

## 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.
  
- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- 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.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE MEDICALE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE.

### Fièvre typhoïde.—Rhumatisme musculaire et tuberculose.

Le jeune malade que vous avez sous les yeux nous est arrivé, il y a un mois environ, souffrant d'une otorrhée chronique datant déjà de deux ans et plus. Cette otorrhée était profuse, s'il vous en souvient, et à ce propos, je vous ferai observer que si les inflammations des muqueuses donnent en général lieu à d'abondants écoulements de pus, il est également vrai de dire que ce sont les muqueuses à petite surface : celles de l'urèthre et de l'oreille, qui sécrètent davantage.

Cependant, ce n'est pas précisément pour son otorrhée que ce jeune homme est entré dans notre service, mais bien pour un état général encore assez mal caractérisé lors de l'admission du malade, mais qui, depuis, a pris des caractères qui ne laissent plus de doute dans notre esprit. Il se plaignait de céphalalgie violente, si violente que M. le Dr Foucher craignit pendant quelques jours une carie du rocher, carie qui, dans les circonstances, devait constituer une complication très grave, puisque très souvent elle s'accompagne d'une méningite de la dure-mère, qui peut devenir rapidement mortelle. Néanmoins, la céphalalgie fut le seul symptôme qui put indiquer l'envahissement des parties plus profondes de l'oreille et celui de la dure-mère. Il n'y avait pas de vomissements.

Peu à peu, la maladie se dessina. A la céphalalgie se joignit une langue saburrale, tremblante, de la tympanite avec sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite, le facies typhique particulier et l'existence de nombreuses taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et le thorax. Ce dernier signe devait établir finalement le diagnostic. Ces taches rosées se font remarquer aussi, il est vrai, bien que très rarement, au cours d'autres maladies, telles que la méningite tuberculeuse, etc., mais jamais elles n'y sont aussi nombreuses ni aussi bien marquées que dans la fièvre typhoïde ; du reste, les taches rosées sont en quelque sorte spéciales à la fièvre typhoïde.

La température n'a pas suivi le cycle fébrile, c'est-à-dire sa marche ascendante, stationnaire et descendante, et il est rationnel d'attribuer cette irrégularité à l'otite concomitante.

Vous vous rappelez aussi que l'écoulement, à partir du 14<sup>e</sup> jour jusqu'à la convalescence, était presque nul, et ce n'est pas étonnant, car dans la dothiéntérie, les sécrétions en général diminuent sensiblement, où diminution de l'écoulement de l'oreille. Aujourd'hui que le malade est en pleine convalescence, l'otorrhée a repris son cours comme avant la maladie.

Cet autre malade que vous voyez ici (No. 22, salle St. Jean de Dieu) a également souffert de fièvre typhoïde. Si quelqu'un d'entre vous l'interroge aujourd'hui pour la première fois et lui demande ce qu'il a eu, il vous répondra qu'il a eu de la fièvre et même qu'il a battu la campagne. Or cette réponse, tout en vous mettant sur la trace de la maladie, ne saurait vous permettre d'établir un diagnostic très probable. Quelles sont donc les deux questions qui vous mettront davantage sur la piste et vous diront la nature de la fièvre qu'il prétend avoir eue? Je lui demande s'il s'aperçoit que ses cheveux tombent, et il me répond : oui. La chute des cheveux est une des conséquences les plus ordinaires de la dothiéntérie, et elle ne fait presque jamais défaut. Il n'est pas nécessaire, sans doute, que les cheveux tombent à *plein peigne*, comme on dit ordinairement, mais l'alopecie est manifeste tout de même. Elle se montre en moyenne six à huit semaines après l'établissement de la convalescence.

Mais il y a encore autre chose, et je demande au malade comment se comporte son appétit, et voici la réponse qu'il fait : " Docteur, en *relevant* de mes fièvres, j'ai eu une faim de loup. Maintenant, ça se calme un peu ! " Cet appétit vorace constitue un trait bien remarquable de la convalescence de la fièvre typhoïde et se manifeste presque toujours. Notre malade l'a présenté à un degré marqué, et je n'ai eu qu'à interroger ses souvenirs et ceux de ses voisins, ou, mieux encore, qu'à ouvrir le petit meuble que vous voyez au chevet de son lit, pour constater que son appétit a été considérable. Il y a là des débris d'aliments, de fruits, voir même des restes de *tourtières* (qu'il réussit un jour à se procurer en cachette) article pour lequel le malade avait un faible bien évident. Aujourd'hui, la faim est moins canine et prend graduellement des proportions plus raisonnables. Ce n'est pas un mal assurément qu'il en soit ainsi, car cette voracité n'est pas toujours exempte d'inconvénients. L'indigestion, stomacale ou intestinale, en est parfois la conséquence. Vous remarquez alors, au cours de la convalescence, comme une recrudescence ou un retour de fièvre : le mouvement fébrile est très marqué, il y a un peu de nausée, quelquefois même du délire, la plupart du temps beaucoup de malaise et de courbature. Ordinairement on croit à une soi-disant récidive, et le médecin est appelé. Il ne s'agit pourtant que d'une fièvre passagère, *febris carnis*, qui n'est, en règle très générale, suivie d'aucun inconvénient grave, et vous n'avez qu'à interroger le malade ou son entourage pour apprendre qu'un repas par trop copieux a précédé ce petit revers, si alarmant en apparence. Pourtant, dans des circonstances tout-à-fait exceptionnelles, dans des cas de cicatrisation incomplète des ulcérations intestinales, ces indigestions ont pu déterminer des perforations mortelles, de l'hémorrhagie intestinale, etc.

Cette *febris carnis* est plus fréquente après la première ingestion de nourriture animale.

Messieurs, les deux questions que nous venons de poser à ce malade concernant la chute de ses cheveux et le développement de son appétit vous seront d'un grand secours plus tard, quand vous aurez à établir un diagnostic *a posteriori* de fièvre typhoïde. A ceux d'entre vous qui iront se fixer à la campagne, il arrivera plus d'une fois de rencontrer des cas de ce genre chez lesquels il n'y aura pas d'autre moyen de reconnaître la véritable nature de la maladie, attendu que celle-ci aura été de forme si légère qu'on n'aura pas jugé à propos de faire venir le

médecin tout d'abord. On aura cru à une fièvre de peu d'importance, à ce qu'on se plait à appeler une fièvre lente ou continue, et ce n'est que quand un ou des cas véritablement typiques de fièvre typhoïde se déclarent dans la localité, que l'attention est attirée sur le premier malade que le médecin peut, en toute sécurité, affirmer avoir souffert de dothiéntérie.

\* \* \*

Le troisième malade que je vous présente aujourd'hui nous arrive en disant souffrir de pleurésie. Ce mot pleurésie éveille immédiatement en nous une autre pensée, car qui dit pleurésie dit aussi épanchement. La pleurésie dite sèche, en effet, est ordinairement limitée et appartient à la phthisie pulmonaire; c'est dire qu'elle siège dans le voisinage immédiat des tubercules.

Sans interroger davantage notre sujet, examinons maintenant sa poitrine et voyons si nous y pourrions découvrir des signes d'épanchement pleurétique. A la percussion, vous le voyez, nous avons de la sonorité thoracique, des deux côtés; à l'auscultation, nous pouvons ouïr le murmure respiratoire fort distinctement à la base des deux poulmons. Nous pouvons dès lors affirmer, non seulement qu'il n'y a pas de pleurésie, mais même qu'il n'y en a pas eu, car s'il y en avait eu, nous aurions encore un certain degré de matité quelque part, matité produite par l'épaississement de la plèvre à ce niveau et par un reste probable d'épanchement.

Comment se fait-il donc que ce malade nous ait parlé de pleurésie? C'est qu'il a éprouvé et qu'il éprouve encore des douleurs du côté droit, au niveau des côtes inférieures. Ces douleurs n'ont rien de fixe; elles vont et viennent, se montrant çà et là, tantôt au thorax, tantôt au dos ou aux épaules, etc., et sont exagérées par les mouvements des muscles. Vous savez maintenant ce dont il s'agit et vous avez nommé le rhumatisme musculaire.

Cette maladie est fréquente, vous le savez, surtout en notre pays, et les malades prennent la plupart du temps ces douleurs pour toute autre chose que ce qu'elles sont en réalité. Ainsi ils nous viennent, se plaignant de maladie du cœur, du foie, ou de pleurésie, comme l'a fait cet homme, mais un examen attentif nous permet bientôt de faire un diagnostic. Mais voici que ce malade dit avoir toussé il y a quelques années. Il a même eu une hémoptisie qui a duré deux jours environ. Sa voix est quelque peu voilée, et il nous dit que cette altération de la voix date de cette hémoptisie. Sans aller plus loin nous pouvons affirmer que cet homme souffre aussi de tuberculose pulmonaire.

Ce cas tout simple et si peu intéressant qu'il vous paraisse, vous donne donc un enseignement que vous ne devez pas oublier. C'est qu'il ne faut pas accepter d'emblée et sans discussion les diagnostics faits ou rapportés par les malades. Comme dans le cas présent, ceux-ci se présentent à nous, disant souffrir de telle ou telle maladie, et en prolongeant un peu l'interrogatoire, nous nous convainquons souvent de deux choses: d'abord que la maladie supposée n'existe pas, et en second lieu, qu'une autre maladie est là, dont l'existence, voir même la possibilité n'étaient pas soupçonnées. Dans ces cas, il n'est pas toujours facile de convaincre les malades que l'idée qu'ils avaient conçue de la véritable nature de leur maladie était erronée, et qu'il faut en accepter une autre à laquelle ils n'avaient pas songé.

## COMMUNICATIONS.

## Cas extraordinaire d'abcès traumatique de l'abdomen.

MESSIEURS LES RÉDACTEURS,

Au risque de vous importuner et de fatiguer vos lecteurs de ma prose, je vous demande encore un tout petit espace de votre intéressante et instructive revue, afin de relater un cas tout à fait extraordinaire, sinon unique, que je traitai il y a 21 ans, et qui m'a fort intrigué. Ce n'est qu'en mettant la main, par accident, sur les notes prises dans le temps et jetées aux *oubliettes*, que j'ai pensé à le communiquer, convaincu qu'il pourrait intéresser plus d'un de nos confrères.

C'était en 1865. Je demeurais à cette époque dans les Cantons de l'Est, appelés "Les Bois Francs," déjà entrés dans la voie du progrès. J'étais jeune, vigoureux et plein d'ardeur; étant le plus jeune des cinq médecins qui pratiquaient dans cette partie du pays, où ils sont au moins quinze maintenant, j'étais appelé souvent, très souvent même, à 20, 25 et 30 milles de ma résidence. Ce n'était pas chose agréable, je vous assure, que de voyager à travers forêts, marais et savanes, tantôt à pied, tantôt monté sur une Rossinante n'ayant qu'un mérite, celui d'aller assez lentement pour ne pas exposer aux culbutes notre précieuse personne.

Il y aurait là un amusant chapitre à écrire. Mais ce sont des détails superflus, et je ne les mentionne, en passant, que pour démontrer aux jeunes médecins qui s'établissent à la campagne, combien peu ils ont raison de se plaindre des fatigues auxquelles ils sont exposés, en les comparant aux nôtres, il y a 30 ans.

Revenons donc à notre sujet.

Le 18 février 1865, je fus requis de visiter un jeune homme résidant à 25 milles de chez moi. Voici ce dont il s'agissait :

Huit jours antérieurement, il était tombé, d'une hauteur de huit à dix pieds, sur une fourche en bois dont les branches (fourchons) et l'extrémité de la tige (manche) étaient très pointues—les cultivateurs n'étaient pas pourvus alors de ces belles et élégantes fourches en acier que l'on voit dans toutes les fermes aujourd'hui. L'instrument pénétra au côté gauche du raphé du périnée, à mi distance entre le scrotum et l'anus; un médecin voisin avait été demandé, et, après examen de la blessure qui pouvait avoir trois pouces de profondeur, ne voyant rien d'extraordinaire, en avait fait le pansement. Tout parut se comporter assez bien pendant les premiers jours; mais, vers la troisième ou quatrième journée, il se déclara une fièvre très forte présentant bientôt les caractères d'une fièvre suppurative.

Ce fut dans ces circonstances que mon assistance fut requise.

Je trouvai le malade, un gros et fort gaillard canadien de 18 à 20 ans, couché sur le dos, les jambes fléchies sur lui-même et le ventre très ballonné; les intestins et la vessie étaient en bon ordre, leurs fonctions respectives n'ayant jamais été dérangées; la plaie était guérie et cicatrisée.

En palpant l'abdomen, qui était très douloureux, je touchai une large surface fluctuante, avec *pointe d'un abcès* vers le centre; je me décidai à faire une ponction exploratrice, au moyen d'une aiguille à cet effet. Plus de doute, il y avait là un foyer purulent. Prenant une lancette, je fis une large ouverture d'où le pus s'écoula en abondance; tout à coup l'écoulement s'arrêta. L'ouverture était bouchée. Nouvel embarras; quelle pouvait être la cause de l'obstruction? Était-ce le péritoine, était-ce l'omentum, enfin que sais-je! qui venait ainsi se mettre sur mon chemin? Il n'y avait qu'une chose à faire; c'était de faire disparaître l'obstacle d'une manière ou d'une autre, car il était évident qu'il y avait encore beaucoup de pus en arrière. Bref, je me mis à l'œuvre, et aux premières tentatives l'obstacle sortit. A ma grande surprise, je constatai que c'était un morceau d'étoffe ou de flanelle du pays; aussitôt le pus recommença à couler abondamment pendant quelques minutes, puis, nouvel arrêt, nouvelle obstruction enlevée de la même manière que la première; cette fois, c'était un morceau de *corduroy*, espèce de futaine ou bouracan, dont on fait usage pour pantalons; l'écoulement du pus recommença comme de plus belle pour s'arrêter de nouveau après une minute ou deux. Là c'était plus grave, j'enlevai de la plaie un morceau de *robe de cariole*, de la grandeur de l'ongle du pouce, environ. Enfin le pus cessa de couler, plus de fluctuation, l'abcès, situé du côté gauche de l'abdomen, à une couple de pouces en bas et en côté de l'ombilic, fut *vidé* aussi complètement que possible, par les moyens ordinaires.

Evidemment ces débris provenaient des vêtements du malade, car, au moment de l'accident, il portait caleçon en étoffe ou flanelle du pays, pantalon en *corduroy* et capot en *peau de buffle*; ils ont dû être poussés par la fourche comme par un emporte-pièce et refoulés au fond de la blessure. Comment ont-ils pu arriver au point où je les trouvai sans produire aucune lésion interne dans leur trajet? Question?

Comme je l'ai dit plus haut, les intestins et la vessie n'ont nullement souffert, si ce n'est que deux jours après ma visite je jugeai opportun de vider la vessie, vu qu'il n'était pas passé d'urine depuis huit ou dix heures.

Le malade se rétablit promptement; au bout d'une dizaine de jours, il était debout, et au printemps il reprenait son travail de garçon de ferme.

Je n'en ai pas entendu parler depuis, non plus que de mes honoraires, ce qui est moins intéressant pour le lecteur.

N'est-ce pas un cas unique dans son genre? Je serais obligé envers celui qui voudrait m'expliquer la marche de ces lambeaux de vêtements depuis leur point d'entrée jusqu'à celui de leur sortie.

Veuillez agréer,

Messieurs les Rédacteurs,

l'hommage de mes respectueuses civilités.

J. H. L. ST-GERMAIN.

St-Hyacinthe, 2 Mars 1886.

## Déontologie médicale.

MESSIEURS LES RÉDACTEURS,

Votre article, *Déontologie médicale* m'a causé une pénible surprise.

Vous êtes mes amis dans la profession. J'ai même eu l'avantage d'être l'élève de l'un de vous (Dr. Lamarche) qui m'a habitué à des procédés plus délicats que ceux que vous avez suivis à mon égard, en cette circonstance. Il m'avait jusqu'ici témoigné un intérêt que, il me semble, j'avais lieu de croire sincère. Vous n'avez pas suivi le conseil du sage : *Qui bene amat bene castigat*, car vous avez maladroitement exercé vos prétentions. Votre manière de défendre la déontologie médicale est contraire à la dignité professionnelle. Malgré des formes doucereuses vos vraies couleurs éclatent ; en vérité je ne vous connaissais pas tant de fiel !

Avant que votre article eut germé dans votre cerveau, j'ai connu d'autres procédés et je me suis hâté de désavouer l'acte qui fait l'objet de votre attaque :

“ Des dieux que nous servons connais la différence.”

De quoi s'agit-il ? J'aurais commis un acte contraire à la dignité professionnelle en donnant des certificats et en faisant des réclames, etc., toutes choses condamnées par la déontologie médicale.

Pour la deuxième fois, je reconnais avoir péché sous ce rapport ; mais est-ce bien à vous de me jeter la première pierre ? N'est-ce pas en marchant sur vos traces que j'ai glissé dans l'ornière où vous êtes enfoncés depuis des années ? D'un côté vous posez en gardiens et défenseurs de la dignité professionnelle, de l'autre vous signez des contrats d'annonces de remèdes secrets, quelle indécence ! Vous faites les méticuleux, et vos heures de relâchement sont aussi nombreuses que les numéros de votre journal. Quelle dérision !

Vous parler de me traduire devant le Bureau des Gouverneurs du Collège des médecins, mais vous mêmes, messieurs, n'êtes vous pas depuis longtemps, au ban de la profession médicale précisément pour la faute dont vous m'accusez ? N'êtes vous pas coupables de la réclame éditoriale qui suit (il s'agit de l'aliment Mellin) : *Il est sans rival comme nourriture pour les estomacs débiles, pour suppléer à la nutrition en défaut, et comme galactogène chez les femmes qui allaitent.* N'est-ce pas là une réclame de votre crû et du français boiteux ? Et votre fameuse annonce : *Epilepsie, Hystérie, Convulsions, Maladies nerveuses*, avec sous-titre pompeux : **GUÉRISON SOUVENT, SOULAGEMENT TOUJOURS ?** Vous avez la foi robuste et aveugle si vous pensez faire croire qu'une telle annonce est inspirée par la dignité professionnelle. Et votre *COGNACKINA, liqueur délicieuse fortifiante, antifébréuse etc. etc.*, recommandée tout particulièrement **AUX DAMES, AUX ENFANTS ET AUX VIEILLARDS**, ne cadret-elle pas adorablement dans votre feuille médicale.

Oh ! j'oubliais, mais on ne peut tout dire—l'annonce signée par un médecin de Montréal, le Dr. \* \* \* que votre plume austère a ménagé à regret, sans doute à cause des compensations. Elle porte que le *Siróp de gomme de sapin composé* est une préparation très supérieure à toutes les autres comme *antispasmodique, calmante, expectorante*

dans tous les cas de rhumes, bronchites, enrouements, aphonie, asthme et coqueluche ; n'est-ce pas là un certificat aussi mal lâché que torturé et tiré par les cheveux ? Pendant qu'aux dépens de la dignité professionnelle vous faite cette petite opération mercantile, où logez-vous votre rigorisme ?

