, et nous croyons que notre ami a bien fait de ne pas enfreindre sa promesse.

La fermeture à bonne heure des pharmacies.

Dans le grand mouvement qui se fait aujourd'hui en faveur de la fermeture à bonne heure des magasins et boutiques, les droguistes, tant qu'en gros qu'en détail, et, par ricochet, les médecins eux-mêmes ont été appelés à formuler leur manière de voir à ce sujet.

Messieurs les droguistes en gros n'ont aucune bonne raison d'être opposés à une mesure qui ne les intéresse que fort peu, du reste, attendu que déjà ils fermaient leurs officines assez tôt en général. Il n'en est pas de même des pharmaciens *en détail* qui, comme chacun le sait, se tiennent d'habitude à la disposition du public jusqu'à une heure assez avancée de la soirée et, pour la plupart, ferment rarement avant dix heures. Est-il opportun qu'ils continuent ainsi, ou bien peuvent-ils, sans inconvénient, se joindre au mouvement dont nous parlons et, eux aussi, fermer leurs boutiques à bonne heure? *That is the question.*

Comme dans toute autre question, plusieurs intérêts sont en jeu. L'intérêt du public, qui veut que les pharmacies restent accessibles aussi tard que faire se peut, dix heures étant donné comme une limite fort raisonnable. L'intérêt des patrons pour qui la fermeture à bonne heure devient parfois une question de perte ou de gain, et qui, tout comme leurs employés, ne sont peut-être pas fâchés de se donner le soir quelques heures de plus d'un repos fort mérité. L'intérêt des commis-pharmaciens, qui ont des cours à suivre et des études passablement ardues à compléter, des examens à subir, etc., et qui n'ont en somme que peu de temps à y consacrer durant toute une journée passée derrière le comptoir. L'intérêt, enfin, des médecins eux-mêmes dont les ordonnances sont souvent présentées, le soir, aux pharmaciens.

Lequel de ces divers intérêts doit primer les autres? On répondra avec assez de raison: Celui qui affecte le plus grand nombre d'individus, c'est-à-dire l'intérêt du public. Or le public a-t-il réellement besoin que les pharmacies restent ouvertes aussi tard que possible? Quelle heure pourrait-on fixer à la fermeture des pharmacies pour que le public soit satisfait?

La plupart des médecins, surtout ceux qui exercent dans les faubourgs où prédomine surtout la population ouvrière, voient toujours un grand nombre de clients se présenter à la consultation entre 6 et 8 heures, P.M. En certains quartiers même, les malades ne viennent consulter qu'à cette heure avancée, la plupart du temps entre 7 et 8, et s'il arrive que le médecin prescrive une ordonnance, le client est obligé d'attendre au lendemain pour la faire exécuter si la pharmacie n'est plus ouverte après huit heures. Or cela peut avoir des inconvénients assez sérieux si le médicament prescrit doit être administré immédiatement ou durant la nuit. En outre, c'est la plu-

part du temps le soir que les malades se sentent le moins bien, c'est entre 7 et 9 que se font les exacerbations fébriles dans les fièvres essentielles ou symptomatiques, et, comme tous les praticiens ont sans doute été à même de l'observer, nous sommes souvent, à ces heures, mandés en toute hâte au chevet de nos patients, même de ceux que nous avons vus dans le cours de la journée; il faut alors prescrire et l'ordonnance doit être remplie *illicô et instanter*. Que faire si la pharmacie est fermée?

Nous croyons donc sincèrement que la fermeture à bonne heure, — à 8 heures, ne saurait être applicable aux pharmacies, comme elle peut l'être aux autres magasins. Mais voici ce qui pourrait se faire. Les pharmacies pourraient rester ouvertes jusqu'à 8 heures pour les ventes ordinaires de ce genre de commerce, mais, après 8 heures, ne l'être que pour la vente des médicaments sur prescription, et dans ce cas, un seul employé peut suffire, pourvu qu'il soit compétent. Dans quelques pharmacies on a établi un véritable service de nuit, un des employés ayant sa résidence tout près du magasin ou à l'étage supérieur, et les clients pouvant être servis à toute heure. Dans ce cas, il n'y aurait pas d'objection à ce que le magasin fut fermé vers 8 heures, mais l'employé en question n'en devrait pas moins rester chez lui afin de répondre à toutes les demandes. Ceci équivaut donc à dire que la fermeture à bonne heure ne saurait convenir que pour les pharmacies qui ont un service de nuit régulièrement organisé.

