

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

---

**Revue Mensuelle de Médecine, Chirurgie, &c.**

---

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

*Rédacteur-en-chef :* Dr. H. E. DESROSIERS.

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

VOLUME XVII

NOUVELLE SÉRIE. - - - VOLUME II



MONTRÉAL :

CL. DE LILLE, TRAPPIE ET DE L'AMÉRIK GLEBE & BERTHELOT

10 rue St-Gabriel.

---

1888.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie, &c.

Propriétaire et administrateur : Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef. - - - Dr. H. E. DESROSIERS.;

Secrétaire de la rédaction : Dr. M. T. BRENNAN.

VOLUME XVII.

MONTREAL, 1888.

{ NOUVELLE SERIE  
VOL. II

## TRAVAUX ORIGINAUX

La folie héréditaire ou folie des dégénérés.

par E. E. DUQUET, M. D.

Médecin de l'Asile d'aliénés de la Longue-Pointe. (1)

La *Société Médico-Psychologique* de Paris avait choisi la question suivante pour le prix Aubanel pour l'année 1884. "Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de connaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de renseignements sur les antécédents," ou en d'autres termes, existe-t-il oui ou non des individus malades par lésion intellectuelle ou par altération morale, en face desquels un médecin expérimenté puisse dire : "voilà la folie héréditaire"? Cette question, étudiée en premier lieu par Morel, dans son "Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine" a été traitée à fond dans d'excellentes monographies par les Drs. Saury, Déjérine et Legrain, élèves de Magnan, d'après les enseignements du Maître.

Que devons-nous entendre par folie des dégénérés? Magnan divise les héréditaires en deux classes : les héréditaires proprement dits et les dégénérés. Hérédité et folie sont deux termes inséparables, dit Saury ; un accès de folie ne peut éclater de toute pièce, et la cellule cérébrale n'est pas plus apte à créer du délire sans prédisposition, qu'une terre végétale à fructifier sans semence ; cette loi est générale. Ball dit, dans ses *Leçons sur les*

(1) Travail lu à la *Société médicale de Montréal*.

*maladies mentales*, en parlant des causes de la folie, qu'il n'y a qu'une cause de la folie, l'hérédité; d'autres causes peuvent intervenir pour retarder ou avancer l'époque et la déterminer, mais elles sont secondaires, elles figurent l'étincelle qui provoque l'incendie à la condition de tomber sur des matériaux inflammables.

Cette hérédité, selon qu'elle sera plus ou moins chargée, produira des types plus ou moins identiques; à côté de l'héréditaire proprement dit qui offrira un délire semblable à celui que présente son père ou sa mère, nous verrons le dégénéré qui, soit qu'il soit fils de dégénérés ou héréditaire de vésaniques convergents, présentera, soit des signes physiques, soit des syndromes épisodiques de la folie des dégénérés.

Les syndromes épisodiques sont les signes pathognomoniques auxquels le clinicien reconnaîtra les dégénérés; ils consistent en des anomalies cérébrales, malformations nombreuses dites stigmates physiques, et des désordres des sentiments et des actes, appelés stigmates psychiques.

L'action dégénérative de l'hérédité se fait sentir sur tous les organes, depuis les lésions anatomiques grossières que nous rencontrons chez les idiots, jusqu'aux troubles fonctionnels des dégénérés supérieurs qui indiquent des modifications dans les centres de l'axe cérébro-spinal. Il arrive quelquefois que les deux ordres de stigmates se rencontrent sur le même sujet, mais ce fait n'est pas constant et il existe à cet effet des variétés innombrables. Le dégénéré est un être anormal, il n'a pas hérité directement d'une vésanie, il est doué d'une organisation mal pondérée, il possède le plus souvent une hérédité lourdement chargée, soit qu'il soit fils de dégénéré lui-même, ou fils de vésaniques convergents. Le tableau suivant, que j'emprunte à Mangan, donnera une idée des antécédents des dégénérés.

## CÔTÉ PATERNEL.

—Grand père alcoolique, mort fon avec accès d'agitation maniaque. Grand-mère névropathe.

—Père très nerveux; déséquilibre intellectuel, colères violentes où il menaçait sa femme; il a eu, pendant qu'il était soldat, plusieurs crises de nerfs avec perte de connaissance (ne buvait pas d'absinthe).

## CÔTÉ MATERNEL.

—Grand-père suicidé par submersion; C'est jeté à l'eau à la suite d'une discussion avec sa femme, alcoolique. Grand-mère morte hémiplegique; a eu toute sa vie des attaques hystériques; colère, emportements subits; attaque survenant à la moindre émotion; chute sans perte de connaissance, cris, secousses cloniques.

Mère, intelligence ordinaire, tendances mélancoliques.

## CÔTÉ PATERNEL.

Cousine épileptique avec crises.

Le sujet de l'observation. Débile, sourd-muet, mauvais instincts. Sœur morte de convulsions.

## CÔTÉ MATERNEL.

- Tante débile, n'a jamais pu apprendre à lire. Tante morte subitement, suicide par empoisonnement. Oncle ne sait ni lire ni écrire ; n'a jamais pu apprendre un métier.

— Oncle alcoolique, mort d'accidents alcooliques.

— Oncle alcoolique, mort d'accidents alcooliques.

- Cousine morte suicide par submersion

Les objections à cette classification ont été faites devant la *Société Psychologique* par les Drs. Cotard, Charpentier, Bouchereau et Christian dans de brillants discours. La principale objection de M. Charpentier consiste dans ce que nous devons tenir compte des différentes formes de folie comme étant autant de causes de dégénérescence, il propose une classification de la dégénérescence en cinq formes au lieu d'une, basées sur les formes de folie ; ces subdivisions n'auraient certainement pas pour résultat d'éclaircir la question.

Pour M. Christian, c'est dans l'état de santé des parents au moment de la conception que nous devons rechercher les causes de la dégénérescence et non dans l'hérédité. Pour M. Bouchereau, c'est dans les affections cérébrales pendant la vie fœtale que nous trouverons les causes de la dégénérescence, et pour M. Cotard, c'est dans les maladies de l'enfance. Il n'y a aucun doute que les causes excitantes de la dégénérescence existent dans chacun des états mentionnés par ces Messieurs, et que ce sont des causes très importantes qui doivent être prises en considération ; mais il est certain que, pour le plus grand nombre des cas, si nous examinons le passé des parents de ces dégénérés, si nous faisons des recherches sérieuses sur leurs antécédents, nous trouverons que l'hérédité a été la cause prédisposante, celle qui a préparé le terrain sur lequel s'est développée la maladie cérébrale chez ces congénitaux infantiles ou juvéniles ; d'ailleurs, ces causes qui pourraient avoir une influence sur les stigmates physiques, n'en montrent aucune sur les stigmates psychiques. Magnan rapporte des cas où l'hérédité similaire des syndromes épisodiques a été observée ; une onomatomane avait un père qui avait des angoisses jusqu'à la découverte du mot ; une autre, atteinte de la manie des discours nocturnes, avait hérité de son père ; elle obligeait son mari de l'écouter de neuf heures du soir jusqu'à trois ou quatre heures du matin ; certains enfants présentent dès leur bas âge des obsessions, des impulsions et des perversions sexuelles qui sont dues à l'hérédité et qui ne peuvent être le résultat de l'évolution d'une maladie.

contractée des le bas-âge, mais bien d'une prédisposition dégénérative qui remonte jusqu'aux ascendants.

Les signes physiques ont été observés de tout temps ; on les trouve à leur degré le plus élevé chez les idiots, ils sont le résultat d'un travail inflammatoire et consistent dans des arrêts de développement, des atrophies, des hypertrophies, et quelquefois dans l'absence de certaines parties du cerveau, sur le crâne et la face ; par les macrocéphalies, hydrocéphalies, acrocéphalies, les difformités avec asymétrie du crâne et de la face : prognathisme des mâchoires simple ou double, direction fuyante du front qui peut manquer, strabisme, implantation vicieuse des oreilles qui sont tantôt inégales, trop éloignées de la tête et mal ourlées ; les lèvres sont épaisses et mal conformées, les dents, éloignées les unes des autres quand elles existent, sont mal rangées, cariées et noires ; bec de lièvre et perforation de la voûte palatine ; aux mains et aux pieds, polydactylie, doigts palmés, pieds et mains bottés, et l'anomalie des organes génitaux. Je me contenterai d'énumérer ces quelques signes physiques ; il en existe un grand nombre d'autres, mais ceux que j'ai mentionnés se rencontrent le plus souvent.

La plus grande partie des signes physiques peuvent se rencontrer chez l'idiot qui est le plus incomplet des dégénérés ; de plus, il est ordinairement sourd-muet, atteint de hernies, de paralysies partielles avec contractures des membres et d'épilepsie. D'autres, moins déçus, ont une certaine activité musculaire, qu'ils dépeuvent dans une oscillation répétée, soit latérale soit antero-postérieure ; ce balancement s'arrête si vous leur adressez la parole, pour reprendre aussitôt que vous cessez d'attirer leur attention.

L'idiot prononce avec difficulté les phrases qu'il apprend, et lire, écrire, compter sont autant d'actes qu'il ne peut accomplir. Les instincts, les appétits et les sentiments affectifs peuvent être conservés ; au moral, l'idiot étant dépourvu de jugement, l'impulsion domine, et son pouvoir d'imitation peut être dangereux.

En remontant un degré de l'échelle des dégénérescences, nous y trouvons l'imbécile qui, moins déchu que l'idiot, présente une trace de vie intellectuelle au-dessus de son existence matérielle.

Les individus de cette catégorie sont bien supérieurs aux idiots. Au physique, ils sont mieux conformés, présentent moins de stigmates physiques et peuvent avoir un aspect assez agréable ; cependant les signes, tout en étant moins nombreux et moins prononcés, n'en existent pas moins dans tous les cas, et en assez grand nombre ; ils peuvent acquérir de bonnes notions du langage, mais ils présentent du zéaïement et parlent en traînant sur les mots.

Comme ils possèdent quelques bribes de richesses intellectuelles, ils peuvent apprendre quelque chose ; quelques-uns même jouissent de certaines qualités, mais les bornes étroites de leur intel-

ligence ne leur permettent que d'être imitateurs; ils apprendront à lire, à écrire peut-être, mais ils ne pourront jamais rien créer. Ils peuvent être bons et doux, ou sournois et sauvages, et peuvent commettre des actes de cruauté inouïe.

Le Dr. C. K. Clarke, surintendant de l'Asile de Kingston, rapporte dans l'*American Journal of Insanity*, No. de juillet 1836, le cas d'un imbécile qui a commis une série de mutilations sur les animaux, les chevaux surtout, dans une partie d'Ontario; il prenait aussi un grand plaisir à torturer les enfants et avait tué toutes les volailles appartenant à ses voisins. Un fait qui indique bien que les imbéciles ont un pouvoir de déterminer, c'est qu'il avait coupé la gorge du cheval de son voisin pour se venger d'une difficulté qu'il avait eue avec celui-ci à propos des volailles qu'il lui avait tuées: c'est le moral incomplet de l'imbécile qui ne lui permet pas de redresser ses tendances. Sur ce fond incomplet se greffent toutes les formes connues du délire sans préparation, et lorsque la manie se déclare elle est quelquefois d'une très grande violence.

La classe suivante contient deux grades: le débile et le dégénéré supérieur; elle renferme un grand nombre d'individus appartenant à toutes les classes de la société, qui habitent ce que les aliénistes américains appellent le *borderland*, c'est-à-dire les limites entre la raison et la folie; ce sont autant de types différents, plus ou moins complets à mesure que l'on s'éloigne de l'imbécillité pour se rapprocher de l'état normal, mais qui se ressemblent tous par un fond commun la déséquilibration intellectuelle. Physiquement, le dégénéré supérieur est bien constitué, cependant il peut exister chez lui et il existe chez les débiles des signes physiques à mesure que l'on descend l'échelle de la dégénérescence; les plus communs sont l'asymétrie faciale, le prognatisme des mâchoires et l'absence du rebord du pavillon de l'oreille.

Le développement dans ces deux classes de dégénérés est différent: le débile se développe tard et lentement, quoique la faculté du langage se développe entièrement; dans la vie il entreprendra toutes espèces de métiers, et montrera son caractère instable et son manque d'équilibre. Comme contraste, nous voyons le dégénéré supérieur qui développe de bonne heure des qualités brillantes, des aptitudes spéciales et qui pourra occuper une bonne position. La lacune qui existe est le défaut d'équilibre.