Avant de signaler une tache à mon nom, effacez donc auparavant celle qui couvre le vôtre. Vous êtes mes amis, j'attends de vous l'exemple du maître. *Medice cura teipsum*. Eloignez de votre journal l'annonce et la réclame, la déontologie médicale vous en défend la publication. Ecoutez le Dr. A. Dechambre, on dit ait qu'il écrit pour vous : " Partout, néanmoins, dit-il, les mœurs ont été plus fortes que la raison : les annonces ont fini par envahir les couvertures des journaux de médecine, le praticien restant juge de l'importance à y attacher ; mais au moins, cette digue ouverte eut-elle dû emporter du corps même du journal les autres annonces mal costumées en articles de fonds qu'on appelle des réclames. Malheureusement il n'en a pas été ainsi, même dans des feuilles sérieuses " etc. etc.

Le savant auteur déclare la prétention : que la publication de ces annonces et réclames serve à soutenir *la presse et contribue à la diffusion des idées, entachée d'un double vice, etc. etc.* (Le médecin, par A. Dechambre, Paris, G. Masson, Editeur, page 104).

Mes chers rédacteurs, le bonnet vous va si admirablement que vous n'avez pas même senti que vous en êtes coiffés ; gardez-le. Quant à moi, humble disciple entraîné par votre exemple hors de la droite voie, je vais m'attacher à d'autres pas et m'efforcer de faire oublier l'écart que j'ai commis et qu'il ne vous appartient pas de me reprocher.

Votre tout dévoué,

J. M. BEUSOLEIL, M. D.

Montréal, 15 mars 1886.

**Du calomel dans la thérapeutique de la cirrhose hypertrophique du foie et dans celle des maladies internes en général,** par SACHARJIN, de Moscou.—Le calomel est pour l'auteur un modificateur puissant de la sécrétion biliaire, très utile : 1o. dans les états fébriles graves se rattachant à la cholélithiase ; il agit comme purgatif et semble indiqué surtout lorsque la région hépatique est douloureuse. Le mieux est de commencer par des prises de 0,06 toutes les 6 heures, puis toutes les 2 heures ; ce qui représente 12 prises par 24 heures. On continue le calomel jusqu'à établissement de selles suffisantes ; en cas d'échec, huile de ricin ou lavement. Si, pour établir le relâchement du ventre, plusieurs jours de calomel sont nécessaires, il faut que le malade se lave la bouche avec une solution de chlorate de potasse.

2o. Une prétendue cirrhose hypertrophique du foie a paru améliorée ainsi que l'état général, par le calomel continué plusieurs mois.

L'auteur préconise également le calomel dans la fièvre typhoïde et l'érysipèle facial des personnes âgées, (chez lesquelles il ne peut être question de bains froids ou d'applications froides, et qui ne supportent pas la quinine,) dans la pneumonie, la maladie de Bright aiguë.—*Lyon médical.*



## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**Traitement du diabète sucré.**—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—J'ai l'intention, aujourd'hui, de vous entretenir du traitement du diabète sucré. Auparavant, toutefois, permettez-moi de vous rappeler une leçon que j'ai faite ici, le 14 février dernier, à l'occasion d'une femme qui était entrée dans mon service. J'ai profité de ce cas pour vous faire remarquer que quand le diabète n'est pas observé trop tard, il présente toujours une phase durant laquelle le sucre rendu par les urines n'a pas d'autre origine que les générateurs du sucre contenus dans les aliments. Je vous ai dit, en outre, que cette glycosurie pouvait être qualifiée de glycosurie amyliacée, et que cette période était constituée du moment que vous observiez le diabète assez tôt. Ce fait, qui est dominant, au point de vue du pronostic et du traitement, n'admet pas de critique possible. Remarquez, en effet, comment les choses se passent : vous constatez, tout d'abord, quel est le chiffre du sucre que perd un diabétique, puis vous soumettez votre malade à un régime dont tous les féculents sont exclus. Au bout de quelques jours le chiffre du sucre tombe à zéro, il reste à ce niveau aussi longtemps que vous maintenez ce régime. Si jamais fait fut évident, c'est bien celui-là. Il est clair, en effet, que le malade faisait son sucre avec la portion d'aliments que vous avez supprimée. Cela est tellement vrai que j'ai presque regret d'y insister, mais il le faut bien, puisque la chose a été discutée. Quoi qu'il en soit, voilà comment vous arriverez, en quelques jours, à connaître la période à laquelle le malade est arrivé. Généralement cette période est suivie d'une autre dans laquelle la suppression des farineux n'a plus le même effet. C'est une phase dans laquelle vous diminuez la quantité du sucre, mais ne le supprimez pas.

Depuis cette leçon nous avons reçu dans notre service deux autres malades qui, fort heureusement pour eux, se sont trouvés être à la période initiale, et chez lesquels le régime a donné de tels résultats que vraiment il est impossible de passer leur histoire sous silence. Le malade du 14 février avait une glycosurie forte, puisque nous sommes partis de 70 grammes de sucre par jour. Malgré cela, cependant, quarante-huit heures après l'institution du régime, nous étions à 8 grammes. J'ajoutais, toutefois, en terminant, que bien que ce succès fût remarquable, il n'était pas complet, car je craignais que cette femme n'eût déjà franchi la première période. Ma conclusion, heureusement pour elle, était un peu prématurée. Le 17, en effet, il n'y avait plus que des traces de sucre, et les jours suivants on n'en trouva pas l'ombre même au polarimètre.

Après cette malade est venu un Polonais qui avait un diabète véritablement colossal, en ce sens que dans la période d'observation nous avons eu, le premier jour, 216 gr. de sucre dans les vingt-quatre heures, puis, le lendemain, 316 gr., et enfin, le jour où nous instituâmes le traitement, 617 gr. Le bénéfice qu'il devait retirer du traitement ne se fit

pas longtemps attendre, car l'analyse de l'urine des vingt-quatre premières heures ne nous révéla que 318 gr. de sucre. Le lendemain on n'en trouvait plus que 225 gr. et, deux jours après, 141 gr. Jusqu'où serions-nous allés ? Je n'en sais rien, pour la bonne raison que le malade a voulu quitter l'hôpital.

Il nous est encore arrivé une femme chez laquelle notre point de départ était de 156 gr. de sucre par jour. Or, en dix jours, cette quantité de sucre était réduite à zéro. Voilà les trois cas que nous avons été à même d'observer ; ils démontrent la justesse de ma proposition. Comptez donc trois jours d'observation pendant lesquels le régime du malade n'est changé en quoi que ce soit, et pendant lesquels vous prenez une moyenne de la quantité du sucre rendu. Cela fait, instituez le régime, et surtout, comme vous avez été à même de le voir tout à l'heure, ne vous hâtez pas pour porter un jugement. Deux semaines, en somme, sont nécessaires pour la durée de cette épreuve.

Quelles sont donc les déterminations de ce régime ? Bien que vous les connaissiez, j'entrerai néanmoins dans quelques détails. Il ne faut pas croire, tout d'abord, qu'il consiste dans l'usage exclusif de la viande ; non seulement vous pourrez, mais encore vous devrez instituer un régime mixte d'où vous exclurez, par exemple, les féculents, le sucre et les graisses pures. Donnez donc des potages, de la viande, et ayez soin d'y ajouter des légumes verts, tels que : des épinards, de la laitue, de l'oseille, et, dans d'autres saisons, des végétaux tirés de la famille des crucifères. Je vous conseille d'autant plus d'agir de cette façon que si vous supprimez les végétaux votre malade se fatiguera bien vite de votre régime. Vous pouvez aussi permettre l'usage du café ou du thé pendant cette période d'épreuve, à la condition, toutefois, qu'on ne les sucre, ni avec de la glycérine, ni avec du sucre de lait. Ce qui causera plus de peine au malade, c'est le pain de gluten ; mais il faut bien tenir ferme, et même, ce qui est beaucoup mieux, ne pas donner de pain du tout. Quant aux boissons, le malade doit s'abstenir de bière, de cidre, de vin mousseux ou de liqueur, et de liqueurs alcooliques. Rien que du vin rouge, sans eau minérale, parce qu'elle constitue déjà un médicament ; voilà ce qu'il faut prendre pendant la première période.

Quand vous avez fait cela pendant quelque temps, il arrive de deux choses l'une : ou la quantité du sucre tombe à zéro et y reste tant que le régime est maintenu, ou bien vous voyez seulement la quantité de sucre s'abaisser jusqu'à un chiffre qui devient à peu près fixe. Dans le premier cas, le diabète est guéri ; dans le second, vous êtes à la deuxième période et devez, sans plus tarder, avoir recours à toutes les ressources de la thérapeutique.

Et tout d'abord, que faire dans la première éventualité ? Maintenir le régime, puis, petit à petit, donner quelques féculents, de préférence les pommes de terre. Si cela réussit, continuez, et vous pourrez, de la sorte, en ajoutant quelques pratiques d'hygiène générale, arriver à faire tolérer quelques féculents, sans voir apparaître le sucre. Dans le cas contraire, je crois qu'il est inutile de les supprimer.

Arrivons maintenant au cas le moins favorable, et examinons la marche à suivre. Tout en étant moins sévère pour les caufs et la glycérine, on doit, avant tout, maintenir le régime qui n'est ni dangereux, ni pénible, et qui est la base même du traitement. A côté de ces indications, prennent place des pratiques qui ont trait à l'hygiène générale et

qui, appliquées à propos, ont plus d'efficacité que les médicaments. Vous avez tous entendu parler cette année de l'entraînement de M. Bourchard. Il conseille de la gymnastique forcée, des marches forcées, et va même jusqu'à faire scier du bois. Ce système est un peu dur, aussi ne trouverez-vous pas beaucoup de personnes qui s'y soumettent. L'idée est parfaite, mais on peut obtenir un résultat suffisant avec des pratiques moins pénibles. D'abord je vous parlerai d'un procédé d'entraînement qui est infaillible; c'est le séjour des hautes altitudes. Les conditions sont tellement modifiées des 1,500 mètres dans l'Europe centrale que toute la modalité de la nutrition est changée. J'ai vu, plusieurs fois, de pareilles résidences, sans autre chose que les promenades, amener la disparition du sucre chez des diabétiques qui n'étaient plus à la période amyliacée. Un autre mode, encore moins fatiguant, ce sont les bains de mer. Si, pour une cause ou pour une autre, on ne peut rien faire de tout cela, conseillez la vie à la campagne, et, dans le cas où cela serait encore impossible, ayez alors recours à la gymnastique en chambre.

Voilà pour l'hygiène générale; passons maintenant à un autre ordre de traitement que je placerai avant les médicaments, parce qu'il est plus puissant; ce sont les cures thermales. Lorsqu'on doit être sévère pour le régime, si vous faites intervenir une fois par an, et à fortiori deux fois, une cure thermale bien appropriée, la guérison sera la règle. Les eaux applicables aux diabétiques forment une échelle dont il faut bien reconnaître les degrés afin de les respecter. Il y a des eaux fortes et des eaux faibles dont le choix est imposé non pas par la quantité du sucre, mais par l'état organique de votre malade, aussi n'autorisez jamais les premières à celui qui ne peut plus supporter que les secondes, car vous lui feriez grand mal. Le diabète étant supposé sans complications et l'état organique de l'individu de force moyenne, vous devez choisir les eaux les plus fortes et les plus actives. C'est, pour les plus chaudes, avant tout Carlsbad, et c'est probablement à cause de la température qu'on ordonne généralement Vichy. Dans les eaux encore fortes, mais qui ont une température plus basse et une action plus faible, je pourrai signaler Pougues et Vals. Faites surtout attention au cœur. C'est une chose excessivement grave. Quelles sont donc les eaux types qui nous permettront d'être utile à notre malade? Ce sont celles d'Ems et de Royat. Mes plus beaux succès, en ce genre, je les ai dus à la manière de faire que voici: une cure très courte de quinze ou dix-huit jours au commencement de la saison (20 mai), et une cure également courte à l'autre extrémité de la saison. Voilà qui m'a donné des résultats beaucoup meilleurs qu'une cure très longue faite en une seule fois. Je vous dois encore un détail. Il est de fait que tout individu qui a fait une cure à Carlsbad est très fatigué. Le moyen le plus sûr d'atténuer cette

fatigue est une petite cure à Ems. Les développements que je viens d'accorder à cette partie du traitement vous montrent assez que j'en attends plus que des médicaments; cependant, comme on ne peut pas se passer de ces derniers, je vais vous indiquer ceux que j'emploie. En première ligne je mets l'acide arsénieux que le diabétique supporte à la dose de 0,008, de 0,010 et même de 0,012 milligrammes par jour. En deuxième ligne on peut placer l'opium et la morphine qu'il faut donner à hautes doses. Ce dernier traitement, toutefois, est plus dangereux que le premier, parce que vous dérangez complètement les organes digestifs d'un malade qui ne

peut se maintenir qu'au moyen de la polyphagie. J'emploie aussi volontiers l'oxygène en inhalations. Quant à donner de l'eau oxygénée à la dose d'un gramme, par exemple, dans 10 ou 15 gram. d'eau distillée, j'y ai renoncé, bien que les médecins scandinaves louent beaucoup ce procédé. Maintenant, lorsque le diabétique, quoique vous ayez fait, commence à maigrir, il faut faire alors intervenir la glycérine à la dose de 40, 50, 60 et même 100 grammes par jour. Comme mixture, je vous recommande la suivante :

Glycérine.....	60 gram.
Eau.....	500 "
Acide citrique ou tartrique.....	2 gr. 50
Rhum.....	60 gr.

Au reste, cette association, arsenic, oxygène et glycérine, constitue le traitement par excellence du diabète. N'y a-t-il donc aucune place pour le bromure de potassium ? Je vous demande pardon, mais dans les cas seulement où le diabète est d'origine nerveuse. De plus, il faut vous méfier et ne pas donner un médicament qui est l'ennemi des forces organiques. Lorsque la polyurie diminue et que l'empoisonnement par l'acéto-ne, par suite, est proche, il faut y remédier et instituer le régime lacté exclusif. Il est encore un autre cas où ce traitement est indiqué ; c'est lorsqu'il existe une albuminurie persistante que ses caractères vous permettent de rattacher à une altération rénale.

Telles sont, en somme, pour le traitement du diabète, les règles qui, je crois, vous donneront les meilleurs résultats.—*Praticien.*

**Iodothérapie et asthme.**—M. G. SÉE démontre que l'iode agit : en favorisant l'hypersécrétion bronchique et en dégagant les bronches ; en facilitant l'acte réflexe central de la respiration, par régularisation des fonctions du nœud vital, en diminuant la sensibilité impulsive exagérée de la muqueuse respiratoire.

Pour atteindre ce triple but, il faut, de toute nécessité, une dose assez élevée ; le succès n'est qu'à ce prix.

L'exsudat intra-bronchique, muco-albumineux qui est aussi rare que consistant, très adhérent aux bronchioles, moulé pour ainsi dire sur leur cavité qu'il remplit, l'exsudat qui se traduit par des râles sibilants secs, généralisés, par la suppression du murmure respiratoire et une épouvantable dyspnée, ne tarde pas à se ramollir dans le mucus hypersécrété dans toute l'étendue des tuyaux bronchiques. Ainsi le témoignent les râles devenus humides, la réapparition du bruit vésiculaire et la diminution de l'oppression.

La perméabilité à l'air inspiré, rendue par l'iode aux tuyaux bronchiques, ne suffit pourtant pas pour expliquer la diminution de la dyspnée. L'iode fait encore cesser la suffocation asthmatique à la façon dont il guérit la dyspnée cardiaque.

Il rend la muqueuse respiratoire, qui devient le siège d'un travail congestif et hypersécréteur, moins impressionnable à l'action de l'air froid, des vents et des poussières. Les bronchitiques ont moins de disposition à s'enrhumer, à contracter de ces catarrhes qui sont si souvent les précurseurs des accès, sous l'influence de cette atténuation d'impressionnabilité du revêtement interne des voies respiratoires.

Il agit, en outre, comme oxydant du bulbe au centre respiratoire.

Cette action oxydante s'opère d'abord par le fait de la diminution d'excitabilité des nerfs vagues, qui permet à la respiration de mieux se régulariser et au sang de se débarrasser de son acide carbonique en excès; ensuite, par le surcroît d'énergie que l'iode imprime aux circulations locales.

*Il dilate les vaisseaux, il est hyperémiant.* Par cela même, le sang devient moins veineux, moins asphyxique. Il reprend ses qualités vivifiantes susceptibles de permettre au nœud vital de recommencer à fonctionner plus régulièrement, de perdre cette excito-motricité exagérée, déterminée par la pauvreté en oxygène du liquide qui le baignait.

La conséquence de la réoxygénation du bulbe par un sang suffisamment réartérialisé, c'est une modification dans l'innervation des centres et nerfs moteurs inspiratoires. Il en résulte que la poitrine peut se remplir d'air, sans que le poumon soit forcé, et que l'expiration cesse d'être lente et sifflante.

Ce n'est pas tout. On peut attribuer encore à l'iode une action directe sur l'encéphale et le bulbe.

On sait qu'il se présente des phénomènes du côté du cerveau dont l'ensemble s'appelle l'ivresse *iodique*. Il a été démontré que cette ivresse doit être expliquée par la combinaison de l'iode, avec les éléments nerveux dont il paralyse le fonctionnement, en même temps qu'il en diminue l'excitabilité réflexe. L'iode, comme le brome, peut devenir un narcotique par cela même.

De l'imprégnation iodique du centre vital, résulterait une modification de nutrition de ce centre, par le fait de laquelle son pouvoir excitateur serait modéré, et l'influx nerveux bulbaire, sur les nerfs moteurs inspirateurs, sur les nerfs phréniques en particulier, serait régularisé.

—Dr. N. DROIXHE, in *Scalpel*.

**Troubles moteurs et paralysies dans la diphthérie.**—Dans la diphthérie, le réflexe du tendon rotulien est tantôt conservé, tantôt aboli ou diminué, mais de la cinquième à la vingtième semaine, chez presque tous les sujets, selon Bernhardt, il est aboli, et cela sans qu'il y ait de paralysie diphthéritique des membres.

D'après mes observations cela n'est pas exact, car, dans la paralysie, il est aboli, et dans certains cas j'ai trouvé le réflexe chez des sujets paralysés, ce qui m'a empêché de continuer mes études, pensant, d'après ce fait, qu'il n'y avait rien à conclure.

Quant aux paralysies véritables, plus ou moins étendues, frappant l'accommodation, les muscles de l'œil, le voile du palais et les membres, elles sont le résultat, ainsi que je l'ai établi, d'une névrite du glosso-pharyngien qui devient ascendante, remonte à la moëlle et abolit plus ou moins les fonctions motrices et sensitives des membres. En voici encore un exemple avec autopsie publié par Mendel.

Il s'agit d'un garçon de 8 ans, qui avait eu une diphthérie pharyngée de gravité moyenne. Dans les premiers jours de la convalescence il fut pris d'une paralysie du voile du palais. Au bout de six semaines environ, presque tous les muscles de l'œil, des deux côtés, étaient paralysés, sans qu'il en résultât des troubles de l'accommodation, ni rétrécissement du champ visuel. Il existait en outre une paralysie des muscles de la nuque; la paralysie du voile du palais subsistait; avec cela, une paralysie du facial à droite. A noter que, de ce même côté, les

autres phénomènes paralytiques étaient plus prononcés qu'à gauche. Incoordination motrice aux membres supérieurs et inférieurs; abolition du phénomène du genou des deux côtés. La sensibilité était normale, sauf une légère hypéresthésie aux membres inférieurs. Le petit malade succomba avec les symptômes d'une paralysie de la fonction respiratoire.