Si cependant les pharmaciens qui n'ont pas de service de nuit persistent à vouloir fermer à bonne heure leur officine, force sera aux médecins de remplir eux-mêmes leurs propres ordonnances, et ce sera autant de perdu pour les pharmaciens qui, nous le savons, désirent ardemment voir les médecins ne pas donner eux-mêmes les médicaments. Et si le médecin fournit les médicaments la nuit, il n'y a pas de raison pour qu'il ne les fournisse pas aussi le jour. Il se trouve ainsi que le pharmacien favorise un état de choses qu'il a le plus grand intérêt à combattre.

Nous concevons parfaitement qu'il soit inutile de tenir une pharmacie ouverte jusqu'à 10 heures du soir pour la vente des parfums, savons et autres articles de toilette, mais dès lors qu'il s'agit de l'exécution des ordonnances, ce n'est plus la même chose. C'est, du reste, ce qu'ont compris les médecins auxquels on s'est adressé pour savoir de quel côté la profession médicale verrait la mesure projetée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

“LA MÈRE ET L'ENFANT.”—Nous recevons le second numéro d'un nouveau journal *La Mère et l'Enfant* que publie la librairie Ch. Delagrave. Nous ne saurions trop recommander aux jeunes mères cette publication qui leur est indispensable. Elles y trouveront les conseils d'hygiène les mieux appropriés à l'éducation des enfants, les indications les plus précises, non pour remplacer le médecin, mais pour le seconder en appliquant ses prescriptions avec goût et intelligence. Grâce aux écrivains de talent qui rédigent *La Mère et l'enfant* ce journal arrivera à un succès aussi rapide que justifié.

Voici le sommaire du n° 2 :

Causerie du Docteur : Le sevrage (Dr Prades).—L'hygiène et la

médecine de l'oreille (Dr Baratoux).—Ballade maternelle (E. Palko).—L'indigestion dans la première et la seconde enfance (Dr Ledien).—Médecine maternelle (Dr Fonssagrives).—La cloche qui marche (Ed. Guinaud).—Hygiène infantine (Dr G. Lefèvre).—La question de la dépopulation de la France à l'école de médecine (Dr Grades).—Illustrations par Kauffmann, Sandoz, etc.

Un an 6 fr., Librairie Ch. Delagrave, 15 rue Soufflot, Paris. Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie.

NOUVELLES MÉDICALES.

Nécrologie.—On annonce la mort, à Paris, de M. Henry MILNE-EDWARDS, membre de l'Académie de médecine, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Le professeur VOLKMANN, de l'Université de Halle, vient de recevoir des titres de noblesse.

Le professeur TYNDALL, de Londres, a donné à l'Université de Pensylvanie la somme de \$10,800.

On dit que neuf mille accouchements se font annuellement à la Maternité de Vienne. Le chiffre de la mortalité est de $\frac{1}{2}$ p. 100 pour les femmes, et d'environ 15 p. 100 pour les enfants.

Le Choléra.—Le choléra continue ses ravages en Espagne, s'est propagé en France et a atteint Marseille et Toulon. D'après nos derniers échanges, cependant, le choléra de Marseille ne serait pas une extension de celui d'Espagne, mais plutôt, la continuation de l'épidémie de 1884. Quoiqu'il en soit de son origine, le choléra n'en exerce pas moins ses ravages d'une façon alarmante. Le 18 août on a enregistré 27 décès cholériques. Depuis, le chiffre de la mortalité se serait encore accru si nous en croyons les dépêches télégraphiques.

Université Laval.—Par suite de la mort du Dr Jackson, certains changements se sont opérés à la Faculté de Médecine à Québec. M. le Dr Chs. E. Lemieux devient doyen de la Faculté. M. le Dr A. Vallée laisse la chaire de Médecine Légale et Toxicologie pour celle de Tocologie, ci devant occupée par le Dr Jackson, et M. le Dr I. P. Lavoie, nommé professeur titulaire, succède au Dr Vallée dans la chaire de Médecine Légale. M. le Dr Simard devient membre du Conseil universitaire.

A Montréal, M. le Dr E. P. Lachapelle, est chargé, par *interim*, des cours de médecine légale.

Les cours de la Faculté de Médecine à Montréal s'ouvriront le 1er octobre prochain, dans la bâtisse de l'ancienne Ecole Normale.

Déjà plusieurs élèves se sont inscrits, et tout fait présager que le nombre des étudiants, cette année, excédera du double de celui de l'année dernière.

DÉCÈS.

GABOURY.—A Crookston, Minnesota, E.-U., le 22 août, à l'âge de 27 ans, M. le Dr Aimé Gaboury, gradué de l'Université Laval à Montréal (classe de 1881).

SYLVESTRE.—A Maskinongé, le 14 août, à l'âge de deux ans et deux mois, Joseph-Pierre-Antonio, unique enfant de J. M. P. Sylvestre, M.D.