L'irrésolution et la faiblesse du jugement des héréditaires de cette classe les soumettent facilement à l'influence étrangère; ils sont superstitieux et crédules, ils sont la proie des charlatans, croient aux esprits et sont les habitués les plus assidus des lieux où l'on s'occupe de spiritisme.

Les débiles présentent des perversions sexuelles; ils s'adonnent à la boisson de bonne heure, et sont d'heureux candidats à l'alcoolisme, car ils résistent moins que d'autres à l'action de l'alcool à cause de leurs cerveaux incomplets. Tous ces originaux, ces

excentriques, ces êtres bizarres que quelque chose d'anormal sépare du reste du genre humain sont des dégénérés supérieurs. ils présentent souvent des anomalies, perversions sexuelles, obsessions, sont taciturnes et recherchent la solitude qui leur permet de cacher leur côté faible.

A Magnan revient le mérite de la découverte des syndromes épisodiques, de leur isolement et groupement comme tels; ils caractérisent l'état mental du dégénéré, et lorsque l'on en rencontre un, l'on peut avancer en toute sûreté et sans autre recherche sur l'état mental, que c'est un dégénéré, et l'étude des antécédents ne tardera pas à confirmer cette décision.

Ils peuvent être divisés en deux groupes, ceux qui relèvent de la folie avec conscience, et ceux qui relèvent des monomanies instinctives. Toutes les tendances peuvent germer dans de tels cerveaux, depuis l'excentricité la plus futile jusqu'à l'impulsion la plus dangereuse: "les uns ne touchent pas à l'or, à l'argent, au cuivre, dit Morel, d'autres n'ouvrent jamais une porte sans s'être enveloppé la main dans le pan de leur habit."

Magnan classe dans ces syndromes les différentes formes de manie avec conscience, la folie lucide, en un mot toutes les monomanies décrites par Esquirol et ses élèves comme autant d'entités morbides; ces monomanies, encore reconnues comme telles par la plupart des aliénistes anglais, américains, allemands, et même par des français, sont, suivant l'expression de Magnan, autant de vêtements dont s'affuble le même malade.

Les caractères propres et constants de ces syndromes sont: l'obsession, l'irrésistibilité avec conscience complète de l'état, l'angoisse concomitante, la satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte. Ces syndromes sont, d'après Legrain:

La folie du doute avec le délire du toucher,

L'aïchmophobie, ou peur des pointes,

L'agoraphobie, la claustrophobie, la topophobie.

La dipsomanie, la sitiomanie,

La pyromanie et la pyrophobie,

La kleptomanie et la kleptophobie,

L'oniomanie, la manie du jeu,

L'onomatomanie, l'arithmonie, les folies suicide et homicide, l'echolalie et la coprolalie avec incoordination motrice, la folie des **antivivisectionistes**, l'amour exagéré des animaux, les anomalies sexuelles, perversions et aberrations, l'aboulie et tous les délires qui se développent sans préparation et qui n'ont aucune tendance à la systématisation.

Le Dr. Legrand du Saulle a décrit, sous le nom de folie du doute avec délire du toucher, un état de folie qu'il a classé comme une des formes de folie avec conscience; il a rassemblé une foule d'observations qui n'étaient pas classées, et il a voulu en faire une forme de manie à part et lui associer le délire du

toucher qui peut exister indépendamment de la folie du doute et réciproquement; ces deux syndromes peuvent être mêlés conjointement ou séparément à d'autres.

La folie du doute est caractérisée par des interrogations mentales produites par le doute et auxquelles les malades ne peuvent pas répondre; ce sont de véritables obsessions qui torturent l'esprit du malade, qui en cherche vainement la solution.

Le délire du toucher est caractérisé par l'obsession et la crainte de toucher certains objets: or, argent, cuivre, morceaux de verre, boutons de portes, etc., ou tout objet luisant, de peur de contracter des maladies. Morel cite le cas d'un suisse de la cathédrale de Rouen, qui, depuis 25 ans, tourmenté par des répugnances absurdes, n'ose toucher à sa hallebarde, et ne réussit qu'après beaucoup d'efforts et de temps.

L'aichmophobie ou peur des instruments piquants est une variété du délire du toucher; la vue d'un instrument piquant: épingle, aiguille, jette le malade dans une terrible anxiété jusqu'à ce qu'on l'ait fait disparaître; on a donné aussi à ce syndrome le nom de bélérophobie.

Sous le nom d'agoraphobie, Westphal, Ritti et d'autres auteurs ont décrit un délire avec conscience caractérisé par la peur des espaces ouverts; le malade qui en est atteint à l'horreur du vide; s'il traverse une place publique ou un carré, il est pris d'une terreur de ne pas être capable de la traverser. Westphal rapporte le cas d'un individu qui était en proie à la plus grande inquiétude dès qu'il se trouvait dans un lieu sans voûte ou sans plafond; en plaine, il ouvrait son parapluie sous lequel il était plus rassuré. Legrand du Saulle rapporte le cas d'un jeune lieutenant qui devenait très inquiet s'il traversait une place publique en habit bourgeois, mais qui était tout-à-fait rassuré s'il passait à la même place en uniforme. Le contraste de la peur des espaces ouverts existe dans la claustrophobie ou peur des espaces fermés ou resserrés; ces malades sont saisis de peur s'ils traversent un pont couvert ou un tunnel. On a aussi décrit, sous le nom de topophobie, la peur de passer en certains lieux élevés ou particuliers: monter un omnibus, un bateau, etc., etc.

La dipsomanie est trop bien connue pour que j'en donne une description détaillée; elle possède tous les caractères du syndrome: périodicité de l'obsession, impulsion irrésistible de boire, souffrance morale du sujet qui a conscience de son état et qui en souffre, soulagement consécutif à l'acte accompli tout en regrettant ses excès. Je connais un vieux dipsomane qui, dès que l'impulsion s'empare de lui, laisse son travail et s'enivre seul; il ne cherche pas la compagnie pour boire, il vend ses vêtements, morceau par morceau, et jusqu'au dernier, pour payer ses libations, et il continue ainsi jusqu'à la fin de l'accès; alors, il se remet au travail jusqu'à un nouvel accès. Dans les intervalles entre les

accès, il ne prend aucune boisson enivrante ; un autre se renfermait dans sa chambre et ne sortait pas de sa maison, ni ne voyait sa famille tant que l'accès durait. La sitiomanie est, pour le manger, ce que la dipsomanie est pour le boire ; toutes deux ont une origine héréditaire.

Certains dégénérés sont obsédés par l'impulsion de mettre le feu, malgré les efforts qu'ils font pour se débarrasser de l'impulsion de commettre un acte que leur reproche leur conscience ; l'obsession se change en impulsion irrésistible et ces malades mettent leur acte à exécution après avoir lutté longtemps.

Comme contraste de la pyromanie, nous avons la pyrophobie ou la crainte du feu ; le pyrophobe est tourmenté par l'idée que ses biens pourraient brûler, ou qu'il pourrait être cause d'incendie ; il fera disparaître les allumettes ou tous autres articles qui pourraient être cause d'incendie dans sa maison.

Le kleptomane s'approprie tout ce qui lui tombe sous la main, ou il vole certains articles déterminés. Marc cite le cas d'un médecin dont l'obsession consistait à voler des couverts de table ; un individu que j'ai observé volait des cages d'oiseaux ; il avait réussi à en réunir une collection de toutes les formes.

Les kleptophobes sont obsédés par la crainte de s'être approprié involontairement des objets, de l'argent. Esquirol rapporte le cas d'une jeune fille qui était obsédée par l'idée qu'elle pourrait apporter involontairement quelque chose de valeur appartenant à sa tante qu'elle visitait ; plus tard, en touchant à de la monnaie, elle craint d'en retenir entre ses doigts, elle lave ses mains à grande eau, se frotte les doigts, secoue ses vêtements de peur que quelque chose de valeur y soit attaché.

L'oniomane achète toutes espèces d'objets irrésistiblement et sans nécessité. La manie du jeu ressemble en tous points à la dipsomanie ; le malade joue parce qu'il ne peut s'en empêcher.

Le malheureux dégénéré qui est victime de l'impulsion au suicide et à l'homicide est obsédé par l'idée de se tuer ; il a peur de mourir, cette idée le torture et il ne peut la repousser. Si l'impulsion ne disparaît pas, il attentera à ses jours ou à la vie de son prochain ; l'hérédité du syndrome " l'impulsion au suicide " est plus fréquente que les autres. Griesinger rapporte le cas d'une jeune femme qui s'est pendue, dont la mère avait elle-même essayé de se pendre, et dont le grand-père s'est jeté à l'eau ; le père s'est pendu, et deux sœurs de la mère se sont jetées dans leur puits. Esquirol cite le fait d'un négociant qui se suicida et dont les quatre fils se suicidèrent plus tard ; Dagouet rapporte celui d'un jeune homme qui alla se noyer au même endroit où son père s'était jeté lui-même auparavant.

Le dégénéré homicide a une impulsion de tuer son prochain, le plus souvent son parent ; quelques uns se font attacher les mains pour s'empêcher de commettre un crime qu'ils ont en horreur, et

qu'ils ne peuvent s'empêcher de contracter ; tel était le cas de Glenadel rapporté par Calmeil.

Sous le nom d'onomatomanie, Charcot et Magnan ont décrit dans les *Archives de Neurologie* un syndrome à formes multiples qu'ils divisent en cinq variétés :

1° Recherche angoissante du mot ou du nom. Ces malades sont obsédés par la recherche d'un nom qu'ils ont lu ou d'un mot qu'ils ont prononcé ; ils n'ont de repos que lorsque le mot ou le nom est trouvé.

2° Impulsion irrésistible de répéter certains mots ou certains noms.

3° Signification particulière donnée à certains mots prononcés incidemment ; l'idée qu'il peut entendre prononcer le mot néfaste tient le malade dans une angoisse continuelle, angoisse qui redouble si le mot est prononcé, à cause des malheurs imaginaires qui devront suivre.

4° Influence préservatrice de certains mots que le malade prononce pour se préserver de certaines influences.

5° Mot qui reste sur l'estomac du malade et qu'il crache. Ce malade s'imagine avoir avalé un mot qu'il a entendu prononcer, il le sent sur son estomac, il crache et fait des efforts d'expulsion, et ne se sent soulagé qu'après avoir craché le mot.

Sous le titre de " Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie," le Dr. Gilles de la Tourette, interne de la Salpêtrière, a publié une série d'observations concernant une affection qu'il a décrite comme une maladie nouvelle ; les malades qu'il a observés ont tous une hérédité lourdement chargée, caractère fondamental du dégénéré, sont pris à une époque de leur vie d'incoordination motrice et de tics généralisés ; ils prononcent malgré eux des mots orduriers (coprolalie) et répètent irrésistiblement des mots qu'ils entendent prononcer.

Un malade que j'ai eu sous mes soins avait des antécédents héréditaires, était fils d'un père hypocondriaque, avait un oncle maternel mort fou à l'asile de Beauport et un cousin idiot. Il a présenté, à l'âge de quatorze ans, de l'incoordination motrice ; il ne pouvait avancer ni une jambe ni l'autre, et ne pouvait se rendre d'un endroit à l'autre qu'en sautant. Il présentait aussi des tics des bras et de la face et prononçait irrésistiblement certains mots qu'il entendait incidemment. Un jour, ayant vu son père faire le signe de la croix avant de se mettre à table, il est pris d'un besoin irrésistible de répéter ces mouvements ; malgré la défense de ses parents, il continua à se signer à tout propos et me dit qu'il ne peut s'en empêcher ; le tout a cédé en quelques semaines à un traitement approprié.

Un malade qui était allé consulter Legrand du Saulle lui dit, avant de le quitter ; " Vous avez 44 volumes sur cette table et

vous portez un gilet à sept boutons; excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte," il souffrait d'arithmomanie; s'il s'embarquait en chemin de fer, il comptait les ponts, les rivières, les ouvertures du wagon, etc. D'autres sont obsédés par l'idée que certains nombres peuvent être causes de grands malheurs. Magnan rapporte le cas d'un malade qui couchait dans le lit No. 13 et qui passait les nuits à se lamenter, parce qu'il couchait dans un lit qui avait un numéro fatal; un changement de lit a fait disparaître l'obsession.