L'examen de l'isthme de l'encéphale, depuis les tubercules quadrijumeaux jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, fit découvrir une réplétion sanguine exagérée des petites artères et des capillaires, avec hémorragies capillaires situées en partie sur le trajet des racines nerveuses qui cheminent à ce niveau. Les noyaux d'origine des nerfs crâniens présentaient d'ailleurs une structure normale. Par contre, quelques troncs émergents, en particulier les deux oculo-moteurs, portaient les traces d'une névrite interstitielle et parenchymateuse plus accusée à droite qu'à gauche; dans un certain nombre de gaines de myéline, on ne distinguait plus de cylinderaxis; là où ils subsistaient, les cylinderaxis présentaient de grandes variations d'épaisseur. Entre les fibrilles nerveuses, on découvrait des amas informes, irréguliers, au sein desquels on ne pouvait reconnaître ni la configuration des gaines de myéline, ni celle des cylinderaxis. Enfin, sur certains points, les noyaux de l'endonevrière avaient considérablement proliféré, et on découvrait également de grosses cellules à noyau fortement granuleux.

Jusqu'à une époque éloignée de la nôtre, on considérait les paralysies post-diphthéritiques comme étant de l'ordre des manifestations pathologiques *sine materiâ*. Dans les vingt dernières années, on a publié un grand nombre de faits qui contredisent cette manière de voir. Mais on n'est point encore d'accord sur la nature des lésions dont relèvent les paralysies diphthéritiques. Pour moi, ces lésions intéressent d'abord les nerfs périphériques du pharynx. D'autres, en tête desquels se place Déjerine, placent la cause première des paralysies diphthériques dans une inflammation de la substance grise centrale, qui peut entraîner consécutivement une névrite périphérique. D'autres (Buhl, Oertel) ont incriminé des lésions vasculaires du bulbe, avec ou sans intervention de microbes. Dans le cas de Mendel, il y avait à la fois: des hémorragies capillaires dans les centres nerveux et sur le trajet des nerfs périphériques, des lésions d'une névrite, parenchymateuse et interstitielle, dont le caractère primitif ne faisait pas doute. Cette névrite serait, suivant Mendel, une conséquence directe de l'action du virus diphthérique sur les nerfs. On s'expliquerait ainsi pourquoi le voile du palais, dont les ramifications nerveuses plongent en quelque sorte directement dans le foyer diphthérique, est si souvent frappé de paralysie. A ce propos, M. Mendel rappelle que, dans une observation de Kussmaul, mentionnée par Meier, une diphthérie de la plaie ombilicale, chez un nouveau-né, se compliqua d'accidents de paralysie motrice qui intéressèrent en premier lieu les muscles abdominaux.

Quant aux paralysies post-diphthériques à localisation hémiplégique, avec accidents apoplectiformes, modalité rare dont l'auteur a cependant observé trois exemples, elles sont, d'après lui, exclusivement imputables à des lésions vasculaires. Dans les trois cas, l'hémiplégie était purement motrice; deux fois, elle siégeait à gauche, une fois à droite; elle intéressait les deux membres du même côté et le

facial. Elle s'était développée subitement, sans prodromes, sans s'accompagner de perte de connaissance. Toutes les présomptions étaient en faveur d'une embolie ou d'une hémorrhagie en foyer. Et en effet, dans l'un de ces trois cas, qui se termina par la mort, on trouva, à l'autopsie un foyer hémorrhagique du volume d'une cerise, qui avait détruit le segment interne du noyau lenticulaire et la portion attenante de la capsule interne.—*Paris médical.*

**Traitement de la fièvre typhoïde** d'après la méthode de M. Ch. BOUCHARD.—I. M. Bouchard a pris la pathogénie pour base de sa thérapeutique : il est donc indispensable de résumer en quelques phrases, sous forme aphoristique, la conception pathogénique de la dothiérien-térie, telle que les recherches contemporaines ont permis de l'établir.

La fièvre typhoïde est une *maladie infectieuse* causée par l'introduction dans l'organisme d'un contagé vivant qui pénètre, selon toute vraisemblance, par les voies digestives. Cet agent infectieux, ce bacille, une fois qu'il a pullulé dans l'organisme, et notamment dans le système lymphatique : tissu adénoïde de l'intestin, ganglions lymphatiques, rate, etc., engendre un grand nombre de désordres anatomiques et principalement des ulcérations plus ou moins étendues de la muqueuse intestinale ; ce processus de mortification entretient pendant la plus grande partie de la maladie un état de putridité et de fermentations excessives dans l'intestin grêle et le gros intestin. De ce fait, à l'infection primitive se surajoute un état d'*auto-intoxication* par résorption de produits putrides, qui contribue à accroître le mauvais état général du typhoïdique.

La fièvre typhoïde est une fièvre continue, avec une élévation quelquefois telle de la température que cette *hyperthermie* peut être à elle seule une cause de mort ou de lésions irréparables du système nerveux.

De plus, à la faveur de l'état de détérioration profonde où se trouve placé l'organisme, à l'infection générale, à l'auto-intoxication d'origine intestinale peuvent se joindre des *infections secondaires* causées par d'autres agents pathogènes et capables de créer des complications spéciales. Pour en citer quelques exemples, la parotidite phlegmoneuse, complication si grave, doit reconnaître pour cause un des innombrables microbes qui fourmillent dans la bouche des typhiques et qui remonte par la voie d'excrétion de la glande salivaire ; — la gangrène gazeuse peut succéder à l'introduction, par une eschare du sacrum ou une ulcération ecthymateuse, de l'agent pathogène spécifique de cette affection ; — l'érysipèle, dont il n'est pas douteux que la cause réside dans un microbe spécifique, est encore un exemple de ces infections surajoutées.

Enfin, la longue durée de la fièvre et le mauvais état du tube digestif qui empêchent l'*alimentation*, conduisent à une *inanition* progressive le typhoïdique, et c'est là une source de dangers qui doit aussi attirer l'attention du thérapeutiste.

En résumé, les éléments morbides principaux auxquels le médecin doit s'efforcer de remédier, sont l'infection typhique proprement dite, l'auto-intoxication d'originale intestinale, l'hyperthermie, l'inanition, et, s'il y a lieu, les infections secondaires surajoutées.

II. Il va de soi que, si nous connaissions un médicament spécifique capable de tuer d'emblée tous les microbes typhiques ou au moins d'en

traver leur pullulation au sein des tissus et des humeurs, la maladie serait du coup jugulée. Par malheur, nous ne connaissons pas encore de médicament antiseptique qui puisse atteindre ce résultat. Ce n'est pas une raison toutefois pour renoncer à tendre vers ce but si désirable, l'*antisepsie générale*, à l'aide de médicaments qui ont déjà fait leurs preuves empiriquement et qui sont les plus puissants des antiseptiques dont nous disposons.

Le *calomel*, qui avait déjà paru, entre les mains de M. Salet (de St. Germain), fournir quelques succès au point de vue de la diminution de la durée de la fièvre typhoïde, est employé par M. Bouchard, lorsqu'il peut donner ses soins au typhoïdique dès les premiers jours de sa maladie.

Lors donc que le typhoïdique arrive à l'hôpital dans le premier septénaire, M. Bouchard prescrit, pendant quatre jours, jamais pendant plus longtemps, 0.40 centigr. de *calomel* par jour, en 10 doses : une pilule de 0,02 centigr. est administrée environ toutes les heures.

A cette dose, la salivation ne se montre presque jamais, et un certain nombre de faits déposent en faveur de l'utilité de cette tentative d'*antisepsie générale* : des malades, dont la fièvre s'annonçait très grave par l'hyperthermie précoce et l'ensemble des symptômes généraux, n'ont eu, lorsque la médication par le *calomel* a pu être instituée de très bonne heure, qu'une fièvre typhoïde d'une durée très courte, de 12 à 14 jours, par exemple.

III. L'AUTO-INTOXICATION d'origine intestinale est combattue, dans la méthode de M. Bouchard, par une association de médicaments dont j'ai eu l'occasion de parler, et qui produisent ce résultat de transformer les garde-robes si fétides des typhoïdiques en garde-robes absolument inodores, dans lesquelles les micro-organismes semblent être moins nombreux, moins vivaces et d'où semblent avoir disparu notamment certains microbes de la putréfaction.

M. Bouchard a modifié peu à peu, depuis plusieurs années, la composition de son mélange antiseptique. Il a employé d'abord le *charbon* seul, puis le *charbon* et l'*iodoforme* ; il leur a associé, en dernier lieu, la *naphtaline*.

Les proportions sont : 100 grammes de *charbon végétal*, 1 gramme d'*iodoforme* finement pulvérisé, 5 grammes de *naphtaline*.—Par suite de la division extrême des grains de *charbon*, d'*iodoforme* et de *naphtaline*, M. Bouchard estime que ce mélange fournit une surface de 60 mètres carrés, c'est-à-dire qu'il n'est pas un point de la muqueuse intestinale qui ne doive se trouver en contact avec les agents antiseptiques.

Ces trois médicaments sont tenus en suspension dans 200 grammes de *glycérine*, qui joue en même temps, nous le dirons plus loin, le rôle d'aliment, et au mélange sont ajoutés 50 grammes de *peptones*, également dans un but alimentaire.

Le tout réuni forme un breuvage semi-liquide, noir, peu séduisant à l'œil, mais dont l'odeur n'a rien de désagréable et qui n'est pas répugnant au goût, comme on pourrait le croire a priori. Toutes les deux heures, le typhoïdique ingère une cuillerée à soupe de ce brouet noir, délayée dans un demi-verre d'eau, et, après chaque gorgée du mélange il se rince la bouche avec une gorgée de tisane pour entraîner les parcelles de *charbon* qui sont demeurées adhérentes aux dents. La répugnance du premier jour une fois dissipée, l'immense majorité des mala-



des, sauf peut-être les enfants, acceptent la médication, et nous n'en avons jamais vu la repousser d'une manière absolue. La médication est continuée sans interruption jusqu'à complète guérison, sauf dans quelques cas exceptionnels d'intolérance gastrique ou de complications péritoniques qui seront signalés plus loin.

Quelques heures après l'usage du mélange antiseptique, les garde-robes sont, nous l'avons dit, absolument noires, liquides, sans aucune odeur fécaloïde, généralement inodores, exhalant quelquefois l'odeur de benzine qui caractérise la naphthaline.

Mais il est indispensable, quand on a adopté cette médication, d'évacuer régulièrement le contenu de l'intestin, pour empêcher l'accumulation du charbon. On obtient ce déblaiement d'une façon suffisante par l'emploi systématique d'un purgatif léger tous les trois jours. Ce purgatif est généralement 15 grammes de sulfate de soude. — En outre, *matin et soir*, un lavement froid est donné, contenant 0,50 centigrammes d'acide phénique dissous dans 500 grammes d'eau (soit 1/1000.) Chez les jeunes sujets ou chez ceux pour lesquels on peut craindre l'élimination par les reins d'une certaine quantité d'acide phénique absorbée, on peut employer pour les lavements l'hyposulfite de soude.

Le jour où on cesse définitivement l'usage du mélange antiseptique, il est très important d'administrer un dernier purgatif, qui peut être une cuillerée d'huile de ricin donnée au malade, pendant qu'il prend un bain. — (A suivre.) — Paul GERNE, in *Concours médical*.

**Traitement de l'indigestion par l'administration de l'acide phénique.** — Le docteur Dixon appelle l'attention sur les bons résultats que donne l'acide phénique à petites doses dans l'indigestion accompagnée de ce que Lauder Brunton a désigné sous le nom de *pyrosis hypersthésique* ou sensation d'acidité subjective et de flatulence, de douleurs stomacales, enfin du malaise général attaché à ces troubles gastriques et qui présage, à n'en pas douter, une indigestion.

Dans maintes occasions, les bénéfices ont été des plus manifestes, certains cas restés intraitables ayant cédé immédiatement à l'administration de ce nouvel agent de thérapeutique stomacale.

On sait qu'en pareil cas le vomissement provoqué ou tout au moins les alcalins, le bicarbonate de soude à haute dose ont assez souvent raison de cet état acide du chyme. Néanmoins, il est des sujets chez lesquels l'ingestion de n'importe quel aliment, surtout des aliments féculents ou sucrés et des graisses détermine immédiatement un état dyspeptique que caractérisent la douleur, la flatulence, les renvois acides et la diarrhée colliquative. Le vomissement provoqué dans ces cas est impraticable, le bicarbonate de soude s'y montre insuffisant; c'est alors que le docteur Dixon donne avec succès 2 gouttes d'une solution concentrée d'acide phénique dans la glycérine, ces 2 gouttes de glycérine phéniquée sont associées à un alcalin (bicarbonate de soude, 1 gramme, ou carbonate de soude, 30 centigrammes), et à 25 gouttes d'esprit aromatique. Ce moyen serait également efficace dans la dyspepsie des grands buveurs de thé.

De son côté, le docteur Edward Berdce écrit au *British Medical Journal*, à la date du 21 mars, qu'il a dernièrement traité plusieurs cas d'indigestion à l'aide de l'acide phénique, et chaque fois avec de tels résultats qu'il est désireux d'ajouter son témoignage à celui du docteur

Dixon. C'est également dans ces formes de dyspepsie douloureuse, flatulente et acide que l'acide phénique s'est montré d'une incontestable utilité. Pour la forme d'administration, l'auteur préfère la suivante à celle qu'adopte le docteur Dixon :

Acide phénique cristallisé..... 1 partie.  
Glycérine fraîche..... 4 parties.

Pour faire une solution dont on donnera 5 à 10 gouttes dans un demi-verre d'eau de menthe poivrée ou autre véhicule convenable. Quand la douleur stomacale est trop marquée, on peut ajouter 5 à 6 gouttes de laudanum, ou 1 goutte ou 2 de gouttes anglaises noires des Quakers, ou quelques gouttes de teinture d'opium ammoniacale.

Si la flatulence domine, on peut supprimer l'opium et associer, au contraire, à la préparation, 5 à 10 gouttes de teinture de noix vomique.

On peut se demander comment agit l'acide phénique dans ces cas ; est-ce en arrêtant les fermentations dans l'estomac, ou bien est-ce par action de contact, anesthésique et calmante, sur les parois du viscère ?  
—*British Med. Journal.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**De l'hypertrophie de la prostate avec le rétrécissement du méat urinaire et de la ponction sus-pubienne.**—Clinique de M. le professeur VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié.—Nous allons, pour aujourd'hui seulement, modifier l'ordre de la clinique parce que les circonstances m'y obligent. Et de fait, le vieillard de soixante-dix ans qui est venu d'un service de médecine échouer dans nos salles, réclame une opération que nous ne pouvons pas remettre au lendemain sans porter un certain préjudice à son état déjà profondément cachectique. Cet homme, depuis un an environ, est atteint de difficulté d'uriner. Pour savoir quel remède apporter à ce trouble fonctionnel, il a consulté plusieurs médecins qui ne l'ont probablement pas bien examiné, car, sans cela, ils auraient trouvé deux choses : d'abord, une hypertrophie telle de la prostate qu'elle atteint le volume d'un verre ordinaire ; ensuite, un rétrécissement considérable du méat urinaire. Une pareille coïncidence, heureusement très rare, comme l'a fait remarquer Civiale et, depuis, plusieurs auteurs et moi-même, donnant naissance à des difficultés de traitement toutes particulières, il est indispensable que je vous entretienne de cette question.

Quand, chez ce malade, lors de son arrivée, je constatai l'existence d'une hypertrophie de la prostate, ma première intention fut de commencer par introduire dans le canal urinaire une sonde en caoutchouc rouge d'un assez gros volume, afin de pouvoir redresser plus facilement la courbure imprimée au canal par la prostate. Je vous disais, ensuite, que s'il ne m'était pas possible d'arriver à un bon résultat avec la sonde en caoutchouc, je prendrais un mandrin et, après lui avoir donné une courbure convenable, que j'essayerais de pénétrer dans la vessie. J'ajoutai, enfin, que plutôt que de faire fausse route, je ferais la ponction temporaire de la vessie soit avec l'appareil de Dieulafoy, soit avec celui de Potain. Suivant donc mon programme, je me mis en devoir d'en-

trer dans la vessie avec une sonde, mais quelle ne fut pas ma surprise, en constatant que le méat urinaire ne laissait même pas passer la sonde numéro dix. En présence de ce rétrécissement, j'essayai de violenter le passage et, avec une bougie rigide numéro huit, j'arrivai à passer; mais alors, à l'instant même, ce qui a lieu du reste toutes les fois qu'on tourmente le rétrécissement, j'eus affaire à un spasme et fus arrêté à la portion musculuse. Enfin, à l'aide d'un instrument plus gros, si j'atteignis la prostate, il me fut toutefois impossible d'aller plus loin, car mon instrument fut tellement serré en cet endroit que j'eus de la peine à le retirer.

Ceci dit, quelle est donc la cause de cette rétention d'urine? Est-elle sous la dépendance d'une hypertrophie de la prostate, ou bien d'un spasme de la région musculuse? Bien que chacune de ces causes soit, à elle seule, suffisante pour expliquer un pareil trouble, je crois cependant qu'elles existent toutes les deux chez notre homme. J'ajouterai, en outre, qu'il y en a une troisième, à savoir une congestion de la prostate. A propos de cette congestion, je vous rapporterai l'histoire du père d'un jeune homme à qui j'avais donné mes soins, afin de bien vous montrer le rôle qu'elle peut jouer chez les vieillards. Cet homme, un beau jour, ayant pris le chemin de fer pour venir voir son fils, fut obligé de se retenir d'uriner pendant assez longtemps. Ce n'est qu'arrivé à Paris, qu'il essaya de satisfaire son besoin dans un urinoir, mais sans succès. Arrivé chez son fils, comme le malaise continuait, celui-ci, qui avait conservé quelque reconnaissance, me fit appeler en toute hâte. J'arrivai immédiatement et je trouvai une prostate assez volumineuse. Malgré cela, je me contentai de donner un bain et un lavement laudanisé. Bien m'en prit, car, quelle ne fut pas ma surprise de voir, au bout de trois ou quatre jours, cette prostate avoir diminué de moitié. Voilà qui vous explique pourquoi, quand ils avaient affaire à un malade atteint de rétention d'urine, les chirurgiens d'autrefois appliquaient, dans certains cas, des sangsues au périnée et rétablissaient de la sorte le cours de l'urine; voilà aussi qui nous indique comment, en faisant une ponction de la vessie, on arrive à supprimer les troubles fonctionnels existants. Bref, de tout cela, il faut conclure que vous aurez à tenir compte de ces congestions prostatiques qui ne sont nullement des inflammations.