Les dégénérés, dit Magnan, trouvent dans la zoophilie de nombreux thèmes dont ils s'emparent, qu'ils exagèrent et qui finalement deviennent chez eux un véritable délire; les uns entretiennent des asiles pour les chiens, les chats abandonnés. Une femme se rendait aux Halles pour acheter les grenouilles, afin de les enlever aux vivisectionnistes. Magnan a donné à ce syndrome le nom de folie des antivivisectionnistes, et d'amour exagéré des animaux; il rapporte à ce propos un fait personnel. "Lors du Congrès de Norwich, en 1874, dit-il, au moment où je me disposais à répéter les expériences sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, la salle fut envahie par plusieurs individus, à la tête desquels se trouvait un véritable énergumène qui, l'œil étincelant, le visage injecté, vint avec un couteau couper le lien qui retenait l'une des pattes d'un chien." Samy rapporte le cas d'une dame qui, au Collège de France, frappa de son ombrelle le professeur qui se préparait à une démonstration physiologique expérimentale.

La douleur humaine ne touche ces malades que médiocrement; ils ne sont préoccupés que des bêtes, ils imaginent tous les moyens pour les empêcher de souffrir, ils courent les routes publiques, ramassant les morceaux de vitres, les pierres, qui pourraient blesser les pattes des chevaux; une dame dit qu'elle donnerait volontiers sa vie, si on lui promettait de ne plus tuer d'animaux.

Les anomalies sexuelles, les perversions et aberrations du sens génital sont autant de syndromes de dégénérescence.

L'aboulie est un arrêt de la volonté.

Outre les syndromes épisodiques qui troublent l'harmonie des facultés, les dégénérés sont exposés à délirer; ce délire éclate sans avertissement, est très instable et peut changer d'un jour à l'autre de forme; sa marche ne permet pas de le ranger soit dans la manie soit dans la mélancolie, il simule plutôt les folies partielles: ambitieuse, my-tique, de persécution, etc.

La cause la plus bénigne produira ce délire qui peut se déclarer à tout âge, Magnan rapporte un cas de mélancolie avec suicide à l'âge de quatre ans. Le début est brusque, il n'y a pas, comme chez les autres aliénés, une période d'incubation; leurs idées se mêlent, peuvent être soit multiples soit confuses, ou se fixer sur un seul

sujet, les accès peuvent être de courte durée ou très tenaces, et le malade peut passer le même jour de l'excitation la plus violente à la stupeur la plus profonde.

La facilité du délire chez les dégénérés explique ces folies à deux où le délire se déclare, par contagion ou par imitation, à d'autres membres de la famille ou de l'entourage, qui sont, comme le malade, des déséquilibrés.

La maladie finit comme elle a commencé ; elle disparaît du jour au lendemain, sans qu'il y ait eu aucune apparence de rémission dans les symptômes ; ils sont exposés aux rechutes et leur guérison qui est rarement stable les laisse sous la menace constante d'une récidive, jusqu'à l'apparition de la démence qui, quelquefois précoce, peut aussi arriver très tard, et après un grand nombre d'attaques. Morel rapporte le cas d'une femme admise dans un asile à l'âge de soixante-cinq ans, pour la trente-septième fois, et qui ne présentait aucun affaiblissement intellectuel.

Les traits spéciaux du délire de la folie héréditaire sont l'irrégularité du délire qui s'installe sans préparation et sous n'importe quelle forme, sans aucune tendance à se systématiser, quoique ce délire simule le délire chronique. De deux cas que j'ai observés, l'un s'est déclaré subitement après une retraite et présentait la forme mystique. A la suite de méditations, jeûnes, prières et mortifications pendant huit jours, le malade s'est imaginé qu'il était saint ; ce délire continua pendant huit jours sans rémission ; un bon matin il me dit que ses idées délirantes étaient disparues, et pendant un mois qu'il est resté sous observation, il n'a présenté aucune autre idée délirante. L'autre, après avoir éprouvé une déception, est tombé en extase sans aucun trouble mental préalable ; cette période extatique dura trois jours durant lesquels le malade garda la même position, les yeux fixés sur le plafond ; elle fut suivie d'une légère attaque d'excitation maniaque, simple exaltation des facultés qui dura une semaine.

Un jour, il frappe son gardien au front avec une queue de billard et lui fait une blessure assez profonde, je le réprimande fortement et lui fais comprendre que sa conduite est très répréhensible ; il m'écoute avec beaucoup d'attention et me dit qu'il le regrette, et à dater de ce jour il est parfaitement bien et retourne dans sa famille. L'étude des antécédents m'a fait découvrir dans les deux cas une hérédité convergente et lourdement chargée dans le premier.

L'adoption du terme folie héréditaire ou des dégénérés, qui ne tardera pas à se faire, va débarrasser la pathologie mentale des monomanies comme entités morbides pour en former une seule division, et rendra l'étude de la folie plus facile pour le praticien général qui n'a pas le loisir d'étudier les classifications plus ou moins embrouillées qui existent dans les traités sur ce sujet.

Comme les autres grandes améliorations dans l'étude et le traitement de la folie, la gloire de ces progrès importants est entièrement due aux aliénistes Français.

### Troisième étude sur le traitement de la diphthérie.

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

---

Le temps est aux recherches sur le meilleur traitement à instituer contre la diphthérie. Aussi, la chose en vaut la peine, car quels désastres par toute la terre par le seul fait de cette terrible maladie!

Les statistiques établissent que la plus grande mortalité de nos jours et de partout est fournie par cette affection si peu contrôlable. On sent que les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition sont trop restreints ou trop souvent inefficaces.

Cette maladie sévit partout, dans les villes comme dans les campagnes; aucune localité n'est épargnée. Il n'est donc pas étonnant que les médecins de notre pays et d'ailleurs cherchent une médication spécifique contre cet ennemi puissant.

Les recherches à l'*antagonisme* sont à l'ordre du jour. On prétend déplacer, par une action chimico-physiologique, un poison par un autre, et guérir par ce moyen. On revient aux idées homéopathiques du *similia similibus curantur*. Tels sont aujourd'hui les essais dans la médication curative de la rage, de la syphilis de la variole, de la fièvre jaune, etc. Dans la thérapeutique, n'arrive-t-il pas souvent de contrôler l'action d'un poison par un autre et d'en nullifier l'effet morbide?

Dans la diphthérie on n'a pas encore trouvé l'*antagoniste* parfait. Le "*Pasteur*" ainsi que le remède sont encore à découvrir. Pour le moment, il faut donc se contenter de ce que l'on a en fait de médication abortive ou curative, avec l'espérance de trouver mieux. La thérapeutique existante à propos de la diphthérie est loin d'offrir un résultat parfaitement satisfaisant ou au gré de nos désirs. Il en est ainsi pour un grand nombre de maladies.

Tout de même, il faut combattre en vertu de la loi du travail, et on remarque que la thérapeutique, appuyée sur des observations journalières, a fait des progrès considérables dans les recherches et les succès obtenus.

Ces réflexions me viennent à la suite de la lecture d'une communication intéressante de M. le Dr. LIPPÉ, publiée dans l'*UNION MÉDICALE* de décembre 1887, à l'occasion d'une série de cas d'angine couenneuse, qu'il a traités lui-même dans le cours de l'année 1887.

D'après la statistique fournie par M. le Dr. LIPPÉ, il aurait perdu 5 cas sur 27 traités. Le succès est bon sans être extraordinaire, ce qui donnerait près de 20 par 100 de mortalité. J'ai

eu un résultat plus heureux chez les adultes et les enfants de 8 à 10 ans, par la cautérisation interne, conjointement avec le traitement constitutionnel.

Mais la statistique du Dr LIPPÉ, comprenant adultes et enfants, est tout de même un résultat magnifique, et c'est avec plaisir qu'on doit accorder à son auteur des félicitations pour le succès qu'il dit avoir obtenu.

Le traitement qu'il préconise mérito donc d'être mis à l'épreuve. Ce traitement est celui du chlorate de potasse combiné au benzoate de soude comme médication constitutionnelle. Je dois conclure, par la teneur de son article, qu'il n'a pas employé la cautérisation locale interne.

Il n'en parle pas. Je suppose qu'il ne s'en est pas servi. Il donne le chlorate de potasse et le benzoate de soude en combinaison, à fortes doses souvent répétées, et en solution. Je crois que la solution est préférable quand elle peut être administrée, car elle a une action plus directe sur les plaques muqueuses.

Cependant, chez les très jeunes sujets, la médication vaporisée est bien la plus appropriée et la plus facile, elle peut être aussi d'une application permanente, car on a qu'à faire fonctionner l'appareil, sans trouble pour le patient qui s'applique le remède lui-même par l'acte de la respiration.

Cette communication de M. le Dr LIPPÉ vient établir de nouveau que le traitement général est le plus important, et le plus capable de contrecarrer l'empoisonnement septique du sang dans la diphthérie.

Si les traitements constitutionnel et antiseptique peuvent nous dispenser d'appliquer la cautérisation locale interne qui est désagréable pour le patient, ce sera un bienfait acquis, mais l'expérience n'est pas encore suffisante, et vouloir adopter une règle fixe, quant au traitement de certaines maladies, peut constituer une erreur déplorable. Car que d'exigences ou de modifications suivant les circonstances! Il n'y a pas de doute que la meilleure médication est celle qui se rapprochera le plus de la force médicatrice de la nature sans trop la troubler; c'est le nœud gordien de la difficulté.

Il faut donc observer encore et chercher de nouveau, avant de rejeter complètement la cautérisation locale interne, prétendant faire mieux sans cautérisation. Il n'est pas encore établi, je crois, que comme remèdes internes, les sels les plus oxygénés soient les plus efficaces, et parmi eux, ceux de potasse et de soude. Les micro-organismes ne paraissent pas vivre dans l'oxygène. Cette combinaison proposée par M. le Dr. LIPPÉ, des deux sels de potasse et de soude, peut être plus efficace réunie que séparée. Son observation est judicieuse et mérite d'être remarquée, cependant l'expérience clinique plus étendue peut seule établir la différence dans la supériorité des combinaisons à faire, ou des moyens

divers employés. Cette union est-elle préférable à celle du chlorate de potasse et de la teinture de fer muriatée ? J'ai eu avec la préparation ferrugineuse un résultat plus heureux que celui mentionné par le Dr. LAPPÉ avec sa combinaison purement alcaline. La seule préférence que je trouverais à l'union purement alcaline est qu'elle est plus agréable au goût que celle de fer, et peut être par là plus facile à administrer.

Les recherches sont donc à l'ordre du jour et je m'unis bien respectueusement à ceux qui veulent ouvrir la marche dans cette voie.

St-HUBERT, 27 décembre 1887.

**Traitement des affections du cœur, par NOTHNAGEL.** — L'*Adonis vernalis* (3 à 7 grammes en 24 heures) et le *Convallaria maialis* ne méritent pas l'appellation de *succédanés* de la digitale, ils peuvent cependant être essayés si la digitale a échoué. La sparteïne, qui se prescrit par milligramme, régularise le pouls et modifie un peu les battements du cœur, mais elle ne possède pas une action aussi énergique que la digitale sur la diurèse et sur la pression sanguine.

La caféine, préconisée par M. Lépine, doit être prescrite à la dose minima de 1 gramme par jour en cinq fois ; l'auteur est allé jusqu'à 4 grammes et préfère, soit le salicylate de soude et de caféine, soit le benzoate de soude et de caféine. Son seul inconvénient est d'exciter le système nerveux, mais c'est un excellent diurétique, surtout indiqué s'il y a hydropisie.

Nothnagel alterne volontiers cinq à six jours de digitale avec dix à douze jours de caféine.

Il serait préférable de combiner le calomel avec l'opium lorsqu'on veut le donner comme diurétique, suivant la méthode de Jendrassik (0 gr. 50 à 0 gr. 60 de calomel pendant trois ou quatre jours). Mais il importe qu'il y ait des selles, sinon le calomel se transformant en sublimé attaque la muqueuse intestinale ; il faut également surveiller la muqueuse buccale.

À propos de la méthode de Vertel, ou du traitement des dégénérescences cardiaques par les ascensions combinées avec la soustraction des liquides, le professeur, quoique très incrédule, paraît cependant incliner vers la possibilité que ces ascensions puissent exercer une stimulation efficace sur le muscle cardiaque dégénéré et l'hypertrophier utilement, mais la prudence s'impose. — *Semaine médicale.*

## REVUE DES JOURNAUX.

## MEDECINE.

**De l'actinomycose**, par le Dr. EUG. MULLE.—L'actinomycose est une maladie infectieuse, parasitaire, se rencontrant surtout chez les bêtes à cornes, plus rarement chez le cochon, et parfois chez l'homme.

Bollinger, en 1877, a découvert l'actinomycose chez les animaux de l'es-père bovine; la maladie a été dénommée par lui *actinomykosis*, d'après des éléments particuliers, *actinomyces*, découverts par lui, décrits et rangés dans les maladies parasitaires.