Eh bien, maintenant, comment allous-nous procéder chez notre homme? De la manière suivante: nous ferons la paracentèse vésicale qui, avec une aspiration bien faite, est, en général, d'une très grande innocence. Comment donc pratiquer la paracentèse hypogastrique, car je ne ple pas des autres qui sont complètement oubliées? De la façon suivante: d'abord, vous chercherez le bord supérieur de la symphyse du pubis; ensuite vous reconnaîtrez la ligne médiane; enfin vous prendrez votre instrument et, d'un coup sec, l'enfoncerez perpendiculairement à la paroi abdominale. Si, par hasard, vous veniez à traverser le bord interne d'un des muscles droits, ce ne serait pas à la rigueur une bien grande affaire. Bien plus terrible, serait elle par contre, si vous éloignant trop en dehors de la ligne médiane, vous veniez à léser l'artère épigastrique. En somme, c'est une opération élémentaire, bien plus facile à pratiquer qu'une saignée, et que tout médecin doit connaître. Il est bon, de plus, que vous sachiez, dans les cas où on a affaire à une prostate énorme, qu'il est préférable de faire une ponction avec un trocart, afin

de faire filer par la canule une petite sonde en caoutchouc que vous installerez en permanence. Quant à ces anciens trocars courbes, munis de deux oreillettes, qu'on mettait à demeure, je vous conseille de les laisser de côté, car ils ont de trop gros inconvénients. D'abord, quand la vessie est revenue sur elle-même et que la prostate est assez grosse pour faire saillie dans l'intérieur de la poche urinaire, rien n'est moins étonnant que de voir l'instrument venir buter sur la prostate; ensuite, dans quelques cas exceptionnels, on a vu, après la ponction, l'urine ne s'écouler que lorsqu'on avait ramené un peu le trocart en arrière, et cela parce qu'on avait été piquer la prostate. Voilà pour quelles raisons quand, par hasard, le traitement médical ne réussit pas, je préfère profiter des merveilleuses propriétés de la sonde en caoutchouc.

"Mais, me direz vous, il est certains cas où cette paracentèse vésicale que vous considérez comme une opération très innocente, est suivie d'accidents qui ne son' pas du tout à dédaigner." Cela est vrai, et ici, vous allez retrouver une application de mes éternelles rengaines. En effet, dans quelques cas, on observe des phlegmons gangreneux de l'hypogastre. Quels sont donc les sujets les plus spécialement affectés? Ce sont les vieillards. Comment pareil accident se produit-il? De la façon suivante: au moment où vous retirez votre poinçon, pour peu que vous n'apportiez pas une grande attention à cette partie de votre programme, les quelques gouttes d'urine putride qui se répandent dans le tissu cellulaire donnent naissance à un phlegmon gangreneux. Il est inutile, je crois, d'insister d'avantage sur ce fait, car rien au monde n'est plus facile à comprendre. Maintenant, quand vous avez affaire à une urine de cette nature, deux procédés sont à votre disposition pour éviter la complication que je viens de vous signaler: ou bien vous mettrez un tube à demeure qui créera rapidement des adhérences dans le tissu conjonctif, ou bien, comme en antisepsie il n'y a pas de petits faits et qu'on ne prend jamais trop de précautions avec des instruments chargés de poison, avant de retirer la canule, vous ferez un lavage de la vessie, soit avec une solution boricuée, soit avec tout autre liquide. Enfin, à propos de l'emploi de la sonde à demeure, je dois ajouter qu'il ne faut pas oublier de désinfecter la vessie, toutes précautions qu'on ne prenait pas autrefois. Voilà de quelle manière nous allons procéder chez notre homme. Puis, la plaie, dans le cas où nous ne ferons qu'une ponction sans laisser la sonde à demeure, ayant été soigneusement mise à l'abri du contact de l'air à l'aide d'un peu de baudruche ou de ouate par dessus laquelle on étendra une couche de collodion, et le malade ayant été remis dans son lit, on lui donnera: d'abord un grand lavement, afin de débarrasser l'intestin, et ensuite un quart de lavement avec huit gouttes de laudanum. Enfin, comme traitement il devra prendre du bromure de potassium à la dose de trois ou quatre grammes, et vu l'état de sa langue qui est sale, un peu de lait.

Maintenant, pour terminer cette leçon, quel est le pronostic? Il est grave. En effet, bien que son urine ne renferme aucune trace d'albumine, si sa langue devient plus mauvaise, si des frissons surviennent, si la température monte et si, enfin, la néphrite s'en mêle, ce qui peut très bien arriver d'un moment à l'autre, cet homme sera alors enlevé très rapidement.—Praticien.

**Etiologie du tétanos.**—Rien n'est plus obscur que l'étiologie du tétanos; et la distinction de tétanos traumatique et le tétanos essentiel, n'est rien moins que fondée.

A la *Société de chirurgie* de Paris, M. LARGER a apporté un certain nombre de faits qui paraissent devoir éclairer d'un jour nouveau ce point si peu connu de la pathologie.

Il compare la longue incubation du tétanos à celle de la rage; il n'admet pas le tétanos spontané; dans chaque cas, si on remonte assez loin, on trouve toujours un traumatisme. Il va même plus loin: ayant eu à traiter une femme tétanique qui, 4 mois auparavant, avait fait une chute et s'était blessée au coude, elle guérit lentement. M. Larger a trouvé que ce cas était unique, de mémoire d'homme, dans le village habité par la malade, et il apprit, de plus, qu'une écurie attenante à la cour où l'accident avait eu lieu, avait abrité deux chevaux qui, tour à tour, avaient été atteints de tétanos. Simples coïncidences! soit!! mais frappantes.

M. Larger cite un village où il y a une véritable épidémie du tétanos.

Pour prouver la contagiosité, il dit: Le deuxième malade de ce village est curé à l'hôpital d'une ville voisine (Poissy,) où il a séjourné environ cinq mois. Jamais, avant son entrée, il n'y a eu du tétanos, ni dans l'hôpital, ni dans la ville. Or, pendant la durée de ce séjour, il entra successivement deux habitants de Poissy blessés dans la ville même, et soignés dans la même salle que le tétanique de l'autre village (Larrière.) Les deux derniers blessés contractent successivement le tétanos et meurent rapidement. Depuis lors, l'hôpital de Poissy n'a pas présenté un seul cas de tétanos; dans la ville de Poissy même il n'y en a jamais eu en aucun moment, ni avant, ni pendant, ni après les cas de l'hôpital. On est donc autorisé à conclure à la contagion dans l'espace.

Il semble que le virus ne se conserve pas facilement dans les literies, les planchers ou les murs d'une salle. Il n'en est pas de même lorsque les malades sont couchés immédiatement sur le sol, comme cela a eu lieu à Metz en 1870, à l'ambulance de Saulcy, où le tétanos devint tellement persistant qu'il fallut évacuer l'hôpital.

Les exemples tendent à prouver que l'air n'est pas le véhicule du contagé tétanique, mais que celui-ci se propage par l'intermédiaire du sol.

L'exposé de cette opinion a rencontré des contradicteurs, parmi lesquels M. Terrier, qui s'appuie sur ce que toutes les tentatives d'inoculation ont échoué.

S'il est arrivé que de nombreux chevaux, châtrés en même temps et envoyés dans une même prairie humide, ont été atteints de tétanos, cela prouve qu'ils ont été soumis à des causes communes.

Le Dr. Desprès s'élève vivement contre la théorie de la contagion, mais celle-ci trouve un nouveau défenseur dans M. Polaillon qui rapporte le fait suivant: Un premier malade meurt de tétanos; peu après, un second malade meurt de la même maladie; enfin quelques jours après, survient un troisième tétanique non loin des deux premiers.

On le voit: le doute est soulevé. Le tétanos serait-il contagieux? La clinique des praticiens vétérinaires pourra peut-être fournir des documents précieux à l'élucidation de cette importante question.—*Abeille médicale.*

**Traitement des luxations en arrière des phalanges sur les métacarpiens.**—Les luxations métacarpo-phalangiennes en arrière présentent une fréquence assez notable ; il n'est pas très rare de rencontrer dans les populations ouvrières ou rurales, de ces luxations du pouce qui n'ont pu être réduites et qui ont laissé des difformités plus ou moins grandes. On peut aussi être frappé du grand nombre d'appareils et de moyens qui ont été proposés pour guérir ces lésions. M. le Dr. Farabeuf est le premier qui ait donné l'explication des difficultés que l'on rencontre pour réduire ces luxations, et dans un travail maintenant classique, publié en 1876, il a fait voir que le ligament glénoïdien de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ainsi que les os sésamoïdes, constituent l'obstacle à la réduction. Le Dr. JALAGUIER, chirurgien des hôpitaux, vient d'étudier le même fait pour les autres articulations métacarpo-phalangiennes, à propos d'un cas de luxation récente et irréductible de l'index.

Il est très important de se bien rendre compte du mécanisme de l'irréductibilité, si on veut arriver facilement à corriger ces déplacements. La base de la phalange est rattachée à la tête métacarpienne par des ligaments latéraux et un ligament antérieur. Celui-ci, très épais, s'attache très solidement au bord antérieur de la surface phalangienne, il est fibro cartilagineux et contient dans son épaisseur, des os sésamoïdes, deux, constamment au pouce, un, constant aussi, mais moins volumineux pour l'index. Le ligament glénoïdien a une hauteur de 6 à 8 ou 10 millimètres ; dans les mouvements d'extension et de flexion des phalanges, il suit toujours la surface phalangienne dans son déplacement sur la tête du métacarpien, et quand les deux os sont violemment séparés par une action traumatique, le ligament suit toujours la phalange. Si nous appliquons ces données physiologiques et expérimentales aux luxations, voici ce qui se produit : la phalange redressée et poussée en arrière, se déplace de façon à passer à la partie postérieure de la tête métacarpienne, elle entraîne le ligament, qui se sépare de ses attaches supérieures et parcourt la surface métacarpienne d'avant en arrière. Quand la phalange s'arrête au rebord postérieur de la tête métacarpienne, la luxation est incomplète et facile à réduire ; la plupart du temps, même, le blessé la réduit tout seul. Dans ces cas, la phalange se présente après l'accident, dans une extension forcée, relevée à 45° environ sur l'axe du métacarpien ; le doigt présente l'aspect que l'on observe sur les sujets qui sont atteints de subluxation volontaire du pouce en arrière.

Mais à un degré plus avancé que va-t-il se passer ?

La base de la phalange repose à angle droit sur le col ou même sur la face dorsale du métacarpien, on sent le tendon fléchisseur déplacé en dedans de la jointure, tandis que l'extenseur soulève la peau plus ou moins fortement. Le ligament glénoïdien, ayant suivi la phalange, se trouve placé de telle façon que sa face antérieure est devenue postérieure et que la postérieure, qui regardait l'interligne articulaire, s'applique sur la partie dorsale du métacarpien et regarde, par conséquent, en avant. Pour l'articulation du pouce, l'os sésamoïde externe a suivi le ligament glénoïdien dans son déplacement : pour l'index, le petit noyau osseux est placé de même ; et comme à ce doigt, le ligament glénoïdien conserve en dedans des attaches solides qui l'unissent à celui du médian, il est entraîné un peu en dedans ainsi que la pha-

lange, vers le second espace interosseux. Ces déplacements caractérisent les *luxations complètes* simples de M. Farabeuf. Qu'arrive-t-il le plus souvent ?

Ou bien le blessé cherche lui-même à réduire ce déplacement, ou bien il se présente à un rebouteur ou à un médecin. Dans tous ces cas il arrive presque toujours que des tractions plus ou moins vives sont exercées sur le doigt déplacé, de façon à le redresser et à tirer en ligne droite dans l'axe du métacarpien. On arrive à fléchir le doigt, on corrige même le raccourcissement, mais la saillie de la tête métacarpienne persiste, l'articulation gonfle, devient très douloureuse, et finalement la luxation n'est point réduite ; si on n'intervient de nouveau, une déformité notable, avec gêne des mouvements, surviendra.

Que s'est-il passé, et pourquoi la luxation ne s'est-elle point réduite ?

La manœuvre maladroitement conduite a renversé la phalange sur le métacarpien, le ligament glénoïdien a d'abord été pris entre les deux os, puis, sous l'influence des tractions exercées sur la phalange, il s'est complètement retourné, restant appliqué sur le dos du métacarpien et ne pouvant repasser au-dessus de la tête de cet os.

La luxation est devenue *complexe*. Dégageons maintenant les principes thérapeutiques de toutes ces notions. Pour réduire une luxation complète, et comme le dit Jalaguier, *vierge de toute manipulation maladroite ou nuisible*, il faut maintenir la phalange redressée, et même exagérer son redressement, puis faire glisser sa surface articulaire d'arrière en avant sur le dos et la tête du métacarpien et ne rabattre le doigt que lorsque le contact de la cavité glénoïde de la phalange avec la tête métacarpienne est parfait. Cette manœuvre s'exécute, soit en saisissant le pouce ou tel autre doigt déplacé, à pleine main, ou bien avec une pince solide spéciale, la pince à réduction de Farabeuf par exemple. Dans cette manœuvre on refoule le ligament glénoïdien qui précède alors la phalange et regagne sa place par une voie identique à celle par où il s'est déplacé.

Si, au contraire, on a affaire à une luxation complexe, on essaiera d'abord, après anesthésie, car ces manœuvres sont très douloureuses, de ramener la luxation complexe à l'état de luxation simple, en redressant le doigt à angle droit, en écartant autant qu'on le peut la phalange du métacarpien, afin de retourner le ligament glénoïdien. Mais pour peu que la luxation remonte à un ou deux jours, quelquefois seulement à quelques heures, ces manœuvres sont insuffisantes et il faut, ou bien abandonner le malade, ou user de procédés sanglants. On a proposé, dans ces cas, la section des tendons des fléchisseurs, la section des muscles sésamoïdiens, au pouce, celle des ligaments latéraux.

Mais, en somme, tous ces moyens ne s'attaquent point à la cause unique de l'irréductibilité : l'interposition du ligament glénoïdien.

Il suffit de diviser ce ligament en pénétrant par la face dorsale de l'articulation. Cette petite opération peut se faire, soit à ciel ouvert, avec les précautions de l'antisepsie, soit par la méthode sous-cutanée. Tout l'honneur de son invention doit être attribuée à notre maître le Dr. Farabeuf. Le professeur Verneuil l'a employée avec succès dans un cas de luxation complexe du pouce, et le Dr. Jalaguier dans son fait de luxation irréductible de l'index. Voici comment on doit pratiquer l'opération. Les points de repère sont la face dorsale du métacarpien et le bord postérieur de la cavité glénoïdienne de la phalange, ainsi que le

tendon extenseur. Un aide immobilise la main et tient le doigt ramené exactement dans l'axe du métacarpien. Avec un ténotome fort, à courte lame et à pointe rabattue, le chirurgien ponctionne la peau à 2 centimètres du rebord phalangien, sur le bord externe du tendon extenseur, et il glisse cette lame vers la face articulaire de la phalange; on relève alors le manche et, suivant avec la pointe la surface phalangienne, on vient couper le ligament glénoïdien, sur la face dorsale du métacarpien. La section doit avoir environ 1 centimètre de long, et on sent nettement la division du tissu fibreux sous la lame de l'instrument. Dès que la section est complète, on peut réduire avec la plus grande facilité la luxation.

On ferme ensuite la petite plaie avec du collodion iodoformé, et quand le gonflement de la jointure a disparu, on facilite la disparition des raideurs articulaires au moyen de mouvements bien ménagés et d'un massage régulier de la région. Somme toute, on peut conclure que, lorsqu'une luxation complexe n'a pu être réduite par les manœuvres rationnelles indiquées plus haut, on doit, à l'exclusion de toute autre opération, pratiquer par la méthode sous-cutanée, du côté dorsal de la jointure, la division complète et médiane du ligament glénoïdien.—Dr. BARRETTE, in *Concours médical*.

**Rapports de la néphrite avec le traumatisme.**—M. ARNAUD (de Marseille) rappelle dans un article du *Marseille médical* que l'influence de la néphrite sur les traumatismes a été le sujet de beaucoup de recherches et est bien connue: la lenteur du travail de réparation, l'atonie des plaies, la fréquence des hémorrhagies, la gangrène, l'érysipèle, etc....., sont des complications très souvent observées chez les brightiques. D'autre part, il est démontré que le traumatisme réveille et aggrave les manifestations et les symptômes de la néphrite. Il est commun de voir, chez un sujet atteint de néphrite parenchymateuse ou interstitielle à l'état léger ou même latent, survenir une albuminurie intense, des œdèmes considérables, ou les accidents graves de l'urémie provoqués par une blessure ou une opération quelquefois insignifiante.

Mais si la présence d'une blessure peut aggraver une affection rénale préexistante, le traumatisme à lui seul est-il capable de donner naissance à une néphrite? On sait que les suppurations prolongées sont susceptibles déjà d'amener la dégénérescence amyloïde des reins. Mais de plus on a cité un certain nombre de cas de néphrite diffuse succédant à un traumatisme. M. le docteur Arnaud cite un nouveau fait de ce genre. Il s'agit d'un cas de fracture de jambe, survenue chez un sujet vigoureux et très bien constitué et chez lequel rien ne pouvait faire songer à une albuminurie même au début. Néanmoins ce malade succomba aux accidents de la maladie de Bright trois mois plus tard. L'autopsie permit de reconnaître toutes les lésions d'une néphrite diffuse.

Dans ce cas, la consolidation régulière de la fracture, l'absence de séquestres, le caractère modéré des accidents locaux, tout démontre que l'affection rénale est seule responsable de la mort du malade qui a succombé comme les brightiques ordinaires. Rien non plus ne pouvait faire admettre une néphrite préexistante. Mais ce fait montre néanmoins l'intérêt qu'il y a pour le médecin à faire l'examen des urines chez tous ses blessés.—*Abeille médicale*.



**Abcès de la langue.**—Les abcès de la langue constituent une affection rare mais dont il est nécessaire cependant de faire le diagnostic car elle peut entraîner la mort. La *Revue mensuelle de laryngologie* donne quelques détails sur ce sujet d'après le *Medical Record*. On a cru dans certains cas à l'existence d'une tumeur de mauvaise nature.

C'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté par Vogel. L'abcès avait été pris pour un squirre et l'on allait faire l'extirpation. La première incision fit reconnaître l'erreur.

On pourrait aussi le confondre avec une gomme. Dans certains cas une ponction exploratrice peut seule permettre d'arriver à la certitude.

L'inflammation de la langue peut amener un gonflement considérable et produire une dyspnée alarmante, soit en soulevant en haut le voile du palais, soit plutôt en pressant sur l'épiglotte. Solis Cohen cite la glossite comme pouvant être une cause de trachéotomie. Lawrence rapporte une observation dans laquelle cette opération dut être faite. Le malade mourut et l'autopsie révéla l'existence d'un abcès de la langue.

La dysphagie peut aussi bien que la dyspnée constituer un symptôme important. Même alors que le gonflement n'a pas atteint son maximum, les mouvements de la langue sont gênés, fait qui, joint à la douleur, oppose à la déglutition un obstacle considérable.

Pour le traitement on doit faire usage au début de glace, de gargarismes émollients pour faire avorter l'inflammation. Plus tard, on doit ouvrir l'abcès. En raison de la richesse vasculaire de la langue, il peut se produire des hémorrhagies considérables.

Dans la plupart des cas publiés par les auteurs, la guérison a suivi la rupture spontanée de l'abcès.

**Du gavage après l'opération du bec-de-lièvre.**—M. BAR, accoucheur des hôpitaux de Paris, a eu l'occasion d'opérer deux nouveaux atteints de bec-de-lièvre unilatéral. Il a pensé qu'en ayant, après l'opération, recours au gavage, on pourrait éviter les mouvements des lèvres, qui sont inévitables, même quand on nourrit les enfants à la cuiller, et faire disparaître une des causes qui empêchent souvent une coaptation parfaite des surfaces avivées.

Le gavage a été pratiqué avec du lait d'ânesse : 20 grammes toutes les deux heures. Au bout du quatrième jour, époque où on a enlevé les fils de suture, les deux enfants ont été reçus au sein.