Israël, en 1878, a trouvé la maladie chez l'homme, l'a étudiée à fond, en a décrit les caractères pathognomoniques et l'évolution clinique.

Depuis ce temps, les cas observés sur l'homme se sont multipliés; néanmoins cette maladie est encore relativement rare et peu connue; à ma connaissance, elle n'a été rencontrée jusqu'à présent, qu'une seule fois dans notre pays, observation relatée par le docteur Paul Meyer dans la *Gazette médicale de Strasbourg*.

L'élément infectieux, *actinomyce*, est un champignon qui se présente sous la forme de petits grains, de la grosseur d'un grain de semoule, jaunes, blancs ou verts. Ces grains, examinés au microscope, se composent de corpuscules en forme de massue, à grosse extrémité périphérique et à pointe dirigée vers le centre, où ils se réunissent et se rattachent à un mycélium feutré.

La disposition spéciale de ces éléments, partant d'un centre et s'irradiant vers la périphérie, les a fait dénommer *actinomyces* (*actin.* rayon, *mices*, champignon), *Strahlenpilz* (all.). Les lésions organiques que produit ce champignon dans les tissus de l'homme sont, en dehors de quelques cas à marche aiguë, celles d'une néoplasie à marche lente et à forme suppurative. L'évolution de la maladie est celle d'un abcès froid, dont elle présente tous les caractères anatomiques: pus séreux, tissu nécrosé, fongosité et tissu en dégénérescence grasseuse; analogie remarquable avec l'évolution des lésions tuberculeuses.

Dans un cas que nous avons pu observer, le diagnostic se posait avec l'ouverture de l'abcès. Il s'est présenté à nous une grande quantité de corpuscules d'un vert porracé, tels qu'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans les abcès, et dont l'examen au micros-

cope s'imposait. J'insiste plus particulièrement sur la couleur verte, vu que d'ordinaire les actinomyces sont blancs ou jaunes. Cette coloration ne serait-elle pas l'indice de leur origine hépatique, où ils se seraient chargés de biliverdine ? Elle a été très franche dans les premiers grains que nous avons rencontrés, et a diminué à mesure que les actinomyces étaient recueillis plus loin du foie ; ceux qui ont été expectorés n'étaient plus que légèrement teintés. Si j'en crois mes souvenirs de lecture, les actinomyces verts n'auraient été rencontrés que dans les abcès ouverts dans la région hépatique.

La maladie a été longue, pénible, douloureuse ; son issue fatale confirme le pronostic d'Israël, qui dit qu'en fait de malignité, l'actinomycose n'est dépassée par aucune maladie chronique (*dass diese Krankheit an Malignität von keiner anderen Krankheit übertroffen wird*). Il en sera malheureusement le plus souvent ainsi ; le point de départ étant habituellement le tube digestif, le champignon, avant de permettre un diagnostic exact, aura pénétré dans les tissus et les organes profonds, où une extirpation totale et complète est habituellement une impossibilité. — *Gazette médicale de Strasbourg.*

**De l'apoplexie nerveuse**, par M. le docteur BOUCHUT.—Cela s'appelle aujourd'hui apoplexie hystérique. Pourquoi ? On n'en sait rien, mais à présent, tout ce qui est nerveux, sans lésion matérielle, chez la femme, chez l'homme, chez l'enfant, chez le vieillard et ailleurs, est hystérique. Ce qualificatif ainsi dévié de sa signification n'est pas pour jeter la clarté dans le langage médical qui devient tous les jours plus confus et plus étrange. Que l'on admette l'apoplexie hystérique chez les femmes hystériques, rien de mieux, mais chez les saturnins, chez les mercurialisés, chez les alcooliques ou chez les palustres et chez les syphilitiques, c'est autre chose, et si l'on observe chez eux des apoplexies nerveuses, il est bien téméraire de les qualifier d'hystériques. C'est la négation de la science.

Quoi qu'il en soit, le Dr. Achard, qui adopte cette manière de voir et qui vient de le montrer dans une bonne thèse sur ce sujet, expose les symptômes de l'apoplexie hystérique, nous disons nerveuse, d'une façon à réunir tous les suffrages. Nous ne nous entendrons jamais sur les mots, mais l'observation bien faite est comprise de tous les cliniciens qui s'entendent sur les choses.

L'apoplexie hystérique se présente cliniquement avec tous les caractères de l'apoplexie par lésions cérébrales. Tantôt c'est la grande attaque avec perte de connaissance durant trois jours ou douze heures, ou seulement quelques heures, ou moins encore ; tantôt c'est l'attaque dans sa forme la plus légère, consistant en un simple étourdissement suivi de chute et d'hémiplégie subite, sans perte de connaissance ; tantôt enfin le sujet se trouve paralysé au réveil.

Comme dans l'apoplexie organique, l'attaque est, dans certains cas, précédée de quelques prodromes : céphalalgie, malaise, sensations bizarres, etc. Elle peut même se développer en deux temps : un étourdissement avec chûte, puis une perte complète de connaissance. Enfin, comme toute attaque hystérique, l'attaque apoplectique survient, parfois, à l'occasion d'une émotion, d'une contrariété, ainsi qu'à l'époque des règles.

Le coma de cette apoplexie s'accompagne du même état de résolution musculaire que dans le cas de lésions encéphaliques, et cette résolution générale se distingue d'une manière tout à fait semblable de la paralysie véritable que présentent les membres hémiplégiés. On a vu la déviation des yeux du côté opposé à la paralysie. Dans d'autres cas, les membres opposés à l'hémiplégie étaient contracturés. Il y a parfois de la rétention d'urine. La température est normale ; il en est de même du pouls. La respiration n'est pas stertoreuse ; mais elle offre quelquefois des intermittences et des irrégularités, une diminution à 10 par minute dans une attaque, et jusqu'à 3 seulement dans une autre. Enfin, le visage n'est point vultueux ni congestionné ; il exprime plutôt le sommeil tranquille que la stupeur.

L'attaque apoplectique dans l'hystérie peut laisser à sa suite tous les troubles moteurs et sensitifs qui sont la conséquence des apoplexies organiques. Ainsi, nous rencontrons presque constamment, dans les observations, l'hémiplégie et l'hémi-anesthésie. Il est vrai que l'hémi-anesthésie est ici l'accident principal qui prédomine de beaucoup sur la paralysie. C'est elle qui a, nous l'avons dit, la plus haute valeur pour le diagnostic. Tantôt elle est incomplète, partielle ; tantôt elle est absolument complète et réalise le type de l'hémi-anesthésie cérébrale, observé communément dans l'hystérie et exceptionnellement dans le cas de lésion encéphalique.

Quant à l'hémiplégie qui accompagne pour ainsi dire toujours l'hémi-anesthésie, elle est souvent peu prononcée ; c'est plutôt une simple parésie.

Existe-t-il, à la suite de ces apoplexies hystériques, des hémiplégies motrices sans hémi-anesthésies ? La chose est possible, puisqu'on peut produire par suggestion des hémiplégies avec conservation de la sensibilité. Toutefois, cette particularité serait certainement exceptionnelle. Il est vrai que deux observations anciennes parlent seulement d'hémiplégie motrice, mais il reste douteux que la sensibilité ait été examinée dans ces cas ; du moins, son état ne fait-il l'objet d'aucune mention particulière.

La paralysie faciale, dans l'hémiplégie hystérique, niée par quelques observateurs, est admise, au contraire, par d'autres.

Lorsque l'hémiplégie siège à droite, on peut observer simultanément de l'aphasie, au moins d'une façon temporaire, puis de la contracture partielle ou des tremblements choreiformes.

L'absence de lésions dans ces apoplexies est établie par quelques rares autopsies, mais l'absence de lésions ressort encore de la curabilité des accidents par les esthésiogènes. Cette action des esthésiogènes établit une parenté des plus intimes entre toutes les apoplexies nerveuses, et elle appartient en propre à l'hystérie pure. Et cette curabilité par les esthésiogènes de toutes les conséquences de l'attaque : hémiplegie, hémianesthésie, hémichorée, contracture, montre clairement que tous ces phénomènes sont étroitement unis les uns aux autres et qu'ils sont bien de même nature.—*Paris médical.*

**Traitement de la chorée.** — Il y a déjà longtemps, dit M. F. FRUHWALD, que l'arséniate de potasse a été introduit dans la pratique, dans les cas de névroses et de troubles de nutrition des enfants. L'arsenic a été employé particulièrement dans la chorée, d'après les conseils de Romberg ; il est vrai qu'on ne lui attribue pas partout une action certaine, tant s'en faut ; ces divergences tiennent peut être à ce qu'on n'administre pas partout le médicament de la même manière.

Tous ceux qui ont donné hardiment l'arsenic sont d'accord sur ses avantages et le mettent en tête de toutes les préparations employées jusqu'à ce jour.

Eulenburg et Smith ont modifié les méthodes courantes en substituant à l'usage interne de l'arsenic les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler. Cette méthode a l'inconvénient de donner lieu à des douleurs persistantes au point de la piqûre, et elle ne permet pas d'administrer de doses plus élevées d'arsenic que par la voie gastrique. Elle a été essayée sur presque tous les enfants du service du professeur Widerhofer à l'hôpital Sainte Anne, à Vienne, et même sur quelques-uns de la consultation externe. Dans quelques-uns de ces cas, on n'employa, pour recherches de contrôle, que la solution de Fowler ; dans deux cas, on dut renoncer à ce traitement à cause de la complication. Pour l'injection sous-cutanée, on emploie un liquide formé d'une partie de liqueur de Fowler étendue dans une quantité égale d'eau distillée. Il est bon de filtrer avant chaque injection, et de n'employer que des préparations fraîches. On commence par une division de la seringue de Pravaz, puis tous les jours on augmente d'une jusqu'à 8, dans quelques cas jusqu'à 10, puis on redescend dans la même proportion. Les injections sont faites profondément aux membres inférieurs, après qu'on a pris au préalable la précaution de nettoyer la place à l'eau de thymol. Dans les cas où l'on commence le traitement par l'usage interne de la solution de Fowler, on donne d'abord une potion renfermant 5 gouttes pour 70 grammes d'eau distillée et 10 grammes de sirop, et on augmente chaque jour de 1 ou 2 gouttes jusqu'à 20 ; chez les enfants les plus âgés, on peut aller jusqu'à 25 gouttes par jour, et revenir à la dose ori-

ginelle. De ces 25 cas qui étaient presque tous à l'acmé de la maladie, 22 seront traités au moyen d'injections sous-cutanées, et 3 par l'usage interne de la liqueur de Fowler ; 18 de ces cas furent observés chez des petites filles et 7 chez des petits garçons de 5 ans  $\frac{1}{2}$  à 14 ans. Tous étaient de faible constitution, anémiques pour la plupart et excitables au point de vue psychique. Relativement à l'étiologie, 19 fois la frayeur ou d'autres excitations psychiques furent la cause occasionnelle de la maladie ; 2 cas étaient des récidives dans lesquelles on n'avait pas donné auparavant d'arsenic. Dans 4 cas seulement, la chorée s'étant développée à la suite du rhumatisme articulaire aigu. Quant aux suites, Fruhward croit que les injections sous-cutanées valent mieux que tous les autres procédés.

Souvent, par ce procédé, on a déjà une amélioration très sensible au bout de 5 à 13 jours ; la guérison est complète après 3 ou 4 semaines ; l'auteur n'a vu jusqu'à présent de récidives que dans un seul cas, de telle sorte que la guérison paraît persistante.

Ces résultats, beaucoup meilleurs que ceux qu'on obtient en administrant le médicament par les voies digestives, tiennent probablement à ce qu'il est plus vite introduit dans le sang. Il faut pendant tout le traitement que les malades gardent le repos au lit, tout au moins jusqu'à ce que des signes certains d'amélioration se présentent ; pendant la convalescence, il faut une alimentation fortifiante. Personne n'objectera à l'emploi des injections sous-cutanées, les phénomènes psychiques légers, qui se produisent pendant le traitement, ni les accidents également légers qu'on peut rencontrer au point où l'injection a été faite. — *Paris médical.*

**Des accidents généraux localisés dans les affections rénales (hémiplegie et hémipilepsie dites urémiques).**—Il ne se produit jamais de paralysies limitées, ni de convulsions circonscrites dans l'urémie cérébrale ; c'était jusque dans ces derniers temps un axiome clinique accepté sans réserves et maintes fois invoqué dans des cas de diagnostic douteux. Or plusieurs travaux récents semblent prouver que cette loi reconnaît des exceptions et induit même à penser que ces exceptions sont nombreuses.

Dans un intéressant article sur l'urémie convulsive à forme d'épilepsie jacksonienne (*Arch. génér. de méd.*, juillet 1887), Chauffard a réuni presque tous les documents publiés sur cette question ; il cite incidemment les faits d'hémiplegie urémique publiés par Carpentier, Pâsch, Jäckel et surtout les deux mémoires instructifs parus presque simultanément dans la *Revue de médecine* (1886). Le premier, dû à Raymond, renferme six cas de néphrite interstitielle chez des vieillards avec apoplexie, hémiplegie ou convulsions partielles, sans qu'il existât à l'autopsie d'autres lésions cérébrales qu'un œdème plus ou moins accusé et de l'athérome arté-

riel. L'autre, publié par Chantemesse et Tenneson, est fondé sur l'analyse de cinq observations de néphrite diffuse ayant donné lieu à des manifestations analogues. Mentionnons enfin deux cas du même ordre, recueillis dans le service de Raymond, et rapportés par Florand et Canniot dans la *Gazette médicale* de Paris (novembre 1886).

Certes ces faits sont loin d'avoir tous une égale valeur et plusieurs d'entre eux sont trop complexes pour être probants au point de vue des relations entre l'urémie et ces accidents d'origine encéphalique. Mais il n'en demeure pas moins établi que dans l'urémie, ou pour être plus précis, dans le cours des affections rénales, on peut observer tant des paralysies localisées à caractère hémiplegique que des attaques épileptoïdes circonscrites, à type jacksonien, en dehors de toute lésion massive de l'encéphale.

L'On a rencontré les phénomènes que nous étudions ici dans diverses variétés de néphrite, néphrite aiguë ou subaiguë, mais surtout dans la néphrite interstitielle chronique; on les a vus apparaître soit à une période avancée de la maladie, alors que l'urémie avait déjà manifestement commencé son œuvre fatale, soit aussi à un moment où il n'existait encore aucun symptôme caractéristique d'intoxication. Tantôt ils ont été précédés ou suivis d'accidents comateux ou subcomateux; tantôt, au contraire, ils se sont produits sans prodromes et en dehors de toute autre manifestation cérébrale.

L'hémiplegie motrice, complète ou incomplète, limitée aux membres ou envahissant la face, peut persister pendant plusieurs jours sans modification sensible jusqu'à la mort ou s'atténuer progressivement, soit pour disparaître définitivement, soit pour réapparaître plus tard; mobilité d'ailleurs qui rappelle la marche de l'hémiplegie liée au ramollissement cortical par thrombose. Elle est souvent accompagnée d'une hémianesthésie, moins prononcée d'habitude, mais aussi variable et subissant les mêmes fluctuations que l'hémiplegie motrice.

Dans deux cas, Chantemesse et Tenneson ont noté la déviation conjuguée de la face et des yeux.

Quant à l'épilepsie partielle, dont Chauffard nous rapporte une fort belle observation, elle offre les caractères bien connus de l'éclampsie jacksonienne. Toutefois il est à noter que les attaques peuvent prédominer tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Fait remarquable, surtout en raison des relations présumées de ces accidents avec l'urémie, on a signalé dans plusieurs cas une hyperthermie très accusée; c'est ainsi que la température, qui oscille d'ordinaire entre 38 et 39 degrés, a atteint 41 degrés dans un cas, aux approches de la mort.

Rien en somme, dans ce tableau clinique, sauf la variabilité de ces phénomènes, sauf l'albuminurie et parfois le myosis, n'autorise à mettre l'urémie en cause. La présence même de l'albumine

dans les urines n'a qu'une valeur relative, étant donné la fréquence de l'albuminurie à une certaine période de l'athéromasie sénile. Le diagnostic est surtout délicat dans les cas où la néphrite interstitielle est restée absolument latente au point de vue symptomatique et l'on conçoit que le plus souvent on ait songé à l'existence d'un foyer de ramollissement et cela surtout chez les individus âgés, athéromateux. Or à l'autopsie on ne trouve aucune lésion encéphalique, sauf parfois de l'athérome et fréquemment un gonflement œdémateux plus ou moins accusé, plus ou moins diffus de l'écorce cérébrale.

II. Comment interpréter ces paralysies, ces convulsions localisées? La plupart des auteurs, comme Leichtenstern, Chantemesse et Tenneson, les attribuent à l'œdème cérébral d'origine urémique; Raymond fait également entrer en ligne de compte les troubles d'irrigation encéphalique dus à l'athérome ou à la compression des vaisseaux. C'est rééditer pour les besoins de la cause la plus ancienne conception pathogénique de l'urémie. Mais ici, plus que jamais, elle est passible de graves objections, comme le fait remarquer Chauffard. Il est à noter, en effet, que dans plusieurs observations l'existence de l'œdème cérébral n'est pas mentionnée, et que dans celles où elle a été constatée, il s'agissait d'une lésion diffuse, généralisée, à laquelle il semble bien difficile de rapporter des phénomènes hémiplegiques.

Faut-il dès lors, avec Chauffard, incriminer directement l'intoxication urémique qui influencerait le fonctionnement des cellules cérébrales, tantôt pour l'exalter, tantôt pour le paralyser? Que cette conception, reflet des doctrines actuellement en vogue, soit admissible dans quelques cas, on ne peut le contester; mais elle ne saurait s'appliquer à ceux où les manifestations cérébrales se produisent en dehors de tout autre accident d'intoxication, où elles apparaissent chez un individu qui, pour être malade des reins, n'est pas pour cela un urémique, au véritable sens du mot?

Ainsi, on le voit, si l'histoire sémiologique de ces accidents cérébraux chez les rénaux, — nous ne disons pas à dessein chez les urémiques — est encore à peine ébauchée, leur pathogénie reste obscure. Le fait clinique n'en demeure pas moins acquis et l'on en vient même à se demander si maintes manifestations hémiplegiques ou attaques convulsives attribuées, en dehors de tout contrôle anatomopathologique, à des lésions cérébrales en foyer, ne reconnaissent pas la même origine. Depuis que notre attention a été attirée sur cette question, nous avons eu à deux reprises l'occasion de poser le diagnostic d'hémiplegie "à néphrite," et dans les deux cas les phénomènes cérébraux ont disparu en même temps que s'atténuaient, sous l'influence du régime approprié, l'albuminurie, les troubles digestifs et l'œdème des membres. Étions-nous dans le vrai? L'affirmer ou le nier serait peut-être, dans l'état actuel de la science, également téméraire. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

## CHIRURGIE.

**Étranglement herniaire. Kélotomie.** Clinique de M. le professeur RECLUS, à l'Hôtel-Dieu. — J'ai pratiqué pendant l'année scolaire 5 kélotomies, dont 3 pour hernie crurale étranglée et 2 pour hernie inguinale. Toutes ont été complètement couronnées de succès. Cette opération des plus intéressantes fournira aujourd'hui le sujet de notre entretien. C'est une opération d'urgence que l'on se trouve souvent forcé de pratiquer, sans avoir seulement le temps de la réflexion. En effet, c'est une règle absolue que toute hernie incarcerated doit être libérée au plus tôt et sans compter sur la nature ni sur aucun moyen médical. Il faut essayer immédiatement le taxis, et si au bout de quelques instants, il a échoué, recourir sans délai à la kélotomie. Faut d'opérer rapidement, vous risquez de voir le malade perdre ses forces, se déprimer, l'inflammation du sac herniaire se produire, pénétrer dans l'abdomen, une péritonite se déclarer, etc., jusqu'à ce qu'une mort prompte s'ensuive.

Par une intervention des plus promptes, au contraire, en dehors même de toute anti-épisie, les statistiques nous montrent à quel chiffre de guérison l'on peut atteindre.

Ainsi donc, dès que vous trouvez en présence d'une hernie étranglée, tout d'abord vous ferez le taxis; si, au bout de dix à vingt minutes au plus, vous n'avez pas réussi, vous endormirez votre malade et tenterez de nouveau la réduction sous le chloroforme, mais par un taxis moins prolongé que le précédent, d'autant plus que le relâchement des muscles par la chloroformisation est un élément de résistance de moins aux efforts de réduction. Si cette seconde tentative échoue, il faut immédiatement, par la kélotomie, lever l'étranglement et refouler l'intestin dans la cavité abdominale.

La règle absolue est donc, je ne saurais trop le répéter de ne jamais quitter un malade atteint d'étranglement herniaire, que quand sa hernie est parfaitement rentrée. Tel doit être et tel a été notre plan dans les cinq cas dont je vais maintenant rapporter très brièvement l'observation.

Tout d'abord je commence par les trois cas de hernie crurale étranglée.

Le premier est celui d'une femme, qui, à la suite d'un effort, vit sa hernie, vieille de quinze ans, sortir tout à coup sans qu'il soit possible de la faire rentrer. Un médecin appelé auprès d'elle la fit mettre dans un bain et tenta le taxis sans aucun succès. Ce que voyant, je fus mandé à onze heures du soir. Les conditions de logement, dans lesquelles cette femme se trouvait, firent que je

l'engageai vivement à se faire transporter à l'hôpital. Une heure plus tard, à minuit, elle était dans les salles et je pratiquai l'opération. A ce moment l'étranglement datait déjà de quinze heures. Les suites opératoires furent des plus simples, et la malade a parfaitement guéri.

Le second cas est également une femme, frotteuse, âgée de trente-cinq ans. Sa hernie crurale était apparue pour la première fois, à la suite de couches, mais la malade la faisait facilement rentrer. Cependant, à la suite d'un effort, elle s'étrangla. Un médecin n'ayant pu réussir à la réduire, envoya cette femme à l'hôpital, cinq heures après l'étranglement. A mon tour, j'essayai le taxis sans succès et fis, aussitôt après, la kélotomie. La guérison fut obtenue en deux jours.

Dans le troisième cas, les conditions n'ont plus été les mêmes, cette fois l'étranglement datait de quatre jours, quand la malade fut amenée à l'Hôtel-Dieu. Or, nous savons que, dans la hernie crurale étranglée, l'intestin est assez rapidement altéré au niveau du collet du sac et que la perforation est probable le quatrième jour. Cependant, chez cette malade, la face n'était pas grippée, il n'y avait aucune dépression, pas d'état fébrile, pas de péritonite, mais seulement quelques vomissements de temps en temps et sans aucun aspect fécaloïde.

L'ancienneté même de l'étranglement nous fit renoncer à tout taxis, de peur d'amener quelque perforation de l'intestin, et d'emblée nous pratiquâmes la kélotomie. L'intestin parfaitement sain était seulement rouge, sans aucune altération, et la guérison fut aussi rapide que dans les deux autres cas.

Quant aux hernies inguinales étranglées, nos deux faits se rapportent à deux hommes.

Le premier est un individu de quarante-huit ans, porteur d'une hernie vieille de trente ans, très volumineuse, toujours mal contenue, qui certain jour sortit d'avantage et ne put être rentrée ni réduite par le taxis, soit en ville, soit à l'hôpital. Je l'opérai douze heures après l'étranglement, la kélotomie fut suivie de guérison.

Dans le second cas, le malade est arrivé ici à dix heures du soir ; on vint me chercher, j'étais absent, la kélotomie fut faite par M. Schwarz, cinq heures après l'étranglement. L'opération présenta de véritables difficultés, et le lendemain le malade nous inspira des craintes sérieuses : le pouls avait faibli, la face était grippée, le ventre douloureux. Mais grâce à des applications de glaces sur le ventre et à des injections de chlorhydrate de morphine, les premiers accidents furent enrayés et le malade est aujourd'hui guéri.

En résumé, dans nos cinq opérations nous avons eu cinq succès, et si l'antisepsie y est pour quelque chose, la promptitude de l'opération, qui est une règle fondamentale, y est certainement pour la plus grande part.

Autrefois, il y a dix ou quinze ans, quand la hernie était réduite, l'acte chirurgical était fini. Cependant, quelques chirurgiens commençaient à suturer et à placer un drain ; mais la plupart se bornaient à appliquer un pansement compressif et attendaient la guérison, après suppuration. Aujourd'hui, depuis qu'on a entrepris la cure radicale des hernies simples, non étranglées, on s'est demandé si, après la kélotomie, il ne serait pas possible de rendre difficile, si non impossible, la reproduction de la hernie.

Mais qu'est-ce qu'on entend en réalité par ce titre bien pompeux de cure radicale de hernies ? Dans l'immense majorité des cas, cette cure radicale a pour but de rendre cocercible une hernie incoercible.