Cette méthode d'alimentation a pu être faite sans inconvénient, et les deux enfants, pendant les jours où ils ont été soumis au gavage, n'ont pas cessé d'augmenter de poids.

Pour pratiquer ce mode d'alimentation, on se sert d'un appareil composé d'une sonde urétrale en caoutchouc (n° 16 de la filière Charrière.) Au bout de cette sonde on ajoute un petit entonnoir ou une cupule en verre. Alors on place l'enfant sur les genoux de la personne qui va procéder au gavage, la tête légèrement soulevée. La sonde est mouillée, puis introduite jusqu'à la base de la langue, et l'enfant, par des mouvements instinctifs de déglutition, la fait pénétrer jusqu'à l'entrée de l'œsophage. On pousse alors doucement la sonde pour lui faire parcourir toute la longueur de ce conduit. Après un trajet de 15 centimètres environ, y compris la bouche, l'extrémité de la sonde arrive à l'estomac

on verse alors le liquide alimentaire dans la cupule, bientôt celui-ci pénètre dans l'estomac. Après quelques instants, on retire la sonde, mais il faut le faire par un mouvement rapide, car, si l'on procédait lentement, le liquide alimentaire suivrait la sonde et serait rejeté par régurgitation.

Cette alimentation peut se faire également le plus commodément par les narines au moyen d'une sonde en caoutchouc n° 12, et on évite, en traversant la bouche et le pharynx, de provoquer des efforts de vomissements.—*Paris médical.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

**Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement?** par H. STAFFER, chef de clinique de la Faculté.(1)  
*Conduite à tenir dans les cas où l'on est tenté de donner du seigle pendant l'accouchement ou l'avortement.*

A. *Accouchement*—Bien entendu nous ne parlerons pas des cas où l'on donne du seigle ergoté pour faire descendre une région fœtale inconnue. Cela est monstrueux. En obstétrique, il est interdit d'instituer un traitement ou d'intervenir par une opération sans avoir fait un diagnostic précis. Si le palper, l'auscultation, le toucher digital sont restés muets, on doit attendre que l'orifice utérin soit dilaté ou dilatable. Alors on pratique le toucher manuel, on introduit la main entière et on éclaire ainsi la situation. Il n'y a pas d'inconvénient à rompre la poche des eaux à ce moment, puisque l'intervention immédiate est possible, la porte étant ouverte. Il y a même tout avantage dans le cas de présentation de l'épaulé, car c'est le moment d'élection pour la version podalique par manœuvres internes.

C'est surtout dans le cas où la région fœtale n'avance pas que l'on est tenté de donner du seigle pendant l'accouchement. Cela semble logique. En doublant la force qui pousse le fœtus à travers la filière, on hâtera la terminaison. Une pareille conduite est condamnable, parce qu'on expose les jours de l'enfant et ceux de la mère. Que faire alors?

Si la région fœtale, sommet, face ou siège, n'avance pas, la cause de ce retard étant diagnostiquée, on n'interviendra pas tant que l'orifice ne sera ni dilaté ni dilatable, c'est-à-dire *appliqué ou applicable sur le pourtour de l'excavation*. Quand la porte sera ouverte, on pratiquera telle ou elle opération, suivant les cas, dès que la santé de la mère ou celle de l'enfant seront exposées.

J'entends l'objection de quelques lecteurs: " Si la région fœtale, disent-ils, n'avance pas parce qu'il y a disproportion entre le bassin et le fœtus, évidemment l'ingestion du seigle est une mauvaise pratique; mais s'il s'agit d'une simple insuffisance des contractions, la tête étant bien engagé par son sommet, pourquoi ne pas éperonner légèrement l'utérus? "

Parce qu'on possède un instrument, le forceps, qui, bien appliqué, n'a pas les inconvénients graves de cette poudre fœticide (Tarnier),

(1) Suite et fin. Voir la livraison de mars.

laquelle tue souvent aussi la mère. On a vu, après l'expulsion du fœtus, la porte de ces utérus légèrement éperonnés, se refermer, retenant le placenta, et ne plus se rouvrir.

Ce sont ces deux accidents, TOUJOURS LES MEMES, *asphyxie complète du fœtus et rétention du placenta*, qui ont fait abandonner le seigle, dans un cas où la logique, mauvaise conseillère en clinique quand l'expérience ne la corrige pas, l'indiquait formellement. Je veux parler de la présentation du siège. On sait depuis longues années que, dans cette circonstance, l'enfant risque d'être étouffé au passage. Donner une petite dose de seigle quand le siège paraît à la vulve, c'est hâter l'expulsion, c'est maintenir fléchis et pelotonnés, les divers segments du fœtus en appliquant sur eux la paroi utérine contractée. Quoi de plus logique en apparence? Malheureusement c'est pure théorie. La pratique a montré que le seigle augmentait les chances de mort de l'enfant au lieu de les diminuer, et exposait la mère qui, sans lui, n'est nullement exposée. La *puissance tétanique* du seigle entrave la circulation utéro-placentaire; aux chances de mort par respiration prématurée, par compression du cordon, par décollement placentaire, s'ajoute donc celle d'asphyxie par défaut d'échanges entre la mère et le fœtus. De plus, l'orifice utérin se resserre dans certains cas sur le cou du fœtus, et cette puissante cravate musculaire, entravant son expulsion, lui laisse tout le temps de périr entre les mains de l'accoucheur qui le sent palpiter sous ses doigts et fait d'inutiles efforts pour vaincre une *résistance tétanique*.

Il y a peu d'années, on enseignait officiellement, à la clinique de la Faculté, que le seigle à faible dose était indiqué, si l'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne. On mettait ce conseil en pratique à la salle d'accouchements dès que le siège paraissait à la vulve. Aujourd'hui, il ne reste de cette manière de faire que des bulletins statistiques, éloquents témoins de ses inconvénients.

Lorsque l'enfant se présente par le siège, il faut attendre. La patience est, après la propreté, la première vertu de l'accoucheur. On interviendra seulement, si la mère ou l'enfant souffre, par des tractions exercées, *au moment où l'utérus se contracte*, sur les membres du fœtus, avec les mains, avec un doigt, avec un lacs, en dernier ressort avec un forceps, jamais avec un crochet si l'enfant est vivant.

Avec le défaut de progression de la région fœtale, deux cas peuvent inspirer, et ont souvent inspiré au praticien la malencontreuse idée de donner le seigle ergoté: ce sont l'hémorrhagie et la rétention du placenta. Étudions la conduite à tenir dans ces deux cas.

A. HÉMORRHAGIE.—Elle survient pendant le travail, pendant la délivrance, après la délivrance.

a.) *Hémorrhagie du travail*.—Le décollement du placenta en est la cause ordinaire. Lorsque la perte met en danger les jours de la femme, il importe de l'arrêter. Le praticien a deux moyens à sa disposition:

1<sup>o</sup> La rupture des membranes (Mauriceau et Puzos).—Elle a pour but de prévenir le décollement des cotylédons, qui ne seront plus tirillés à chaque contraction par la tension de la poche des eaux.

2<sup>o</sup> Le tampon.—Pour faire un bon tampon, il faut 500 grammes d'un corps gras antiseptique et 500 grammes de charpie, ou mieux deux feuilles d'ouate fine. Cette dernière n'a pas l'origine douteuse de la

charpie, et on se la procure facilement. Tout praticien de campagne devrait avoir, dans sa voiture, de l'ouate, de la vaseline boriquée et une liqueur-mère antiseptique, sublimé, ou bi-iodure de mercure.

Voici la formule que nous employons :

P. Bi-iodure de mercure.....	5 grammes.
Iodure de potassium.....	10 —
Eau distillée.....	200 —

M.

Avec une demi-cuillerée à soupe de ce mélange, versé dans un litre d'eau, le médecin fabrique sur le champ une eau antiseptique qui lui sert à se nettoyer les mains et à faire tous les lavages et injections nécessaires.

La vaseline joue le rôle d'un excellent corps gras, parce qu'elle ne s'altère pas. L'acide borique incorporé est un antiseptique moins énergique que les sels de mercure; mais il a le grand avantage de s'altérer moins au contact des matières organiques, et surtout de ne pas irriter les parties avec lesquelles il est en contact. Or, un tampon est toujours irritant; il importe de ne pas y incorporer un produit qui le rendrait plus irritant encore. L'acide borique s'emploie à la dose de 3 grammes pour 100 grammes.

Le tamponnement décidé, on prépare vingt-cinq à trente boulettes d'ouate grosses comme une noix, et munies d'un fil solide de 30 centimètres de longueur environ. Les autres boulettes seront fabriquées pendant l'opération et introduites sans fil par-dessus les autres. Il en faut cinquante à soixante à peu près.

L'opérateur, cela va sans dire, n'aura pas touché la femme sans être soigneusement lavé dans un litre d'eau antiseptique qu'il fabriquera avec sa liqueur-mère. Voici comment il appliquera ce tampon :

*Il ne faut pas de spéculum.*—Le rectum et la vessie étant vidés si cela est nécessaire, cette dernière avec une sonde propre et aseptique, la femme sera mise en travers du lit et une grande irrigation vaginale d'eau antiseptique sera faite.

Deux doigts seront introduits dans le vagin et placés derrière le col; on poussera, avec l'index de l'autre main, un premier bourdonnet d'ouate muni d'un fil au fond du vagin. Un second puis un troisième suivront. On les disposera le mieux possible dans les culs-de-sacs. Au fur et à mesure les fils seront tordus ensemble et relevés vers l'une des aines pour qu'ils ne s'embrouillent pas. Les bourdonnets sans fil seront alors poussés à fond. On remplira le vagin, qui doit être bourré jusqu'à ce que le périnée bombe comme si la tête du fœtus était à l'orifice vulvaire. *Tous les bourdonnets seront, avant d'être introduits, pétris et malaxés dans la vaseline boriquée au point de former une pâte molle.* Le tampon est un mur cimenté, dont les bourdonnets sont les pierres et la vaseline le ciment. *Si les pierres ou le ciment font défaut, le sang filtrera.*

Un bandage en T est indispensable. Il sera solidement fixé et garni d'ouate. Sa barre verticale maintient le tampon qui, sans lui, serait expulsé. Sa barre horizontale sera énergiquement serrée, si l'on avait préalablement rompu les membranes sans succès, car elle s'opposera à l'accumulation du sang dans la cavité utérine.

Le tampon doit rester en place jusqu'à ce que la femme ait eu le temps de refaire, à l'aide de rhum, d'eau-de-vie, de champagne, d'œufs

crus, une quantité de sang suffisante pour supporter une nouvelle perte sans danger immédiat. Il est bon que ce temps ne dépasse pas huit à dix heures. Le tampon oté, on en mettra un second, puis un troisième s'il y a lieu.

b) *Hémorrhagie pendant la délivrance.*—Saisissez le cordon d'une main; tendez-le; suivez avec votre autre main ce fil d'Ariane qui vous conduira sûrement à l'orifice interne de l'utérus, contracté en cul de poule. A ce moment, lâchez le cordon, empoignez avec la main, à travers la paroi abdominale, le fond de l'utérus en l'abaissant vers l'excavation. Pénétrez dans l'organe, saisissez le placenta à pleine main et tirez-le dehors.

c) *Hémorrhagie après la délivrance.*—L'utérus est mou, donc le sang ne vient pas d'un vaisseau vaginal ou cervical rompu. Des caillots s'accablent dans le vagin et dans l'utérus et le paralysent de plus en plus. Introduisez la main, faites l'extraction des caillots. En même temps, donnez du seigle; mais si vous avez à votre disposition l'attirail nécessaire, préférez les injections intra-utérines d'eau à 45 ou 48°. Elles font contracter énergiquement l'utérus sans le tétaniser.

2° *Rétention du placenta.*—Si cet organe est engagé en partie dans le col, attendez et faites, toutes les heures, une injection antiseptique d'eau à 45°. Gardez-vous de tirer sur la portion engagée.

Si le placenta est resté tout entier dans l'utérus, introduisez la main avant que la porte ne se ferme et faites l'extraction. La porte se ferme tard, si l'utérus, à demi-paralysé par un travail prolongé, est inerte. Laissez-le se reposer et surveillez la porte. Elle se ferme tôt si l'utérus s'irrite contre un placenta adhérent et se contracte violemment pour chasser ce corps étranger. Cas rare, heureusement, mais le pire de tous. Il faut détacher avec l'extrémité des doigts ces adhérences; on substitue, à la plaie nette du décollement physiologique, une plaie contuse. Opération dangereuse, par conséquent, mais non fatalement mortelle, tandis que la rétention du placenta équivaut le plus souvent à une condamnation à mort.

B. AVORTEMENT. — a) *Embryonnaire.*—C'est la fausse couche du deuxième au troisième mois. Elle est souvent, d'emblée ou progressivement, très sanglante. Repos absolu, tête basse. Ne donnez de seigle ni par dose massive, ni par dose fragmentée. Expectation armée. L'œuf n'est pas fatalement voué à l'expulsion. Il peut continuer à vivre. Faites prendre à la femme une cuillerée à bouche de champagne frappé ou de grog à l'eau-de-vie tous les quarts d'heure. Injections vaginales d'eau, si l'avortement est inévitable, à 45° ou 48° (maximum) toutes les heures. Moins actives que les injections intra-utérines, elles agissent cependant. Au besoin, tamponnez avec un tampon moins volumineux que celui qui a été décrit, mais de même sorte, sans perchlore de fer.

b) *Fœtal.*—C'est la fausse couche du quatrième au cinquième mois. Elle se fait assez fréquemment en deux temps. Le fœtus est d'abord expulsé. Le placenta reste dans la cavité utérine pendant des heures, des semaines ou des mois. Dans ce dernier cas, il est adhérent et vit comme le gui sur le chêne, en parasite. N'y touchez pas.

Lorsqu'il se décolle, une hémorrhagie se déclare. Même traitement que dans l'avortement embryonnaire, et attendez. Dans la rétention du placenta à terme, l'extraction est de règle. Dans la rétention du

placenta de quatre à cinq mois, la non-extraction est de règle, parce que, dans ce dernier cas, l'orifice utérin se ramollit et se rouvre par un nouveau travail (ainsi s'explique l'expression : fausse-couche en deux temps). Pourquoi n'en fait-il pas autant après l'accouchement à terme ? Cela est expliqué.

Si l'orifice tarde à se rouvrir et si le placenta se putréfie, faites des injections intra-utérines.

Nous souhaitons que cet article soit mis à profit par ceux qui donnent le seigle hors de temps, mais..... le professeur Pajot fut appelé une fois, par un médecin, auprès d'une femme accouchée dont le placenta était retenu. Le seigle avait été administré. La femme mourut. Six mois plus tard, le même professeur fut rappelé, par le même médecin, pour le même cas. Même résultat.

Nous entendons de nombreuses réclamations. On a donné le seigle dans tel cas ou dans tel autre, et on a réussi. Il a hâté des accouchements, arrêté des hémorrhagies sans retenir le placenta, il en a favorisé l'expulsion en maintes circonstances. Cela s'est vu, en effet, cela est possible; mais *qu'importe, si d'autres femmes en sont mortes ?* On a vu des enfants de sept livres passer en deux heures dans des bassins de 7 centimètres. Faut-il donc conseiller aux femmes qui ont de tels bassins d'attendre avec confiance le terme de leur grossesse ? Non. En bonne pratique, on ne doit pas aller à l'aventure, et " d'une arondelle il ne faut juger le printemps."

En résumé: *ne donnez jamais le seigle pendant l'accouchement ou l'avortement.*

En cas d'hémorrhagie on peut en donner, SI L'UTÉRUS EST VIDE, mais si l'on a les appareils, et l'expérience nécessaire, il est préférable de faire des injections d'eau antiseptique chaude à 45 ou 48° (maximum). Nous avons promis une explication à ce sujet. La voici :

On n'est jamais certain que l'utérus soit tout à fait vide et il n'est pas rare de voir, après l'ingestion dite opportune du seigle ergoté, des septicémies plus ou moins graves, plus ou moins persistantes. Nous en avons déjà recueilli, pour notre part, plusieurs observations.

—*Union médicale.*

**Hydrorrhée**, par le Dr. T. S. SMITH.—L'hydrorrhée est constituée par l'écoulement de liquide transparent au dehors des organes génitaux, soit pendant l'état puerpéral, soit quand l'utérus est libre de tout fœtus. Il ne s'agit ici que de l'hydrorrhée puerpérale susceptible de se montrer avant ou après l'accouchement.

1° *Hydrorrhée de la grossesse.*—Cette hydrorrhée est caractérisée par l'écoulement brusque ou lent, tantôt intermittent, parfois continu de liquide ressemblant beaucoup au liquide amniotique.

Elle survient de préférence au cinquième ou sixième mois, mais peut quelquefois se montrer dès le second mois de la grossesse.

Les symptômes sont constitués par l'écoulement en question, s'accompagnant ordinairement d'une diminution plus ou moins notable du volume de l'abdomen.

Il n'y a pas de prodromes.

La source de ce liquide varie d'après les auteurs.

Smith passe en revue les différentes théories émises à ce sujet : rupture de l'amnios, accumulation de liquide entre l'utérus et le chorion,

poche amnio-choriale, placenta prævia partiel (?), kyste du placenta (?), rupture de vaisseaux lymphatiques (?), transudation du liquide amniotique à travers les membranes.

L'auteur évite de se prononcer pour l'une ou l'autre théorie, pensant que, suivant les cas, l'origine doit être variable. Dans ses deux propres observations, Smith inclinerait plutôt à penser qu'il y a eu une rupture prématurée des membranes à une certaine distance de l'orifice interne de l'utérus.

Le diagnostic est important ; il est, en effet, des cas où l'hydrorrhée a été confondue avec un début de travail ou un avortement. En présence d'un fait semblable, on est allé jusqu'à donner de l'ergot de seigle pour hâter un travail nullement déclaré!

Ce diagnostic se fera par l'absence de tout signe net de travail, c'est-à-dire : absence simultanée de contractions utérines douloureuses et de l'effacement du col.

Le traitement se résume dans cette double indication : repos et opiacés.

2<sup>o</sup> *Hydrorrhée des suites de couches.*—Après l'accouchement, pendant les suites de couches, alors que l'écoulement lochial ordinaire a duré quelques jours, on voit survenir une hydrorrhée plus ou moins abondante et qui a généralement été attribuée à une inflammation catarrhale de l'utérus.

La plupart du temps, elle coïncide avec une diminution de la sécrétion lactée et de la sécrétion urinaire.

Ashwell a comparé cet écoulement fourni par la muqueuse utérine à celui analogue auquel donne lieu l'inflammation de la muqueuse.—*American Journal of Obstetrics.*

**Des causes de mort subite pendant et après l'accouchement.**—Dans une lecture faite sur ce sujet, devant l'*American Medical Association*, le Dr. W. T. Lusk attribue ce fâcheux accident aux trois causes suivantes : 1<sup>o</sup> entrée de l'air dans la circulation, 2<sup>o</sup> thrombose et embolie, 3<sup>o</sup> épuisement et choc nerveux.

a. L'entrée de l'air dans la circulation devient possible par la présence de sinus ouverts ou fermés par des thrombus ramollis faciles à se détacher. Cet état de choses existe toujours avant la délivrance, lorsqu'il y a séparation partielle du placenta, et durant l'état puerpéral, lorsque par suite de débilité ou d'un travail prolongé, l'utérus se contracte d'une manière imparfaite. Pour Lusk, l'usage de la seringue à siphon est dangereux parce qu'avec ce moyen on peut produire la pneumatose de la matrice ; il lui préfère un jet d'eau provenant d'un vase placé à un niveau supérieur à celui de la malade.