Ce but est possible à atteindre par la kélotomie elle-même, suivie de l'application d'un pansement compressif. Or, cette cocercibilité dans les hernies étranglées est plus facile encore à obtenir, grâce à l'irritation du collet du sac dont les feuillets enflammés ont tendance à s'accoler, et par suite à oblitérer l'anneau. La kélotomie peut donc être par elle-même un procédé de cure radicale des hernies. Mais très souvent, par certaines manœuvres et artifices, on peut mettre l'intestin et les parois de l'abdomen dans une meilleure posture pour cette cure.

Lorsque chez un de mes cinq malades j'ai voulu disséquer le sac, j'ai éprouvé certaines difficultés en raison des adhérences contractées sur les parties voisines. Mais j'y ai renoncé tout de suite, ces adhérences et l'inflammation me donnant des chances de voir obturer l'anneau crural, après avoir pelotonné le sac sur lui-même et placé un bandage compressif.

Dans un cas, après être arrivé sur le sac, un coup de doigt à droite et à gauche a amené l'énucléation complète du sac sans bistouri, puis avec des pinces à forcepessure j'ai pu l'attirer doucement, placer ensuite une ligature au catgut sur le collet, sectionner le sac au-dessus et faire rentrer le reste dans la cavité abdominale, suturer enfin la plaie et placer un drain. J'ai agi de la même façon dans un troisième cas.

Les avantages de cette pratique sont ; 1<sup>o</sup> immédiats ; 2<sup>o</sup> postérieurs. Ils sont immédiats, c'est-à-dire que la hernie ne se reproduit pas malgré les accès de toux des malades et les vomissements post-opératoires résultant de l'inhalation du chloroforme. Ils sont postérieurs, en évitant la formation par la persistance de diverticules, de petites fossettes dans lesquelles l'intestin vient buter, au moindre effort les agrandissant et prédisposant ainsi à la formation ultérieure d'une nouvelle hernie. Voilà pour la cure radicale des hernies crurales.

Quant aux hernies inguinales, le manuel opératoire est plus difficile. En effet, ici la résection du sac peut amener la section des éléments du cordon. Pour y parer, voici ce que fais : incision très large du sac jusqu'au collet, soulèvement du sac de façon à

voir par transparence la situation du cordon, couper tout ce qui n'en fait pas partie en laissant seulement, sous forme de lanière, les éléments qui le constituent. La résection peut ainsi se terminer sans aucun accident, le collet du sac tenu par les pincés à forcipresseure est attiré, énucléé en écartant les tissus ambiants, ligaturé avec un fil de catgut et l'aiguille de Reverdin, puis rentré dans l'abdomen. Les piliers de l'anneau étant quelque peu éloignés l'un de l'autre, on les rapproche et les suture au moyen d'un crin de Florence placé avec l'aiguille de Reverdin, de telle sorte que l'anneau se trouve à peu près oblitéré sans aucun accident.

Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'une hernie inguinale congénitale. On n'a pas essayé de dissection, mais on a espéré, par l'inflammation de la séreuse, obtenir l'adossement de ses deux feuillettes l'un contre l'autre, et le tout a été complété par l'application d'un bandage compressif. Le résultat a été très bon.

Je n'ai pas parlé de l'épiploon; dans les hernies crurales, il n'en existait pas, tandis que dans la hernie inguinale il s'agissait d'une ontéro-épiplocèle. Or, lorsque l'épiploon n'est pas enflammé et qu'il est peu abondant, on le réduit. Lorsque, au contraire, il est enflammé, adhèrent à la paroi du sac, on l'étreint par une ligature très serrée au catgut pour éviter toute hémorrhagie et péritonite.

En résumé :

1<sup>o</sup> Quand vous serez appelé pour un étranglement herniaire, vous ne quitterez votre malade qu'après la réduction parfaite de la hernie :

2<sup>o</sup> Vous opérerez le plus tôt possible : *a* par le taxis; *b* par le taxis sous le chloroforme; *c* par la kélotomie;

3<sup>o</sup> L'opération faite, vous ne pratiquerez jamais le débridement qui est un temps inutile et dangereux;

4<sup>o</sup> Lorsque vous le pourrez, sans dommage, ni crainte de couper le canal déférent, vous ferez la ligature du collet et la résection du sac, de façon à mettre le malade dans la posture la meilleure pour la guérison. Vous vous contenterez de faire simplement la kélotomie si, au contraire, vous redoutez quelque dommage.—*Praticien.*

**Traitement de la blennorrhagie aigue, par le DR. MAURIAU.**— Une opinion très répandue dans le public qui s'occupe des maladies vénériennes et qui est leur tributaire, c'est que rien n'est plus facile, pour peu qu'on veuille s'en donner la peine, que de couper une blennorrhagie. On est même disposé à croire que sur ce point-là, comme sur beaucoup d'autres, les médecins d'aventure, les empiriques et les charlatans sont très supérieurs aux médecins classiques, quels que soient du reste leur savoir et leur expérience.—N'est-ce pas à ce préjugé qu'on doit toutes les aberrations et les excentricités innombrables qui, accumulées et grossies depuis des siècles, ont fait du traitement de la blennorrhagie une sorte de Babel thérapeutique où l'incohérence, la confusion,

la bizarrerie, l'absurdité des préceptes contradictoires, la multiplicité des formules, l'interminable invention des moyens nouveaux et inmanquables, etc., forment un tumulte assourdissant, au milieu duquel il est difficile d'entendre, de comprendre quoi que ce soit et de s'orienter ?

Es-ayons d'y apporter un peu d'ordre et de clarté. La théorie microbienne de la blennorrhagie qui est si fort en vogue nous y aidera-t-elle ? Non. Elle n'a point résolu ce problème thérapeutique. Loin de le simplifier elle l'a encore embrouillé, s'il est possible. La révolution qu'elle a tentée dans le traitement a échoué et les désillusions ont bien vite remplacé des espérances théoriques ou basées sur une expérimentation courte et superficielle.

1.—A quelle époque et par quels moyens peut-on faire avorter la blennorrhagie?—Dans toutes les blennorrhagies il y a un moment où il serait possible de couper court à leur processus ; mais ce moment est si éphémère et les phénomènes qui le caractérisent si peu accentués, malgré leur signification précise, que, 99 fois sur 100, les malades le méconnaissent, le négligent, le laissent passer et ne le mettent pas à profit. Quand ils viennent consulter, il est presque toujours trop tard. L'abortion, en effet, ne peut être tentée avec quelques chances de succès que dans les 5 ou 6, tout au plus dans les 12 premières heures. L'action morbide, faible encore et superficielle, est alors circonscrite et confinée dans le méat et la fosse naviculaire. Elle n'a pas eu le temps de gagner la portion spongieuse ; elle n'a pas traversé toutes les couches de l'épithélium.—Si à cette époque on l'attaque vigoureusement, on la subjuguera peut-être et on empêchera sa propagation plus loin.

Pour y arriver, il faudra susciter sur les points où elle s'est établie une inflammation, substitutive violente, au moyen d'une injection caustique. Le meilleur agent, en pareil cas, c'est incomparablement le nitrate d'argent, en solution au 25<sup>e</sup> ou au 30<sup>e</sup>. Pour la faire, on se servira d'une seringue ordinaire, ou bien d'une seringue à jet récurrent de Langlebert, en prenant les précautions voulues pour que le liquide ne se trouve en contact qu'avec les 4 ou 5 premiers centimètres du canal. On devra l'y laisser 2 ou 3 minutes et presser en ce point l'urèthre avec les doigts de façon à faire pénétrer le caustique dans les lacunes, les follicules et dans tous les replis de la muqueuse. On aura soin aussi d'en bien imbiber les deux lèvres du méat en dedans et au dehors.—Cette opération sera faite deux ou trois fois à une distance de 48 heures. Dans l'intervalle, quelques injections légèrement détersives et astringentes avec une solution de sulfate de zinc au 200<sup>e</sup> seront suffisantes. On pourra donner aussi le lendemain du copahu, du cubèbe ou de l'opiat et en faire continuer l'usage pendant 8 jours.

Lorsque le traitement abortif doit réussir, les phénomènes morbides qui indiquaient son emploi, s'atténuent ou cessent, 24

ou 26 heures après la première injection : La rougeur et la tuméfaction du méat, l'écoulement séro-muqueux, la sensation de brûlure en urinant sont emportés momentanément ou définitivement par les symptômes artificiels de l'inflammation substitutive et disparaissent avec eux. Mais quelquefois ils reviennent le 2<sup>e</sup> jour. Une seconde injection en fait ordinairement justice. Si elle est insuffisante, on a recours à une troisième. Si cette dernière ne réussit pas mieux que les précédentes, il est inutile d'insister et il faut en revenir à la méthode antiphlogistique ou expectante.

On fondait de grandes espérances sur la méthode antiseptique comme traitement abortif de la blennorrhagie. Quels résultats a-t-elle donnés ? Des résultats illusoire, si je m'en rapporte à ma propre expérience. L'injection antiseptique la plus vantée contre le blennorrhagie aiguë, à toutes ses périodes, c'est la solution de sublimé au 10 millième ou au 20 millième, employée tiède et à plein canal, 3 fois par jour.

1 <sup>o</sup> Eau distillée.....	290 gr.
Sublimé.....	2 centigr.
2 <sup>o</sup> Eau distillée.....	200 gr.
Sublimé.....	1 centigr.

Les premiers effets de cette injection sont favorables : la rougeur et la turgescence du canal et du méat diminuent, l'écoulement devient moins épais et perd peu à peu sa purulence, jusqu'à ce qu'il arrive à être presque séreux, la douleur s'atténue également. Au bout de 3 ou 4 jours, toutes les apparences sont de nature à faire croire que la guérison marche à grand pas et que la blennorrhagie est réellement *coupée*. Mais avec cette affection, il ne faut jamais chanter victoire trop tôt. Si on ne se défie pas de la tendance naturelle à croire ce que l'on désire, on ne fera qu'augmenter la liste innombrable de ces remèdes dont l'héroïsme ne résiste pas à l'épreuve d'une expérience de quelque durée. N'est-ce pas là ce qui est arrivé par les injections de sublimé ? Il y a trois ou quatre ans, aucune blennorrhagie ne pouvait leur résister. Aujourd'hui elles sont tombées dans un discrédit mérité. Pourquoi ? Parce qu'elles ne donnent, comme tous les antiblennorrhagiques employés en temps inopportun, que de *fausses guérisons*. Elles font disparaître quelques-uns des phénomènes de l'affection, mais elles n'en tuent pas le germe, comme devraient le faire de *vrais antiseptiques*. Chez les quatre cinquièmes des blennorrhagiques que j'ai traités par les injections de sublimé, l'affection s'est reproduite au bout de 15 ou 20 jours, avec une acuité et une purulence qui ne pouvaient laisser aucune illusion. Combien n'en ai-je pas vu qui, traités par d'autres de cette façon, venaient plus tard me consulter pour des écoulements aigus, subaigus ou muco-purulents qui n'en finissaient point ?

Ce n'est pas tout, les injections de sublimé, même au 20 milliè-

me, ne sont pas toujours inoffensives. Elles produisent parfois des complications fort sérieuses et, entre autres, des cystites hémorrhagiques du col, des douleurs très vives, de la dysurie, etc. On peut évaluer à un quart environ le nombre de patients chez lesquels ces injections sont décidément nuisibles et doivent être interrompues.

La plupart, je dirais même volontiers toutes les injections auxquelles on attribue des propriétés antiseptiques, sont passibles des mêmes reproches que les injections de sublimé. Elles ne produisent que de fausses guérisons, elles exposent à des complications, et pour l'une ou l'autre de ces deux raisons, ou pour toutes les deux, on est obligé de les abandonner au bout de quelques semaines et d'employer d'autres moyens.

De ce nombre sont les injections au permanganate de potasse (1 gr. pour 500, 1,000, 2,000, etc.), celles à l'hydrate de chloral (1 gr. pour 200 gr. d'eau); celles d'acide borique au 100<sup>e</sup>, de sulfate de quinine dont voici la formule :

Sulfate de quinine.....	1 gr.
Eau distillée.....	75 gr.
Glycérine.....	25
Eau de Rabel.....	quelques gouttes

celles de résorcine (3 gr. de résorcine pour 100 gr. d'eau), etc

Toutes les blennorrhagies virulentes, à leur période d'augment et d'état, attaquées d'emblée par ces injections et par beaucoup d'autres dont il est inutile de parler, *font semblant* de céder, mais elles opposent une résistance sourde, opiniâtre, invincible, qui tôt ou tard prend une revanche éclatante.—Il en est du reste ainsi quand on essaie de les dompter avant que l'heure soit venue, au moyen des balsamiques à haute dose et des injections astringentes, qui réussissent si bien pourtant plus tard, dans la phase de l'involution.