Durant l'accouchement, la rupture soudaine des membranes qui ont agrandi la capacité du vagin, ou l'extraction rapide de l'enfant peut favoriser l'entrée de l'air dans la cavité utérine elle-même, quoiqu'il puisse n'en résulter aucun mauvais effet ; nous avons vu malheureusement la mort arriver presque instantanément dans ces circonstances. Jugeons-en par le fait suivant arrivé à l'hôpital St. George :

Une malade, sur sa demande, resta debout durant son accouchement. Soudainement l'enfant fut précipité du vagin sur le plancher, entraînant avec lui le placenta. A l'instant même on entendit un bruit de gargouillement. La femme, toujours debout, cramponnée aux poteaux

du lit, s'écria : Je ne vois plus, je me sens évanouir, mettez-moi au lit ; pendant qu'on la couchait elle mourut. A l'autopsie on trouva de l'air dans l'artère coronaire de l'estomac ; le cœur droit était légèrement insufflé et de l'air s'échappa à la ponction de l'oreillette. Kezmarsky cherche à expliquer ce phénomène en disant que la rétraction subite de l'utérus agit à la manière d'une pompe aspirante en attirant dans la matrice l'air qui se répand par suite dans les veines utérines. On sait que la mort produite par la présence d'air dans les veines est extraordinairement subite. Quand, dans ces circonstances, la vie se prolonge pour quelques heures, les symptômes dangereux, comme règle, disparaissent probablement par l'absorption de l'air.

b. Outre les cas d'enflure blanche, dans lesquels une portion de caillot laisse la veine fémorale pour gagner le cœur, Lusk mentionne deux autres formes de thrombose et d'embolie pouvant produire la mort subite :

1<sup>o</sup> Lorsque durant le travail le placenta est en partie détaché, ou qu'après la naissance de l'enfant l'utérus s'est contracté imparfaitement, une hémorrhagie soudaine peut alors donner lieu à la formation d'un large thrombus mou dans les veines de la matrice, lequel peut être alors détaché, soit par le mouvement, la contraction utérine ou par la douche, être transporté par la veine cave au côté droit du cœur et aux artères pulmonaires, causer une dyspnée intense et la mort.

2<sup>o</sup> Quelques-uns prétendent que la présence d'une plus grande quantité de substances fibrinogènes et fibrinoplastiques dans le sang, durant la grossesse, lorsque l'action du cœur est faible, peut donner lieu à la formation subite d'un caillot dans l'artère pulmonaire, produisant de la dyspnée et la mort par arrêt de la circulation pulmonaire. Cette théorie d'abord émise par Meigs fut appuyée des noms de Playfair et de Barker. Pour Virchow "aucune des petites veines cardiaques s'ouvrant dans l'oreillette droite peut devenir le siège d'un thrombus primitif, favorisant la formation d'un large thrombus secondaire en dedans de l'oreillette." En admettant ce fait, l'opinion de Playfair est maintenue et on détruit l'objection qui veut que la force du courant sanguin dans l'artère pulmonaire soit suffisante pour prévenir la coagulation spontanée du sang, excepté dans l'agonie de la mort.

c. Nous trouvons dans les journaux de médecine plusieurs cas de mort subite dans l'état puerpéral, où on ne mentionne aucun symptôme d'obstruction pulmonaire, résultat de l'embolie ou de l'action de l'air ; nous devons donc croire ici à l'épuisement et au choc nerveux. Pourquoi, en l'absence de lésions visibles, ne dirions-nous pas alors qu'il y a eu neuro-paralyse, lorsqu'en dehors de l'accouchement nous recourons à ce terme pour expliquer certaines morts ?

La chirurgie militaire nous apprend que c'est parmi les blessés de l'armée vaincue, après les marches et les privations de la guerre, que le choc nerveux se montre dans ses formes les plus graves ; plus l'organisation des individus est délicate, plus il se montre promptement ; les hémorrhagies soudaines le favorisent encore, les blessures qui l'amènent le plus souvent étant celles de l'abdomen.

Ce serait un fait singulier si des conditions semblables après l'accouchement ne produisaient pas des effets analogues. Après un travail prolongé le système nerveux de la femme est épuisé par la douleur, la privation de nourriture (*starvation*) et la perte de sommeil. La



vacuité subite de l'utérus est suivie d'une augmentation de la quantité du sang dans les troncs veineux de l'abdomen. L'hémorrhagie post-partum produit la syncope; ce qui nous étonne c'est que le système nerveux résiste si souvent à toutes ces causes réunies.

Comme l'organisation nerveuse des femmes perd de sa force de résistance par suite d'une civilisation plus avancée et de la mollesse, il est impérieux pour le médecin de protéger celles-là contre les dangers de souffrances excessives et trop prolongées.—*Journal of the American Medical Association.*

**Traitement des accidents de la ménopause**, par le Dr. J. CHÉRON.  
—La période dite cessation des règles (ménopause), rarement subite et imprévue, s'annonce le plus souvent par une diminution progressive de la quantité de sang perdue chaque mois. Des irrégularités surviennent dans le retour des règles. Tantôt celles-ci sont doublées, c'est-à-dire surviennent tous les quinze jours, constituant parfois de véritables métrorrhagies, tantôt au contraire, il y a des suppressions de un à plusieurs mois avec diminution notable de l'écoulement. Ces irrégularités s'accompagnent parfois de troubles de l'innervation et de la circulation qui attirent l'attention des malades, les inquiètent, et les font recourir aux lumières de l'homme de l'art.

Les troubles de l'innervation et de la circulation, qui se confondent habituellement, se caractérisent par une excitation nerveuse qui se traduit par une sorte de pléthore avec bouffées de chaleur et poussées de sueurs vers le visage et vers le cerveau. Des vertiges, de la céphalalgie, des étouffements, des palpitations apparaissent consécutivement. Les malades ne peuvent rester dans un appartement dont la température dépasse 10 à 12 degrés. Quelques-unes ne peuvent rester dans une foule sans éprouver un sentiment d'oppression qui peut aller jusqu'à l'évanouissement. Il survient des hémorrhagies supplémentaires, des hémorrhoides et des congestions viscérales de toutes sortes.

En même temps l'humeur s'altère, l'impressionnabilité nerveuse s'exalte, et des éruptions diverses se manifestent: acné, couperose, prurigo. Il survient du météorisme abdominal et intestinal, de la dyspepsie, et souvent, à cette période de l'existence, alors qu'aucune manifestation ne s'est produite dans le courant de la vie, on voit se développer l'hystérie, avec la série de ses accidents nerveux.

Les deux moyens principaux à opposer à l'ensemble de ces phénomènes morbides, moyens simples et à la portée de tous les malades, sont représentés par le bromure de potassium d'une part, et les purgatifs de l'autre.

En effet, deux indications se présentent: 1<sup>o</sup> atténuer les troubles vasculo-nerveux de la face et du cerveau, à l'aide d'un médicament vasculaire; 2<sup>o</sup> faire une dérivation sur les organes éloignés, l'intestin, par exemple.

Le meilleur mode d'emploi du bromure de potassium est à notre avis le suivant.

Bromure potassique.....	20 gr.
Eau distillée .....	30 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.....	350 gr.

à prendre une cuillerée à soupe avant chaque repas, deux fois par jour,

qui représente, pour la journée, deux grammes de bromure de potassium.

Quant aux purgatifs, voici ceux auxquels nous donnons la préférence ;

Podophyllin.....	0,40 centigr.
Résine de scammonée .....	2 gr.
Savon amygdalin.....	2 gr.
Extrait de jusquiame.....	0,40 centigr.

pour 40 pilules, dont on prendra de une à trois avant le repas du soir.

Quelques malades hémorroïdaires, trop sensibles à l'action du podophyllin, se trouvent mieux de l'emploi des purgatifs salins, tels que les eaux de Chatel-Guyon, Pullna, Hombourg, Rubinat, Birmenstorff, etc., le sel effervescent de Sedlitz ou le citrate de magnésie, dont nous recommandons la formule suivante :

Citrate de magnésie.. ..	35 à 45 gr.
Sirop de groseille.....	40 gr.
Eau .....	200 gr.

dont on prend un grand verre deux fois par semaine.

Les frictions sèches, tous les matins, sur tout le corps, les bains de tilleul et de gélatine, un exercice musculaire quotidien, exercice fait modérément, l'hydrothérapie, une vie régulière, exempte de fatigue et d'inquiétudes autant que possible, enfin une alimentation non stimulante et très modérée, seront des moyens adjuvants de premier ordre, dont il ne faut pas négliger l'emploi. — *Revue des maladies des femmes.*

## SYPHILIGRAPHIE.

**Du phagédénisme tertiaire.**—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital St. Louis.—Qu'appelle-t-on phagédénisme ? C'est un vieux mot qui s'est introduit dans le langage médical et qui ne comporte d'autre signification que la qualité de ronger. Acceptons-le donc tel que la tradition nous l'a légué, et disons que toute plaie qui dépasse son degré de croissance habituelle a reçu le nom de phagédénisme.

Deux points sont, tout d'abord, à établir : d'un côté, le phagédénisme n'est pas une maladie, mais un symptôme, une modalité d'être de l'ulcération ; et, d'un autre côté, ce n'est pas un accident qui appartient en propre à la syphilis, mais une complication que l'on rencontre aussi dans le chancre simple, dans la scrofulo-tuberculose, dans le cancroïde, dans certaines affections cachectiques, et enfin dans quelques ulcères encore mal connus. Nous ne parlerons ici, bien entendu, que de celui qui a rapport à la syphilis.

Origine.—Il y en a deux : le chancre et la lésion tertiaire.

1° Le phagédénisme chancreux existe ; c'est certain, mais il est rare, comme l'a du reste prouvé Ricord dans ses belles leçons, et même exceptionnel relativement au chancre simple.

2° Les accidents tertiaires sont variables. Tantôt ce sont des ulcérations consécutives à de l'ecthyma ou à du rupia, et tantôt ce sont des gommès qui aboutissent à l'ulcération. Ces lésions appartiennent toutes à une phase avancée de la maladie. Une seule exception déroge à cette règle, c'est le cas des syphilis galopantes. Malgré cela, comme

ces dernières ne sont après tout que des syphilis tertiaires précoces, on peut dire que le phagédénisme est toujours d'origine tertiaire.

Fréquence.—Si le phagédénisme du chancre syphilitique est rare, le tertiaire, par contre, est plus commun même que celui du chancre simple, car, dans mes notes, je trouve contre 46 cas de phagédénisme consécutifs à un chancre simple, 171 cas d'ordre tertiaire.

Siège.—Le phagédénisme vénérien primitif occupe le siège du chancre. Or, dans le plus grand nombre des cas, comme le chancre affecte la verge ou la vulve, on le rencontre sur ces organes. Au contraire, le phagédénisme tertiaire apparaît partout, aussi bien sur les organes génitaux que sur le tronc ou sur les membres. Quoi qu'il en soit, il a cependant des sièges de prédilection. Celui de la peau, par exemple, affecte en première ligne le visage, en deuxième ligne le membre inférieur, puis la région dorsale, et enfin les organes génito-urinaires. Quant aux autres parties, elles sont plus rarement atteintes. Celn des muqueuses offre aussi une même prédilection. C'est d'abord la gorge, puis la pituitaire, le pharynx et enfin les organes génitaux qui sont pris.

Symptômes objectifs.—Le phagédénisme tertiaire est une lésion limitée, creuse, à bords nettement entaillés et adhérents, à fond inégal, alvéolaire et, le plus souvent, tapissée de bourbillons gommeux, et, enfin, fournissant un pus qui, contrairement à celui du chancre simple, va être la source de croûtes épaisses, ostréacées et compactes. Voilà le type ! Mais, comme vous le comprenez bien, il peut être fort souvent altéré. Tantôt, en effet, le phagédénisme prend la tournure d'une plaie de mauvais aspect, et tantôt le facies pultacé. Ces formes, toutefois, sont rares, et, la plupart du temps, c'est le facies gangrèneux qui prédomine.

En somme, l'important, c'est le processus ulcéreux. Voyons comment le phagédénisme procède pour aboutir aux mutilations. Ici existent deux grandes formes ; l'une dans laquelle le phagédénisme attaque les tissus en surface, et l'autre dans laquelle il tend à les entamer en profondeur, à les fouiller, et à faire en somme le travail de la vrille ou de l'insecte.

Demandons-nous, tout d'abord, comment procède le premier. Il est possible qu'il marche sans règle ; on a alors affaire au phagédénisme capricieux. Cette espèce, toutefois, est rare, et, le plus habituellement, le plan d'invasion est si bien déterminé qu'un médecin pourra vous dire : il sera ici dans trois semaines, là dans deux mois, et pas ailleurs. Quelle est donc sa méthode ? Il y en a deux : le mode centrifuge et le mode serpigneux. Dans le premier, voici ce qu'on observe : au pourtour d'un groupe central de tubercules se forme une série de nodules tuberculeux qui vont être peu à peu envahis par l'ulcération. Au pourtour de cette première zone s'en forme une autre qui ne tardera pas à subir la même transformation ; et ainsi de suite. C'est exactement le fait de ces petites vagues circulaires qui se produisent autour de la pierre que l'on vient de jeter dans l'eau. Mais, chose singulière, à mesure que l'ulcération se fait à la périphérie, les zones centrales cicatrisent, de telle sorte qu'en examinant un phagédénisme vous rencontrez une région centrale absolument cicatrisée, plus des lésions en voie de réparation, et enfin des ulcérations.

A côté de ce mode il y en a un autre, le mode serpigneux. Il se présente sous la forme d'une traînée étroite remarquable par ce fait

qu'elle offre deux bouts en état de lésions différentes. L'initium est cicatrisé, tandis que la tête est en pleine ulcération. Quant au milieu, il est dans un état intermédiaire aux deux extrémités.

Voilà pour le phagédénisme de surface : passons maintenant au térébrant. Sachant ce qui le distingue du précédent, étudions seulement son processus. Après avoir corrodé la peau et n'avoir fait qu'une bouchée du tissu cellulaire, il se trouve souvent limité par l'aponévrose. Cependant, il l'attaque quelquefois, pénètre alors dans les interstices des fibres et des fibrilles musculaires, les dissèque, et arrive enfin jusqu'aux os dont il met le périoste à nu. Tous les tissus y passent, à part deux : les nerfs et les vaisseaux. En effet, chose curieuse, au fond d'une plaie béante, il n'est pas rare de rencontrer des nerfs et des vaisseaux qui passent comme un pont. Il faut savoir, cependant, qu'en certains cas ils ne résistent pas. Ainsi, l'un des accidents de la verge est l'hémorrhagie de l'artère dorsale. On a même cité des exemples d'hémorrhagies encore beaucoup plus graves ; tel est ce cas dans lequel le phagédénisme détruisit l'artère linguale, ce qui nécessita la ligature de la carotide primitive.

Arrivons maintenant à l'évolution. Tantôt rapide et tantôt lente, elle est, en tous cas, plus active dans la syphilis que dans la scrofule. Ajoutons, du reste, qu'elle a lieu par poussées successives. Ainsi on voit le phagédénisme reprendre après avoir eu des arrêts étonnants. Enfin, il n'est pas rare de voir sa marche influencée par des causes extérieures, soit en mal (pansements mal faits, alcoolisme), soit en bien (bains). Dans le nombre des influences salutaires se rangent certaines maladies. Le choléra, par exemple, a plus d'une fois guéri le phagédénisme. Nombre de cas authentiques ont été cités dans lesquels l'érysipèle a produit la même chose. Mais, il s'en faut de beaucoup que les choses se passent toujours de cette heureuse façon. D'abord, cet érysipèle a pu être mortel ; puis, en second lieu, dans la plupart des cas, il n'a fait que suspensif et très rarement curatif, et quelquefois enfin il n'a fait qu'aggraver la situation. Ainsi Verneuil a cité un cas d'érysipèle du visage qui, loin de guérir le phagédénisme, n'a fait que créer d'autres ulcérations.

Conséquences.—Elles sont différentes suivant qu'on a affaire au phagédénisme de surface ou au térébrant.

Parlons d'abord du premier. Il constitue sur les téguments de larges ulcérations qui présentent les caractères objectifs que je vous ai énumérés précédemment. Aux organes génitaux, il peut dépouiller le gland, décortiquer toute une partie de la verge, et envahir la région du pubis. Sur le tronc, on rencontre quelquefois d'énormes étendues de surfaces ulcérées. Sur le cou et sur les membres on observe les mêmes lésions. Ainsi j'ai eu, chez une femme, à traiter un phagédénisme qui partait du genou et remontait jusqu'à la hanche. Du temps que j'étais interne chez Ricord j'ai pansé un jeune étudiant en médecine, qui avait tout le crâne, une portion du visage, l'oreille correspondante et le cou absolument couverts d'une syphilide croûteuse, à marche phagédénique. Tels peuvent être les désordres engendrés par le phagédénisme de surface.

Cela, toutefois, n'est rien relativement au phagédénisme térébrant. Quelles sont donc ses conséquences ? Ce sont des destructions, des excavations, des mutilations, des disparitions partielles voire même complètes d'organes génitaux, le gland devient crénelé, coupé en biseau

et, très souvent, en bec de clarinette ; les corps caverneux peuvent y passer dans un quart, une moitié et même les trois quarts de leur étendue. Sur les membres il crée de vastes excavations et peut même intéresser les os. Il en est de même pour les extrémités et pour le crâne. Enfin, c'est surtout à la face qu'il crée les plus grandes lésions. J'ai assisté, il y a quelques années, aux derniers moments d'un artiste célèbre. Ce malheureux, victime d'une syphilis toujours négligée, était un véritable monstre. D'abord, il n'avait plus de vestiges de nez. En second lieu, à peine lui restait-il un lambeau de lèvre supérieure. Au milieu de la face, plus de peau : tout n'était que cicatrices, brides ou ulcères. Pas l'ombre de palais ni de voile du palais. Le pharynx n'existait plus qu'à l'état de nappe cicatricielle. Os propres du nez, branches montantes des maxillaires supérieurs, vomer, ethmoïde, cornets, tout cela avait été détruit, si bien que la bouche, le nez et la gorge ne formaient qu'un cloaque béant. Objet d'épouvante pour tous ceux qui l'approchaient et de dégoût pour ceux mêmes qui l'aimaient le plus, ce malade succomba lentement dans le marasme, plutôt encore éteint par les tortures morales qu'épuisé par les souffrances. Autre exemple. Alibert raconte, dans sa monographie des dermatoses, le cas d'un malade qui avait le corps criblé d'ulcères, "ulcères qui s'étaient tous agrandis à un tel point qu'ils s'étaient réunis, en sorte qu'au lieu de tégument on voyait sur l'universalité du corps une vaste croûte suppurante, exhalant une puanteur horrible. De plus, la face n'offrait également qu'un seul masque ulcéreux, au-dessous duquel le pus se rassemblait pour s'échapper ensuite à travers les trous dont il était criblé." La moitié de la lèvre inférieure était tombée en gangrène et s'était détachée, de sorte que la salive s'écoulait de la bouche. Les voies lacrymales n'existaient plus, et les larmes coulaient sur le visage. Les os unguis, l'apophyse montante du maxillaire, les os propres du nez, étaient dépouillés et frappés de carie.... La diarrhée et les cruelles souffrances terminèrent cette effroyable scène. Enfin, il est des cas où les lésions deviennent tellement étendues qu'elles dépassent tout ce qu'on pourrait imaginer.—*Praticien.*

**Cure de la syphilis par les injections de calomel, par WATRASZWKI.**—L'auteur essaya la guérison de 70 syphilitiques adultes par la méthode du professeur Scarenzio très approuvée de Smisnaff en 1883. Il employa du calomel en suspension dans le mucilage.

A sept malades il fit deux injections, de 20 centigrammes chacune, à trois semaines d'intervalle : le ptyalisme s'étant manifesté, l'auteur réduisit la dose à 10 centigrammes par injection, en en faisant une par semaine. Il évita ainsi les accidents ennuyeux et obtint en trois semaines des résultats comparables à ceux que donneraient 20 ou 30 frictions : les taches et les papules pâlisent rapidement, les pustules se desséchaient, dès la première injection il y avait amélioration sensible des ulcères cutanés, des affections muqueuses, des infiltrations glanduleuses. D'ordinaire, trois injections suffisaient pour guérir complètement les symptômes de la syphilis secondaire ; une quatrième injection n'était faite que par précaution. Ayant pratiqué 257 injections, l'auteur n'a vu que quatre abcès, et il croit qu'on peut écarter les causes de ces abcès, qui seraient le peu de pratique de l'acte opératoire dans lequel la préparation est introduite, non entre peau et muscles, profondément,

mais dans le derme; le peu de pureté du calomel, qui peut n'être aussi pas assez pulvérisé; le peu de propreté. Les injections de calomel sont moins douloureuses que celles de sublimé, ne dérangent pas le malade dans ses travaux, ne troublent ni le sommeil, ni la digestion. Il est bon pourtant de recommander un repos de quelques jours. Elles sont faciles à faire pour le médecin et atteignent rapidement leur but. L'auteur ne peut dire si, mieux que d'autres, elles abolissent les récidives, il a cependant vu très peu de celles-ci et pas de graves. Il a obtenu avec deux injections d'excellents résultats dans des cas de syphilis anciennes, (trois d'ulcères cutanés serpigineux, deux de gommules ulcérées et de perforation de la voûte du palais). Il recommande chaudement la méthode du professeur Scarenzio.—*Revue médicale.*

**Des syphilides.**—Clinique de M. le docteur MAURIAC à l'hôpital du Midi.—Les manifestations de la syphilis sur la peau se divisent en deux grandes catégories: manifestations résolutive et manifestations ulcéreuses. Les premières, qui sont précoces, comprennent les affections érythémateuses et les affections papuleuses; quant aux secondes, qui sont au contraire tardives, elles renferment les syphilides ulcéreuses d'emblée et les syphilides tuberculo-gommeuses.

Avant d'entrer dans l'étude de chacune de ces lésions, il est bon, je crois, de vous donner quelques détails sur leurs caractères généraux.

**Polymorphisme.**—Presque toujours on observe une association et une succession des différents éléments générateurs. En même temps que des papules, il existe des tubercules, et après de l'érythème, surviennent des papules.

**Coloration.**—Ayant attiré l'attention des auteurs, la couleur de ces affections ressemble à celle du jambon ou bien encore à celle du cuivre.

**Configuration.**—Dans chaque élément générateur, on trouve la forme circulaire. En outre, ces éruptions s'accordent à décrire des courbes et à se distribuer, surtout les précoces, d'une façon symétrique sur les deux côtés du corps.

**Topographie.**—Disséminées sur toutes les parties du corps, les syphilides résolutive ont, cependant, quelques préférences pour certains endroits. C'est ainsi, par exemple, que les papules, qui ont plus de tendance à se circonscire que l'érythème, affectent plutôt la figure, le front, le cou, le pourtour des orifices, la bouche, la vulve et les organes génitaux.

Si à cela vous ajoutez que les squames sont jaunâtres et ne présentent pas par conséquent la blancheur qu'on rencontre dans les affections d'ordre commun, que les croûtes sont presque toujours noirâtres, que les ulcérations sont taillées à pic et sécrètent abondamment un liquide qui se concrète très vite, et qu'il n'y a ni démangeaisons, ni fièvre, vous aurez, en somme, les grands caractères spécifiques des éruptions syphilitiques.

Ceci dit, étudions le processus de chaque élément générateur. L'érythème, résultat d'une congestion à la surface du derme, de même que la papule, petite tumeur qui siège dans la couche dermo-papillaire, sont résolutive et disparaissent. Le tubercule, tumeur qui occupe l'épaisseur de la peau et qui détruit peu à peu les éléments au milieu desquels il s'est formé, présente, en conséquence, la plupart du temps, les trois phases suivantes: un état de crudité dans lequel la tumeur est

dures et enchâssées; un état de ramollissement caractérisé par de la mollesse et de la fluctuation au niveau de la grosseur qui, finalement, s'ouvre et se convertit en une ulcération; enfin arrive la période de cicatrisation. Quant à la gomme; c'est un très gros tubercule qui se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle présente, de même que la lésion précédente, une période de crudité, une période de ramollissement pendant laquelle la tumeur contracte des adhérences avec la peau et l'enflamme, puis une période d'évacuation et d'ulcération, et finalement une période de réparation et de cicatrisation.

Le diagnostic est quelquefois difficile, et cela surtout quand on a affaire à des éruptions généralisées ou aux manifestations tardives. Il est bon, toutefois, d'ajouter que pour les premières la tâche est singulièrement diminuée par l'existence de certaines circonstances pathologiques, l'accident primitif, par exemple.

Le pronostic varie suivant l'époque à laquelle se montrent les éruptions. Ainsi, tandis que la roséole et les petites papules disparaissent sans traitement, les manifestations cutanées qui se présentent au bout de quatre ou cinq ans indiquent, au contraire, que la diathèse est beaucoup plus prononcée.

Ceci dit, abordons le traitement. Et tout d'abord, faut-il s'occuper des premières syphilides? Oui, bien qu'elles aient une certaine ressemblance avec la rougeole, la variole ou la scarlatine. Vous savez, en effet, qu'une médication énergique agit très mal sur ces affections aiguës. Or, en est-il de même pour la syphilis? Non, et vous devez attaquer la roséole même la plus légère. Quant aux syphilides du deuxième ordre, ici l'indication du traitement est formelle. Donnez donc, dans le premier cas, le mercure, et, dans le second, l'iodure de potassium.

Ces généralités posées, entrons maintenant dans la description sommaire des principales lésions.

Roséole.—De toutes les manifestations syphilitiques, c'est la plus commune. Ne faisant presque jamais défaut, cette éruption est parfois tellement insignifiante qu'elle passe inaperçue, tandis que d'autres fois elle devient assez sérieuse. Tantôt précoce, le plus souvent tardive, cette syphilide est d'un rouge plus ou moins accusé. A ce sujet, du reste, il existe de telles différences, qu'il est bon d'établir quelques variétés. Ce sont: la roséole rubéolique, la roséole maculeuse et la roséole érythémato-papuleuse. La première ressemble à la rougeole ordinaire. Elle consiste en petites taches disséminées sur toute la surface de la peau. Bien autrement caractéristique est la seconde, constituée par des taches rouges plus ou moins foncées qui semblent produites par un pinceau d'aquarelle imbibé de rouge. Distribuées sur toute la surface du corps, et, quand la roséole est de retour, groupées de manière à former des arcs de cercle, ces taches offrent une partie centrale foncée, une zone moyenne un peu moins marquée, et une portion périphérique un peu plus accusée. Quant à la troisième, l'érythémato-papuleuse, elle se présente sous la forme d'un petit pointillé qui n'affecte aucune disposition systématique. Comme durée il faut compter environ trois semaines à un mois. La plus rebelle est la dernière variété.

Le pronostic est bénin. En général, l'affection disparaît d'elle-même. Quelquefois cependant, par sa persistance elle nécessite un traitement.

Le proto-iodure de mercure dans ce cas à l'intérieur, et les bains de sublimé à l'extérieur sont encore ce qu'il y a de mieux. Aucun adoucissant, aucun alcalin ou purgatif n'est nécessaire, mais il est bon de retrancher de l'alimentation des malades les boissons alcooliques et les mets épicés ou salés.

Papule.—A elle seule, cette éruption forme toute une pathologie. Comme chronologie et comme étiologie, on n'observe rien de bien particulier. Quant aux différentes formes que peuvent affecter ces manifestations de la syphilis, il n'en est plus de même: aussi ne permettez-vous de m'arrêter quelques instants sur ce sujet. En premier lieu, je vous signalerai les papules coniques où les éléments en général sont très petits, puis les papules hémisphériques, saillies arrondies très communes, et enfin les syphilides plates constituées par des taches plus ou moins saillantes, nettement circonscrites, tantôt petites et tantôt très volumineuses, les unes disséminées et les autres groupées et formant de véritables hypertrophies. A ces différentes variétés, vous ajouterez, en outre, la syphilide papulo-squameuse, la papulo-érosive, la papulo-crustacée et enfin la papulo-ulcéreuse.

Le pronostic, ici, est beaucoup plus sérieux que dans la roséole, ce genre de lésion étant beaucoup plus réfractaire au traitement. Inutile donc de m'arrêter à vous dire qu'il faut agir avec vigueur. Le meilleur agent est toujours le mercure en frictions une fois par jour, pendant cinq minutes, en ayant soin de changer chaque fois d'endroit et de bien nettoyer le lendemain la partie frictionnée la veille. Comme ce moyen n'est pas toujours pratiqué, on est obligé, dans certains cas, d'avoir recours aux bains de sublimé qui, eux aussi, sont contre indiqués lorsqu'on a affaire à des syphilides papulo-érosives ou papulo-ulcéreuses, parce que l'absorption du médicament peut être alors nuisible au malade.

À propos du siège, il faut noter que les papules qui occupent la plante des pieds et la paume des mains diffèrent des autres en ce sens que, ne pouvant pas faire saillie, elles forment une tache et donnent lieu à une syphilide extrêmement dure qu'on a désignée sous le nom de syphilide cornée.

Plaques muqueuses.—Se rattachant aux éruptions érythémateuses et aux éruptions papuleuses, la plaque muqueuse est une manifestation qui ne ressemble à aucune autre. Parmi les éléments qui la composent les uns ressemblent à des taches, tandis que les autres—et ce sont les plus communs—sont des papules qui s'étalent et donnent lieu à une saillie dont le centre, entouré d'une auréole inflammatoire, est d'un rouge échymotique plus ou moins prononcé. Le plus souvent cependant elles sont recouvertes par une couche opaline, et quelquefois, à la suite d'une poussée inflammatoire, elles peuvent se gangrener.

En somme, ces lésions sont beaucoup plus dangereuses en apparence qu'en réalité. Malgré cela, cependant, rien n'est plus difficile que de les faire disparaître, aussi, lorsqu'on les soigne, faut-il, au traitement général, ajouter un traitement local qui consiste dans l'isolement des surfaces, dans des soins de propreté, et enfin dans des cautérisations, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure pour les cas tenaces.—*Praticien.*



## TOXICOLOGIE.

**Empoisonnement par le camphre.**—Le sieur S.-P. M..., âgé de vingt-quatre ans, employé au département des locomotives, se rendit en congé à Benarès. Ayant outrepassé la durée de sa permission, sur les conseils d'un de ses amis, il ne trouva pas de meilleurs moyens pour légitimer son absence aux yeux de son supérieur hiérarchique, que de se rendre malade en prenant une forte dose de camphre, avec l'espoir de déterminer artificiellement chez lui un fort mouvement de fièvre, et d'obtenir ainsi par la fraude un certificat médical et une excuse légitime de son retard.

Vers une heure du matin, raconte le docteur Brojendro Nath BANERYE, l'imprudent machiniste absorba deux morceaux de camphre ayant chacun environ les dimensions d'une noix muscade. Quelques minutes après l'absorption du poison, il commença à éprouver une sensation extrêmement intense de chaleur intérieure, bientôt suivie de vertige, d'étourdissement et de malaise général. Puis survint une grande agitation, les conjonctives s'injectèrent et les lèvres commencèrent à trembler. Il essaya de s'approcher d'un baquet d'eau et tomba à terre. Le malade ne pouvait plus marcher. Il titubait comme s'il était absolument ivre. Environ une heure après l'absorption du poison, une attaque convulsive intense éclata; les spasmes d'abord toniques dégénérent en spasmes cloniques. Pendant l'accès, la bouche écumait, les globes oculaires étaient convulsés en haut, les lèvres restaient ouvertes et la lèvre inférieure pendante; la face était pâle et bleuâtre; en fait, on eut pu croire à une attaque épileptique.

Cet accès se renouvela au bout d'une heure environ. Entre les deux attaques, le malade accusait une horrible sensation de brûlure le long de l'œsophage et dans l'estomac, une chaleur ardente dans tout son être, avec un sentiment de malaise général et impossibilité complète d'exercer le moindre contrôle sur aucun de ses mouvements. Il eut plusieurs vomissements, mais n'eut ni selle ni miction. Les extrémités n'étaient pas sensiblement refroidies, et la peau ne présentait pas au toucher de modifications très appréciables dans sa température.

Une forte infusion de café et de petites doses de belladone, répétées toutes les demi-heures, améliorèrent l'état du malade au bout de deux heures; mais une sensation de malaise général et de faiblesse avec tendance au sommeil persista pendant encore quelque temps.

Il est rationnel de penser que les vomissements répétés, en permettant au malade de se débarrasser de la majeure partie de la substance toxique, ont été pour beaucoup dans l'heureuse issue de ce cas rare, mais grave d'empoisonnement. *All is well that ends well.*—*Indian Medical Gazette.*

**Sept cas d'empoisonnement par les conserves de tomates.**—D'après DOGGETT, qui s'est livré à de longues et minutieuses recherches bibliographiques, les cas d'empoisonnement par les conserves d'aliments seraient plus fréquents en Angleterre et en Amérique qu'en Allemagne et en France.

Après avoir rappelé les opinions des auteurs qui attribuent la cause

de ces empoisonnements, les uns à la formation d'un sel toxique d'étain, les autres à celle d'un sel de plomb, il analyse chacun des cas qu'il a observés et attribue trois d'entre eux à la formation dans la boîte de conserve d'un sel corrosif d'étain, probablement la chlorure d'étain, et les quatre autres cas à celle d'un sel de plomb. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que les tomates donnent très fréquemment lieu à un acide susceptible de se combiner avec les métaux qui entrent dans la soudure et de former avec eux un sel éminemment toxique.—*Boston Medical and Surgical Journal*.

**Empoisonnement par de la viande provenant d'un veau malade.**—Il s'agit d'un veau de 5 mois qui, depuis l'âge de 3 mois, n'avait jamais joui d'une bonne santé.

Aucun vétérinaire n'a vu l'animal ni avant, ni après la mort, si ce n'est un empirique qui a enlevé la peau.

D'après l'aspect des intestins, il devait avoir eu une gastro-entérite. Le foie avait un volume double, et était comme pourri, la vésicule biliaire était énorme. Le chien de la ferme, qui avait mangé une partie du foie, avait été indisposé pendant deux jours.

Le jeudi 23 avril, une vingtaine de personnes ont mangé de cette viande, desquelles une dizaine sous forme de biftecks, et les autres sous forme de bouilli. Celles qui ont mangé la viande rôtie ont été fortement malades, et une d'elles est morte. Celles qui l'ont fait bouillir ou celles qui l'ont mangée le samedi, après l'avoir laissée mariner dans du vinaigre pendant vingt-quatre heures, n'ont pas été malades, ou n'ont eu qu'un peu de diarrhée.

L'homme.—un meunier—qui est mort, et une femme ont présenté les symptômes typhoïdes. Les autres, moins gravement atteints, ont manifesté : maux de tête, forte diarrhée avec coliques intenses, pendant une couple de jours. Outre ces symptômes, les malades souffraient d'une dysurie très douloureuse, et l'urine, qui s'écoulait goutte à goutte, était noire comme de l'encre.—*Art. médical de Bruxelles*.

**Empoisonnement par la cocaïne dans l'oeil.**—Il s'agit d'une petite fille de 12 ans à laquelle, pour une opération de la cornée, on avait instillé en plusieurs fois 15 gouttes d'une solution à 2 p. 100 dans le sac conjonctival. Cela faisait environ 1 centigramme de cocaïne, mais comme les larmes avait emmené au moins la moitié du liquide employé, cette quantité doit être ramenée à 5 milligrammes.

En se levant du lit d'opération, l'enfant se plaignit de maux de tête qui allèrent en augmentant et arrivèrent à une extrême violence : sensation de grattement dans la gorge, malaise très prononcé, perte de l'appétit pour toute la journée. L'état général était très mauvais, la malade très abattue titubait en marchant ; la pensée très obscurcie, la parole difficile, la langue semblait paralysée. Ces signes d'empoisonnement durèrent toute la nuit, pendant laquelle la malade fut très agitée, et encore tout le jour suivant, et ne commencèrent à se dissiper que le soir. *Bull. de thérapeutique*.

**Nécrologie.**—A Montpellier, M. Le Dr. COURTY, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et gynécologue distingué dont l'ouvrage le plus important : *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, a été couronné par l'Institut de France.

## FORMULAIRE.

**Chorée.**—*Descroizilles.*

P.—Valérianate de zinc.....	18 grains
Extrait de jusquiame.....	18 “
Sous-nitrate de bismuth.....	18 “

M.—Divisez en 30 pilules. Dose : 3 à 6 pilules par jour.—*Union médicale.*

**Paralysie diphthéritique.**—*Bartholow.*

P.—Strychnine.....	1 grain
Acide phosphorique dilué .....	1 once

M.—Dose : Dix gouttes, trois fois par jour.

En outre :

P.—Sirop d'hypophosphites et fer.....	1 drachme
---------------------------------------	-----------

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

**Asthme nerveux.**—*DaCosta.*

P.—Bromure de sodium.....	3 grains
Teinture de belladone .....	1 goutte
Sirop de tolu.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Eau .....	$\frac{1}{2}$ “

M.—A prendre trois fois par jour, pour un enfant de un an.—*College and Clinical Record.*

**Rhumatisme.**—*Bartholow.*

P.—Huile de gaulthérie.....	1 once
Liniment de savon .....	3 onces

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

**Myosite rhumatismale.**—*DaCosta.*

P.—Salicylate de soude .....	15 grains
Esprit de lavande comp.....	10 minimes
Elixir d'orange.....	30 “
Eau de menthe .....	$1\frac{1}{2}$ drachme
Poudre d'acacia .....	1 grain

M.—A prendre toutes les trois heures, jusqu'à ce que six doses aient été prises dans la journée.—*Philadelphia Medical Times.*

**Séborrhée.**—*E. Vidal.*

P.—Soufre précipité.....	15 parties
Huile de ricin.....	50 “
Beurre de cacao.....	12 “
Baume du Pérou .....	2 “

M.—Onctions matin et soir, sur le cuir chevelu, dans le cas de séborrhée sèche.—*Union médicale.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AVRIL 1886.