En résumé: les circonstances favorables à l'abortion de la blennorrhagie se présentent très rarement dans la pratique, puis qu'on ne peut la tenter avec quelque chance de succès que dans les huit ou dix premières heures du processus.

Une injection convenablement faite avec une solution caustique de nitrate d'argent au 25 ou 30<sup>e</sup> est la méthode abortive qui donne les meilleurs résultats. Elle est loin cependant de réussir dans tous les cas. Elle échoue même fréquemment. Quand'une première injection ne suffit pas, il est rare qu'il ne soit pas ainsi d'une deuxième et d'une troisième qu'on peut essayer à la rigueur.—Aller au-delà serait inutile et même nuisible.

Tous les moyens qu'on dirige contre la blennorrhagie aiguë pour la couper en plein développement, ne donnent que de fausses guérisons et retardent la guérison définitive: sans compter qu'elles sont susceptibles de provoquer des complications qui, sans elles, ne se seraient pas produites. De ce nombre sont les injections antiseptiques au sublimé, ou avec d'autres substances.—*Scalpel.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

**Exploration du segment inférieur de l'utérus.**—L'exploration du segment inférieur de l'utérus est au moins aussi importante que celle du col ; mais qu'entend-on par segment inférieur de l'utérus ? Pour Hofmeier, ce serait la partie du col qui s'étend du col jusqu'à 4 ou 5 centimètres plus haut, au point où le péritoine adhère intimement à l'utérus ; Hubert préfère dire que c'est la partie comprise entre le col et l'anneau de Bandl, partie qui reste passive pendant le travail de l'accouchement.

Dans les deux premiers mois qui suivent l'imprégnation, l'utérus est abaissé et facilement accessible au toucher ; le col paraît fléchi de tous côtés sur le corps, ceci tient à l'augmentation de volume du corps qui prend la forme de gourde et débordé le col de toutes parts. La consistance est aussi modifiée et le ramollissement va aller en augmentant jusqu'au terme de la gestation. La congestion et l'inflammation métriques donnent aussi cette sensation, mais, dans ce cas, le toucher est douloureux. Vers 5 mois, on sent nettement une tumeur, grosse, souple, dépressible, plus manifestement fluctuante quand on appuie avec l'autre main sur l'abdomen. La fluctuation est plus nette dans l'*hydramnios* ; à cette époque, on sent aussi le ballotement fœtal.

Dans le *placenta prævia*, la fluctuation est moins nette ; dans tout l'espace ou dans une partie seulement suivant que le gâteau placentaire occupe tout ou partie du segment inférieur.

Dans la *môle* on a sous le doigt une masse spongieuse, mais il n'y a plus de fluctuation. La *môle hydatique* permet parfois de sentir les inégalités des grappes kystiques.

Le *myome* est un peu plus dur que la môle, tandis que dans le *fibrome* la consistance est cartilagineuse, on croirait appuyer sur une tête de fœtus, mais la paroi utérine est plus épaisse, moins assouplie, et il n'y a pas de ballotement.

Le Professeur Hubert termine par quelques mots sur l'examen du segment inférieur de la matrice au moment de l'échéance de la grossesse.

À terme, chez la *primipare*, le segment inférieur est profondément engagé, à moins que l'enfant ne soit retenu très haut par une sténose pelvienne, une position vicieuse ou une circonférence funiculaire.

Chez la *pluripare*, le segment inférieur ne plonge pas autant, parce que la tonicité abdominale qui est moindre ne l'y force pas. Cet examen, fait avec soin, nous fournira souvent si non le diagnostic exact de la position et de la présentation, du moins des

renseignements précieux sur certaines particularités, telles que les présentations des membres et du cordon.

Plus le pôle inférieur est souple et aminci, plus la période de préparation de l'accouchement sera facile et rapide. Quand le canal cervical a été englobé par l'utérus, ce n'est plus le segment inférieur que l'on a sous le doigt, mais le col étalé. Alors commence la lutte contre l'orifice externe. Elle peut être très longue, bien que l'amincissement soit complet chez les primipares quand l'orifice externe résiste trop, chez les multipares quand il existe en ce point du tissu cicatriciel; alors souvent le col cède tout à coup avec une légère déchirure au moment d'une forte douleur et, dès lors, l'accouchement longtemps ralenti, marche normalement. Dans ce cas, il faut recourir à une antiseptic plus rigoureuse, car la déchirure a ouvert une porte à l'infection.

Pendant les couches, on pourra ainsi s'assurer que l'utérus revient bien sur lui-même; qu'il n'est pas atteint de parésie, que sa flexion ne favorise pas la rétention lochiale; enfin cette exploration permettra de découvrir les engorgements du tissu cellulaire des culs-de-sac pre-que toujours d'origine septique.—*J. des sciences médicales de Lille.*

**Prophylaxie dans le traitement de l'avortement.**—Le Dr BYERS dans le *Dublin Journal of Medical Sciences* dit: Le traitement de l'avortement n'est nullement terminé quand nous avons, par des moyens naturels ou artificiels, débarrassé l'utérus de son contenu, que notre patiente se lève et se porte bien. Le médecin scientifique et judicieux s'efforcera de découvrir la cause de l'avortement afin d'éviter le même accident à une conception ultérieure. Un examen minutieux sera fait pour découvrir une teinte spécifique chez le père, et un traitement approprié institué. Même, il vaut mieux dans de telles circonstances faire subir un traitement anti-syphilitique aux deux parents.

Tout état pathologique de l'utérus, endométrite, déplacements, exigent remèdes.

Existe-t-il une dégénérescence du chorion ou du placenta? C'est alors que Sir J. Simpson préconise le chlorate de potasse, qui rencontre aussi l'approbation de plusieurs autres praticiens.

Est-ce la mère qui est en faute? Alors protégeons-la soigneusement de toutes causes, telles que chagrin, frayeur, choc nerveux, qui par leur action sur le système nerveux pourraient entraîner l'avortement. Fehling a dernièrement fait remarquer que les maladies rénales chez la mère en étaient une cause puissante. Si la femme avorte fréquemment, au lieu de se contenter de dire, qu'elle en a acquis l'habitude, nous devons plutôt rechercher la cause, qui peut être quelquefois un déplacement postérieure, la syphilis ou un état morbide de la muqueuse utérine.

Dans les cas, où après un avortement, la femme devient

enceinte de nouveau, il faut apporter les plus grandes précautions pendant les quatre premiers mois, et surtout aux époques où les menstrues se montraient d'ordinaire; à ces temps la femme doit rester coucher, et éviter les voyages, les promenades en voiture, et tout purgatif actif. Le Dr. Jenks, un américain, recommande, à ces époques, une demi drachme à une drachme d'extrait fluide de *viburnum prunifolium*, quatre fois par jour.

Le Dr. McClintock recommandait le chlorate de potasse et la teinture de fer dans les cas où la mort du fœtus ne peut être imputable à la syphilis chez les parents; il conseillait d'en commencer l'administration quelques semaines avant le temps où la mort du fœtus est à redouter (tel qu'indiqué par l'histoire des grossesses antérieures) et d'en continuer l'emploi jusqu'au moment du travail.

Dans cet énoncé je ne vous ai signalé que les renseignements que, par expérience personnelle, j'ai trouvés utiles, tant dans le service d'hôpital qu'en pratique privée.—*Quarterly Comp. Medical Sciences.*

**Quelques remarques pratiques sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des tumeurs de la glande mammaire,** par le professeur BILLROTH, in *Cyclopedia of Obstetrics and Gynecology*.—Le diagnostic et le pronostic des tumeurs de la région mammaire sont beaucoup plus simples que ne le portent à croire le grand nombre et la variété des productions morbides que l'on y signale. Ici, comme dans d'autres régions de l'économie, la fréquence avec laquelle telle ou telle tumeur se montre à diverses époques de la vie, l'âge, le volume, la mobilité et la rapidité du développement du produit pathologique, sont autant de points importants qui nous guident. Quand une tumeur de consistance ferme prend naissance dans le sein d'une femme de trente-cinq ans et continue à croître, elle est probablement de nature carcinomateuse. Il n'y a plus de doute lorsqu'elle est immobile dans la glande mammaire, que les ganglions axillaires s'hypertrophient et s'indurent, que la tumeur devient adhérente à la peau et s'ulcère.

Une fois le diagnostic de cancer posé, le pronostic s'en suit assez clairement. Cependant dans sa marche, la maladie est sujette à des variantes. Une croissance lente dès le début se maintient la plupart du temps, mais quelquefois après une longue marche insidieuse, il se fait une poussée active. Dans le cas où la croissance a lieu comparativement vite, elle continue de même habituellement. Lorsqu'une tumeur cancéreuse se ramollit considérablement, qu'elle devient fluctuante et se rompt, la marche en est pre-que toujours activée. Si la majeure partie ou la totalité de la glande s'infiltré, le pronostic, en ce qui regarde l'infection générale, est plus mauvais; il en est de même lorsque les

ganglions sus-claviculaires sont envahis rapidement, lorsque la peau est atteinte de bonne heure et qu'elle est parsemée de nombreuses nodules cancéreuses, ou que les deux seins se prennent rapidement ensemble ou successivement.

Dans tout carcinome avancé du sein, on doit examiner attentivement le foie. Les cas les plus favorables sont toujours ceux de squirrhe se développant dans la vieillesse ; la marche en est très lente et l'infection générale n'a lieu que rarement ou même jamais.

Quelques mots sur les symptômes accessoires du carcinome. La rétraction du mamelon a lieu lorsque le cancer origine dans le voisinage immédiat de celui-ci et que cette région se déprime par suite de cicatrisation interstitielle ; ou encore, lorsque la peau qui entoure le mamelon immédiatement se projette en avant et le recouvre en tout ou en partie. Les douleurs doivent être considérées comme un symptôme supplémentaire pouvant faire défaut. Elles sont présentes assez souvent au début de la maladie, puis à la période de ramollissement et d'ulcération ; beaucoup de cancers sont accompagnés de fortes douleurs ; d'autres sont complètement indolores. La dilatation visible des veines sous-cutanées a très peu de valeur, car elle se voit dans toute tumeur du sein qui comprime les veines profondes. De plus, je ne puis admettre que la sérosité rouge brunâtre qui s'échappe du mamelon, soit caractéristique du carcinome quoiqu'on la retrouve assez souvent dans cette maladie : on la rencontre dans d'autres tumeurs du sein et même sans qu'il existe de tumeur. Le faciès ou l'aspect général de la malade signifie peu ; au début de la maladie les patientes ont généralement en apparence, une bonne santé et ne manifestent aucun des troubles fonctionnels caractéristiques du cancer ; ce n'est que lorsque l'affection est déjà bien avancée que l'ensemble cachectique fait son apparition et reconnaît pour cause alors un cancer du foie, des poumons ou de la plèvre avec épanchement, des hémorrhagies, la sécrétion ichoreuse ou la fièvre hectique.

Une erreur de diagnostic ne peut se faire que dans les cas où l'on prendrait un kyste profondément situé, ou des foyers de mastite chronique, (accompagnée de douleurs marquées), pour un carcinome. Dans ces cas douteux, il vaut mieux opérer que de laisser croître une tumeur qui peut être de nature cancéreuse.

En dépit d'une grande expérience, il est très difficile souvent de formuler un pronostic certain. La résistance à la cachexie est souvent désagréablement tenace, surtout chez les sujets dont les voies digestives, le foie et les organes respiratoires restent indemnes ; mais encore dans ces cas, des exudations pleurales rapides, ou des hémorrhagies répétées, terminent elles quelquefois la scène avec une rapidité bien inattendue.

**Les indurations et les tuméfactions qui se produisent dans les**

seins avant la puberté sont presque toujours de nature inflammatoire. Il n'y a que le cancer médullaire (sarcome médullaire) que l'on y ait remarqué avec certitude à cet âge et encore ces cas sont-ils si rares que ce sont des curiosités de diagnostic.

De la puberté à 30 ou 35 ans et plus tard, les tumeurs qui se développent dans la glande mammaire sont ordinairement sphériques, lobulées mobiles et indolores. Ce sont la plupart du temps des foyers d'inflammation chronique, surtout s'il y a eu un traumatisme antérieur ou si ces nodules ont persisté après l'accouchement et la lactation. D'ailleurs, la marche en décide bientôt, car les produits d'une inflammation chronique, se dissipent graduellement ou bien ils se ramollissent et suppurent, mais ne suivent jamais une croissance continuelle.