## M. le Dr Beausoleil et le Code de Déontologie.

M. le Dr J. M. Beausoleil (auteur d'un cours de clinique (sic) sur les propriétés nutritives (?) du *Johnston's Fluid Beef*, ainsi qu'un certificat attestant les vertus mirobolantes des *poudres magiques* et autres préparations de la Compagnie Chimique de la Puissance), s'est senti piqué au vif par notre article : Déontologie médicale, aussi a-t-il cru devoir, dans une correspondance publiée plus haut, donner une explication des faits à lui reprochés. L'explication n'en est pas une, à proprement parler, et la défense est fort boiteuse, ainsi qu'on a pu s'en convaincre. M. Beausoleil se sent à l'aise quand il s'agit d'arrondir une période et d'enfiler des phrases : il s'efforce même d'y mettre de l'esprit.

Nous constatons tout d'abord que M. Beausoleil s'avoue coupable et dit : *Peccavi*. Fort bien, et nous comptons qu'avec le repentir sera aussi venu, par la même occasion, le ferme propos de ne plus recommencer, ce dont nous n'avons néanmoins aucune garantie. Mais, dans l'excès même de sa contrition, le pécheur repentant oublie la formule consacrée, et nous décoche un *tuâ culpa* qui ne laisse pas que de nous toucher fort et qui ne manque pas non plus d'une certaine habileté. L'accusé qui se fait accusateur doit toujours pouvoir, de cette façon, éloigner de lui l'attention du public, et la faire se reporter sur son adversaire. Nous nous permettons cependant de réclamer, et si M. Beausoleil n'y a pas plus d'objections que nous n'en avons eu à publier sa défense, nous essaierons de lui prouver qu'il se trompe aujourd'hui sur notre compte, tout comme il s'est naguère trompé sur le sien propre, et que, pour cette fois encore, il a, de la plus déplorable façon, manqué de discernement. Cela contribuera peut-être à le faire revenir de la pénible surprise qu'il dit avoir éprouvée à la lecture de notre article.

Il y a bien des inexactitudes dans la lettre de M. Beausoleil. La première est celle par laquelle il insinue que nous avons maladroitement exercé nos prétentions et que notre manière de défendre la déontologie médicale est contraire à la dignité professionnelle. Et en quoi ? Nous fallait-il, par hasard, nous aller prosterner aux pieds de monsieur et lui demander, à deux genoux, la permission de lui dire son fait ? Quand M. Beausoleil écrivait au *Journal d'hygiène populaire* et qu'il y tombait périodiquement les membres du Comité de santé, y mettait-il vraiment de ces façons là, et avait-il bien soin de crier gare ? Nous ne voyons pas, du reste, que M. Beausoleil ait eu le droit de nous croire obligés à tant d'égards envers lui, lui qui a si lâchement manqué au respect qu'il devait à ses confrères en la profession. Pour ce qui est du souvenir donné par lui à d'anciennes relations de professeur à élève, nous lui avouons que cette réminiscence

nous laisse assez froid et que n'en prenons pas le moindre sentiment d'orgueil, bien au contraire.

Ayant avoué ses fautes, M. Beausoleil entre en de spécieux arguments et nous veut prouver que, s'il a péché, la faute en est tout simplement à l'UNION MÉDICALE DU CANADA qui, suivant lui, publie des annonces de remèdes secrets, des réclames éditoriales, etc., toutes choses condamnées par la déontologie. Est-ce bien à vous à me jeter la première pierre (1), nous dit-il en son benoît langage, n'est-ce pas en marchant sur vos traces que j'ai glissé dans l'ornière...?"

Supposant, pour un instant, que nous eussions été en faute, cela ne justifiant ni n'excusait même les actes inqualifiables que M. Beausoleil a eu le triste courage de commettre. Glisser volontairement dans un précipice parce qu'un voisin juge à propos d'y tomber, constitue un acte dont seuls sont capables les aveugles et les sots. Au lieu d'imiter en ses *glissades* cette vieille pécheresse d'UNION MÉDICALE, que ne lui a-t-il alors adressé le *monitum* dont il la régale aujourd'hui ?

Mais, malheureusement pour la cause qu'il plaide, M. Beausoleil n'amène pas là un argument bien solide et sur lequel il a cert fois tort d'appuyer sa défense. En premier lieu, il nous permettra de lui dire que les médicaments, préparations pharmaceutiques, etc, qui paraissent à nos pages d'annonces ou dans les avis réclames, ne sont pas des remèdes secrets, attendu qu'on ne saurait appeler secret un remède dont la base et les principaux ingrédients sont connus de tous ceux qui veulent se donner la peine de les connaître. En France, où la vente des remèdes secrets est strictement prohibée, les médicaments dont nous publions l'annonce ne sont pas considérés comme tels par la loi, ils se vendent dans toutes les pharmacies et leur formule est déposée à l'Académie de Médecine.

En second lieu, personne n'ignore que ces médicaments se recommandent surtout au public médical par leur mode particulier de préparation, le titre parfait des solutions, l'exactitude du dosage, etc., et offrent ainsi au praticien un moyen commode de prescrire telle ou telle substance médicamenteuse sous telle ou telle forme agréable au malade ou de facile administration. C'est là tout. Quant à la base active de ces préparations, elle est, nous le répétons, également connue de tous, et nous la trouvons invariablement indiquée dans le corps même de l'annonce. Tout le monde sait, par exemple, et les circulaires qui accompagnent l'article le disent assez, que l'aliment Mellin est une farine alimentaire, et que la solution Laroyenne a pour ingrédients actifs le succinate d'ammoniaque et le valériannate d'oxyde d'éthyle. La Cognackina est à base de vieux cognac (voir l'annonce), et le sirop du Dr X. agit en vertu de la gomme de sapin qu'il renferme et dont on sait les propriétés anti-catarrhales. Si, en dépit du bon sens, et même du sens commun, M. Beausoleil persiste à appeler cela des médicaments secrets, nous nous demandons ce que peuvent bien être, à ses yeux et faux Argus, les *poudres magiques*, la *liqueur préparatoire* et autres produits similaires dont il s'est constitué le parrain avec autant de complaisance que de naïveté.

En France, en Angleterre et aux Etats-Unis, on ne se sert pas sans doute, du vocabulaire dont fait usage M. Beausoleil, puisque la

(1) Il y a tout à parier que la pierre lancée par l'UNION MÉDICALE n'est pas la première que M. Beausoleil ait reçue depuis ses récentes sorties.

journaux de médecine les mieux posés, ceux qui représentent le plus dignement la profession médicale et qui veillent de plus près à ce que les lois de la déontologie soient respectées, publient eux aussi, et ont publié de tout temps les annonces et réclames qui ont si fort scandalisé notre pudique correspondant quand il les a lues dans l'UNION MÉDICALE DU CANADA. Nommons, pour les Etats-Unis, le *N.-Y. Medical Record*, le *N.-Y. Medical Journal*, le *Medical News*, le *Boston Medical and Surgical Journal*, tous journaux de premier ordre; pour l'Angleterre, le *Lancet* et surtout le *British Medical Journal*, organe officiel de l'Association médicale britannique; pour la France, la *Gazette des hôpitaux*, l'*Union médicale*, la *Gazette médicale de Paris*, la *Semaine médicale*, le *Bulletin de thérapeutique*. Et si M. Beausoleil veut se donner la peine de chercher, il trouvera même ces annonces dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, naguère rédigée par le Dr A. Dechambre, celui-là même dont il se plaît à rappeler, en nous les appliquant, les protestations et les censures. Si donc ces importantes publications, nos aînées et nos modèles dans le journalisme, ne croient pas déroger à leur dignité en publiant ces annonces, etc., nous ne voyons pas pourquoi l'UNION MÉDICALE DU CANADA serait plus scrupuleuse qu'elles. Leurs dignes rédacteurs connaissent sans doute l'esprit et la lettre des lois de la déontologie au moins autant que peut les connaître M. Beausoleil, et celui-ci nous permettra de préférer leur manière de voir à celle d'un quelqu'un qui ne sait des règles de la déontologie que tout juste ce qu'il en faut pour les enfreindre audacieusement. On le voit donc, M. Beausoleil nous reproche des choses qui sont parfaitement reçues et admises partout et dont il semble être le seul, ici, à se scandaliser.

Ce monsieur ne semble pas bien comprendre, non plus, l'énorme différence qu'il y a entre un journal de médecine publiant une annonce ou réclame destinée exclusivement au public médical, seul juge compétent en ces matières, et le fait d'un médecin signant, dans les journaux politiques ou dans des circulaires confidentielles, des certificats se rapportant à ce qu'il y a de plus secret en fait de médicaments, et destinés au public extra médical. Si M. Beausoleil n'a pas pensé à cela, c'est que sa naïveté est plus robuste encore que ce qu'il appelle notre foi; entre nous, il fera bien de s'en défaire; elle lui jouera quelque mauvais tour un jour ou l'autre.

Notre correspondant paraît être sous l'impression que les avis-réclames que, à l'instar de tant d'autres journaux placés plus haut que nous, nous publions à propos de certaines préparations, que ces avis-réclames, disons-nous, sont nécessairement de notre cru, et que nous sommes censés endosser tout ce que dit ou promet une annonce. En avançant cela, il a dit faux, et qui pis est, il a dit niais. Les annonces sont l'œuvre des annonceurs, de même que les réclames. Mais ici, M. Beau-oleil nous mesure à son aune. Au *Journal d'hygiène populaire*, ce monsieur, moins rigide pour lui même que pour les autres, quand son intérêt personnel était en jeu, ne se faisait point scrupule de faire réclame aussi lui, et il a même été jusqu'à publier dans ce même journal un certificat signé de sa propre main et accolé à l'annonce du Vin de St-Michel. Où logez-vous votre rigorisme, M. Beausoleil?

Mais dans tout ce que M. Beausoleil nous reproche, une chose semble lui tenir plus particulièrement à cœur et il y revient avec complai-

sance : c'est la question financière, la question du gain. Il est bien clair pour lui, être désintéressé s'il en est, que l'argent est le grand mobile qui fait agir les propriétaires de l'UNION MÉDICALE DU CANADA, voir même la rédaction toute entière, et que si nous n'étions pas libéralement payés, nous serions plus réservés et plus scrupuleux sur le choix des annonces. En effet, la considération pécuniaire entre pour quelque chose dans les conditions d'existence de notre journal, et M. Beausoleil, qui a fait cette découverte, fera bien de voir à ce que personne ne lui vole la priorité de sa lumineuse trouvaille. L'idée une fois trouvée, il s'écrie : " Eloignez de votre journal l'annonce et la réclame." Nous dirons à M. Beausoleil ceci : Un journal a toujours parmi ses abonnés certaines gens qui ne le paient pas, ou qui le paient mal, et force lui est de recourir aux annonces pour subvenir à la dépense de chaque jour. Avec des abonnés de ce calibre, un journal est toujours sûr de péri-cliter, s'il n'a pas ailleurs quelque compensation. M. Beausoleil qui, d'aventure, a été de passage dans le journalisme scientifique, devrait savoir cela mieux que personne.

C'est M. Beausoleil lui-même qui nous donne le mot de la fin. Dès le commencement de sa lettre, il dit : Avant que votre article eut germé dans votre cerveau, (*on voit cela d'ici*) j'ai connu d'autres procédés, et je me suis hâté (!) de désavouer l'acte (*les actes*) qui fait (*qui font*) l'objet de votre attaque."

Si M. Beausoleil s'est hâté, il a sans doute suivi le conseil du poète : Hâtez-vous lentement ! et le désaveu dont il parle a mis bien du temps à venir, s'il est venu. Car enfin, où, quand et comment s'est fait ce désaveu ? A-t-il été publié sur quelque feuille politique ? L'a-t-on mis en circulaire, (confidentielle aux dames,) tiré à des milliers d'exemplaires et distribué partout ? Dans ce cas nous l'aurions vu, et d'autres que nous l'auraient vu aussi. A-t-il été écrit ou fait verbalement ? Personne n'a pu nous le dire. Que M. Beausoleil y songe. La faute dont il s'avoue coupable a été publique et des plus notoires. Il faut de toute nécessité que la rétractation soit également notoire et publique, et ceci ne souffre pas la moindre objection. Que le délinquant n'ait pas voulu mettre le public en général au courant de ses peccadilles en lui offrant le spectacle d'une confession ouverte et d'une humiliante rétractation, nous le concevons sans peine, mais le public médical, lui, que M. Beausoleil a si cavalièrement outragé et dont il a froissé les sentiments de la façon que l'on sait, le public médical, disons-nous, était en droit d'exiger un désaveu public. Or il n'appert par aucun document public que M. Beausoleil l'ait fait *avant* même que nous eussions eu la pensée de notre article.

Nous prions instamment nos lecteurs de ne pas nous en vouloir si nous les avons si longuement entretenus de la personnalité de M. le Dr. Beausoleil, personnalité qui ne les devait intéresser à aucun point de vue. Mais nous avons dû le faire dans le but d'établir que, quoique puisse dire notre contradicteur, l'UNION MÉDICALE DU CANADA, en publiant annonces et réclames, n'a fait que ce qui se fait par les autres journaux de médecine, sur ce continent et à l'étranger, est admis comme étant parfaitement dans l'ordre, et n'est nullement condamné par les codes de déontologie, notamment par celui qui nous régit dans la province de Québec. Or, comme M. Beausoleil ne peut en dire autant pour ce qui le concerne, il s'ensuit que nous avons eu raison de lui reprocher son cas et qu'il a eu tort d'assimiler son affaire à la nôtre.

## NOUVELLES MÉDICALES.

Nous avons reçu de M. le Dr. Bourque une étude très intéressante sur le *délire chronique* : force nous est, vû l'abondance des matières, de remettre au prochain numéro la publication de ce travail.

**Errata.**—Nous tenons à rectifier certaines erreurs typographiques qui se sont glissées dans l'article intitulé "Déontologie médicale" publié dans notre livraison de mars dernier :

Page 140, ligne 28, au lieu de *est vanté*, lisez : *sont vantées*. Page 142, ligne 16, au lieu de *voir*, lisez : *veiller*.

## Nécrologie.

AUSTIN FLINT, sr., M.D.

C'est avec un profond regret que nous enregistrons aujourd'hui la mort d'un des plus illustres membres de la profession médicale américaine. AUSTIN FLINT, sr., professeur de pathologie interne et de clinique médicale au *Bellevue Hospital Medical College* a succombé, le 13 mars dernier, à une hémorrhagie cérébrale.

Le Dr Flint était né au Massachusetts, le 20 octobre 1812, et avait par conséquent atteint l'âge de 73 ans. La vie de l'illustre professeur peut se résumer comme suit :

1833 : Docteur en Médecine de l'Université Harvard (Boston), après un brillant cours d'études :

1836 : s'établit à Buffalo ;

1844 : nommé professeur de pathologie interne au *Rush Medical College*, de Chicago, position qu'il abandonne au bout d'une année pour revenir à Buffalo où, en

1846, il fonde le *Buffalo Medical Journal* ;

1847 : fonde, avec les concours d'autres médecins, le *Buffalo Medical College* où il occupe, jusqu'à 1852, la chaire de pathologie interne et de clinique médicale ;

1852 : appelé à occuper la même chaire à l'Université de Louisville.

1856 : revient prendre de nouveau la chaire occupée précédemment au *Buffalo Medical College*

1858 à 1861 : professeur de clinique médicale, durant l'hiver seulement, à l'école de médecine de la Nouvelle Orléans.

1859 : se fixe à New York.

1861 : nommé professeur de pathologie interne et de clinique médicale au *Bellevue Hospital Medical College*, position qu'il occupait encore au moment où la mort est venue le frapper.

1872 : élu président de l'Académie de Médecine de New York.

1883 : élu président de l'Association Médicale Américaine.

Enfin, c'est à lui qu'avait été dévolu l'honneur de présider le congrès international de médecine qui doit se réunir à Washington en 1887.

On le voit, c'est là une carrière fort bien remplie. Comme médecin, le Dr Flint jouissait d'une universelle réputation d'habileté et de savoir ; comme professeur, nul n'a su plus que lui commander le respect et l'attention, aussi était-il adoré de ses élèves. Comme écrivain, il laisse entre



autres nombreux écrits, trois ou quatre ouvrages qui feront à sa mémoire un éternel monument et dont le premier est aujourd'hui adopté par toutes les universités de ce continent. Ce sont : *A Treatise on the principle and practice of medicine—Practical Treatise upon the pathology, diagnosis and treatment of the Diseases of the heart—Manual of Auscultation and percussion—A Practical treatise on the physical exploration of the Chest, et Clinical medicine.*

M. le Dr GIASSON qui pratiquait depuis cinq années à l'Anse à Gilles, paroisse de l'Islet, ira, vers le 1er mai prochain, se fixer à St. Sauveur de Québec.

**The Epitome.**—Le *Quarterly Epitome*, de New-York, de trimestriel est devenu mensuel. Cette importante publication est un compendium de tous les progrès importants et pratiques réalisés dans toutes les sciences médicales.

La série trimestrielle compte sept volumes. La nouvelle série (mensuelle) date de janvier dernier.

L'*Epitome* se publie à New-York. MM. Dawson, Bros. rue St. Jacques, Montréal, en sont les agents pour la Province de Québec.

Rédacteurs. M. le Dr. Wesley, M. Carpenter. Abonnement \$2.50 par année ; un numéro 25 centins.

**Prix Astley Cooper.**—Le concours triennal pour le prix Astley Cooper est actuellement ouvert, ainsi que nous l'apprend une circulaire adressée à M. le Dr. A. G. Belleau, secrétaire du Bureau provincial de médecine. Sujet : *Origine, anatomie pathologique, conséquences et traitement des maladies tuberculeuses des os et des articulations.* Le prix est de £300.

Conformément aux dispositions testamentaires de Sir Astley Cooper, le travail de chaque candidat doit être basé sur le résultat d'expériences et d'observations personnelles et encore inédites. Des gravures, des sins, etc., peuvent y être intercalés au besoin, le tout devenant, *ipso facto*, la propriété exclusive du *Guy's Hospital*. Les candidats malheureux peuvent cependant réclamer la propriété de leurs travaux, après la proclamation du lauréat. Chaque travail doit porter une épigraphe particulière, le nom et l'adresse du concurrent étant mis à part, dans une enveloppe cachetée.

Les essais pourront être faits en n'importe quelle langue, mais ils doivent être accompagnés d'une traduction anglaise et expédiés, d'ici au 1er janvier 1889, au *Guy's Hospital*, Londres, Angleterre.

#### NAISSANCES.

LAMARCHE.—A Montréal, le 11 mars, la dame du Dr. A. Lamarche, un fils.

BOULANGER.—A St. Jérôme, lac St. Jean, le 13 mars, la dame du Dr. E. V. L. Boulanger, un fils.

BÉRARD.—A Drummondville, le 15 mars, la dame du Dr. P. A. Bérard, une fille.

HÉBERT.—A St. Valentin, le 24 mars, la dame du Dr. A. Hébert, une fille.

#### DECES.

LAMARCHE.—A Montréal, le 14 mars, à l'âge de 3 jours, Joseph Edouard, enfant du Dr. A. Lamarche.

BROSSEAU.—A Laprairie, le 28 mars, à l'âge de 91 ans, sieur Jacques Brosseau, cultivateur, frère de M. le Dr. A. T. Brosseau, de Montréal.

BERTHELOT.—A Montréal, le 29 mars, à l'âge de 37 ans, Joseph Charles Berthelot, frère de M. le Dr. J. E. Berthelot.