Si ces nodules restent dures et stationnaires pendant des mois ou des années, si elles sont lobulées et si elles deviennent tumescences et douloureuses aux époques menstruelles, ce sont des fibromes bénins qui le plus souvent n'augmentent pas.

Si elles croissent lentement, mais continuellement, ce sont des adénomes, des adéno-sarcomes ou des cysto-sarcomes. Pour le pronostic, le diagnostic différentiel a peu de conséquence. C'est entre 25 et 35 ans que l'on retrouve le plus fréquemment le véritable cysto-sarcome, qui peut devenir assez volumineux, s'ulcérer et s'accompagner d'engorgement ganglionnaire. Quoique la chose n'arrive pas très souvent, on doit s'attendre quelquefois à voir récidiver un adéno-sarcome ou un cysto-sarcome. Ils doivent toujours être enlevés de bonne heure.

Une tumeur molle à croissance rapide (à confondre au début avec un abcès) survenant chez les jeunes filles et les jeunes femmes, est le plus souvent un sarcome médullaire et comporte un mauvais pronostic; la mort peut arriver dans l'espace de 6 ou 8 mois par métastase aux organes internes.

Lorsque les kystes sont superficiels et assez gros, le diagnostic en est facile, sont-ils profondément situés, on les reconnaît avec difficulté parfois. Ils sont ordinairement d'un pronostic bénin.

L'hypertrophie bilatérale diffuse arrive uniquement chez les jeunes filles à la puberté.

On cite des carcinomes épithéliaux s'irradiant du mamelon; sans l'expérience de ces cas, je les crois néanmoins possibles.—  
(A suivre.)

### Pilules hémostatiques.—Huchard.

P.—Extrait aqueux d'ergot..... 1 drachme  
Sulfate de quinine..... 1 “

M.—Faites 40 pilules.—Dose : 6 à 10 pilules par jour, contre les hémoptisies, les métrorrhagies, etc.—*Revue internationale des sciences médicales.*

## PÆDIATRIE.

**Cirrhose infantile.**—La cirrhose est généralement considérée par les auteurs comme absolument exceptionnelle dans l'enfance, et cependant MM. LAURE, médecin des hôpitaux de Lyon, et HONORAT viennent de montrer, dans un travail publié par la *Revue des maladies de l'enfance*, que cette rareté était plus apparente que réelle. Ces auteurs ont pu recueillir ainsi assez facilement 51 observations de cirrhose infantile, dont cinq personnelles, réunies en un temps relativement court.

De ces faits il se dégage une notion étiologique importante, c'est qu'il existe des cirrhoses absolument étrangères à l'influence de la syphilis et de l'alcool. Parmi ces causes, les fièvres infectieuses (fièvres éruptives, scarlatine, variole, diphtérie) paraissent jouer un rôle important. M. Laure a surtout étudié à ce point de vue la rougeole, dans laquelle il a fréquemment trouvé des altérations hépatiques. La tuberculose est une cause de cirrhose bien établie aussi; enfin l'alcool est la cause la moins discutée: quant à la syphilis, son action paraît avoir été exagérée. On peut encore signaler parmi les causes les plus rares, l'inflammation du duodénum, les brûlures de l'abdomen et enfin l'influence du froid et du traumatisme.

La symptomatologie de la cirrhose infantile diffère peu de celle de l'adulte; les symptômes du début se confondent avec ceux de la congestion hépatique: troubles digestifs variés, alternatives de diarrhée et de constipation, douleurs abdominales vagues, augmentées par la pression, accroissement de volume du foie, avec ascite légère, dilatation de veines sous-cutanées, teinte ictérique ou subictérique du visage, tels sont les phénomènes initiaux qui attirent d'abord l'attention. Ce qu'il y a de spécial dans cette symptomatologie est surtout l'ictère du début, qui est ordinairement passager, puis l'accroissement de volume du foie, bientôt suivi de sa diminution. A une période plus avancée apparaissent l'œdème généralisé, la dyspnée, la diarrhée, en un mot les signes de la cachexie confirmée, à laquelle succombe le malade s'il n'est pas enlevé par une maladie intercurrente.

Au point de vue diagnostic, la péritonite tuberculeuse est, on le sait, la maladie qu'il est le plus facile de confondre avec la cirrhose infantile; à côté de tous les signes différentiels classiques, M. Laure attache surtout de l'importance à l'ictère du début; il insiste aussi sur l'apparence de santé relative, la bonne mine que conservent les enfants jusqu'à une période relativement avancée de leur affection.

Au point de vue anatomique, la lésion histologique observée le plus communément est le type cirrrose hypertrophique graisseuse de Sabourin, avec cette seule différence que macroscopiquement le volume du foie est diminué.

Comme dans la cirrrose en général, le traitement n'a qu'une médiocre influence sur la marche de la maladie, mais c'est surtout à la prophylaxie qu'il faut s'adresser, éviter chez les enfants l'usage trop prolongé des boissons spiritueuses dans un but thérapeutique, et dans le cours des maladies infectieuses ou à leur déclin; étudier avec un soin minutieux et combattre en temps opportun tous les symptômes anormaux dont le foie peut être le point du départ.—*Abeille médicale.*

**Médication téniaïge chez les enfants.**—M. WHITEFORD donnant des soins à un enfant de dix-huit mois, qui était pâle, anémique, en proie à l'insomnie et à une faim insatiable. Il diagnostiqua la présence d'un ténia dans l'intestin du petit malade, et pour vérifier le diagnostic, il prescrivit la médication suivante :

Calomel .....	3 grains
Santonine.....	1 “
Sucre blanc.....	1 drachme.

À diviser en trois paquets. Faire prendre toutes les trois heures un de ces paquets.

Le lendemain, l'enfant expulsait un fragment de ténia. Là-dessus, Whiteford institua le traitement suivant :

Soumettre le petit malade à un jeûne de dix-huit heures, et lui faire prendre ensuite, une première fois à six heures et une seconde fois à dix heures du matin, dans une cuillerée à bouche d'huile de ricin, 25 gouttes de la mixture suivante :

Extrait fougère mâle.....	} àâ 15 grains.
Extrait de racine de grenadier.....	
Essence de térébenthine.....	10 minimes
Mucilage de gomme arabique.....	1 once.

M.

Le soir, à quatre heures et demie, l'enfant rendit un ténia de dix pieds de long; le ver fut expulsé avec la tête. Au point de vue de l'étiologie, il y a lieu de faire savoir que la mère de cet enfant avait l'habitude de lui fourrer un morceau de viande crue dans la bouche, lorsqu'il se mettait à crier trop fort.

—Pour débarrasser un enfant de trois ans d'un ténia, BOETZ a eu recours au traitement suivant : Il fit prendre à l'enfant, le matin, après le premier repas, d'heure en heure, une cuillerée à café d'une mixture composée de :

Huile de ricin.....	3 drachmes.
Extrait éthéré de fougère mâle.....	15 grains.
Chloroforme .....	2 minimes.
M.	

Immédiatement avant et après la prise, ou faisait avaler à l'enfant un peu de café noir.

A onze heures du matin, la totalité de la mixture était absorbée et l'enfant n'avait pas encore eu de selle. La prescription fut renouvelée, cette fois, l'enfant eut plusieurs selles et rendit un tænia qui mesurait 12 pieds de longueur. Il fut impossible de trouver la tête du tænia

Comme preuve de la facilité avec laquelle le traitement a été supporté, Boetz mentionne que l'enfant jouait et courait dans l'appartement dans l'intervalle des prises.—*Abeille médicale.*

**Pronostic des brûlures chez les enfants.**—M. JOULIARD montre, dans un article publié par la *Revue des maladies de l'enfance*, les difficultés que peut présenter le pronostic des brûlures chez les enfants et indique, d'après la pratique de M. de Saint-Germain, quels sont les éléments sur lesquels on peut se baser pour le pronostic. Parmi les faits cités par l'auteur, l'un est relatif à un enfant de cinq ans, présentant sur le ventre une vaste brûlure au quatrième degré atteignant également les organes génitaux et les cuisses où elle n'était qu'au deuxième degré. Pendant les quatre premiers jours, il n'y eut pas de réaction générale, l'enfant avait bon appétit, dormait bien, s'amusaît avec ses jouets, mais, à partir du cinquième jour, il tomba dans une prostration et une adynamie croissante qui prirent bientôt le caractère typhoïde et entraînèrent la mort, le vingtième jour de la brûlure.

Ce sont ces phénomènes de prostration survenant tout à coup dans l'évolution de brûlures légères, mais étendues, qui ont frappé depuis longtemps M. de Saint-Germain et qui lui ont fait souvent porter dès les premiers jours un pronostic funeste, alors que l'état général satisfaisant semblait annoncer une issue favorable. Une particularité non moins frappante qui existait nettement chez ce malade, c'est le peu de réaction générale que déterminent chez certains enfants des brûlures quelquefois très profondes, mais toujours assez étendues. On voit les petits malades conserver un enjouement relatif et l'intégrité de leurs fonctions pendant un temps quelquefois assez long pour changer en espoir les appréhensions du début. Mais en quelques jours, quelquefois même dès le lendemain, changement complet du tableau; l'enfant affaibli, indifférent, tourmenté d'une soif vive, ne ressemble en rien à celui qu'on avait quitté la veille; l'adynamie fait des progrès rapides et emporte le malade en quelques jours, sans que l'autopsie révèle une complication pulmonaire, cérébrale ou intestinale, capable

d'expliquer la mort. On peut donc rencontrer dans les brûlures des enfants deux ordres de phénomènes : bénignité apparente des symptômes généraux au début de certaines brûlures profondes et plus ou moins étendues, gravité excessive et subite de l'état général dans l'évolution de brûlures légères.—*Revue de thérapeutique.*

**Guérison instantanée de la coqueluche.**—Le traitement que vient de publier un de nos confrères norvégiens est intéressant à connaître en ce qu'il a été d'une efficacité extraordinaire entre ses mains, et qu'il semblerait démontrer l'origine parasitaire de ce groupe de symptômes auquel on a donné le nom de coqueluche.

Il y a six ans environ, dit le Dr. Mohn, j'avais mon fils aîné, alors âgé de trois ans, atteint de scarlatine et de coqueluche. Les quintes avaient commencé 8 jours après l'éruption scarlatineuse, qui avait été légère; l'enfant n'avait gardé le lit que deux ou trois jours: la coqueluche non plus ne présentait pas de gravité. Au bout de six semaines, c'est-à-dire cinq semaines après le début des quintes, on désinfecta les pièces et les effets au moyen de fumigations sulfureuses. Quelques heures avant la désinfection, il y avait eu encore une quinte fort violente; aussi M. Mohn avait-il hésité à se servir de soufre. Il se décida quand même pour les vapeurs d'acide sulfureux, et il en résulta que l'enfant atteint de coqueluche fut *guéri instantanément* et que sa sœur un peu plus âgée, qui avait quelques accès de toux consécutifs à une coqueluche, fut aussi de même *immédiatement débarrassée de sa toux.*

Quatre ans plus tard, M. Mohn avait une de ses filles, âgée de trois ans, atteinte de coqueluche grave. Trois frères et sœurs avaient été atteints en même temps, mais ne présentaient point de symptômes aussi sérieux; cette petite fille avait aussi une bronchite, et les épistaxis l'avaient considérablement affaiblie: M. Mohn redoutait une issue funeste.

Toutes les médications internes avaient été essayées; les inhalations de chloroforme et l'acide phénique aussi, mais sans aucun résultat.

Notre confrère se souvint alors de la façon dont les fumigations sulfureuses avaient fait disparaître la coqueluche chez son fils aîné; il brûla du soufre, et la nuit suivante il n'y eut plus que deux légères quintes de toux; le lendemain tout avait disparu. Les autres enfants furent guéris de suite après cette fumigation.

M. Mohn cite d'autres cas:

Une petite fille de cinq mois, atteinte de coqueluche depuis cinq semaines, et un garçon de quatre ans, toussant depuis quinze jours, sont guéris comme par enchantement, de suite, après une fumigation sulfureuse.

Un enfant de trois ans, coquelucheux depuis cinq semaines, et trois frères et sœurs, toussant à la suite d'une coqueluche, sont tous guéris instantanément après une fumigation d'acide sulfureux.

Un enfant d'un an, atteint de toux convulsive depuis un mois, est de même guéri de suite après la désinfection à l'acide sulfureux

Voici la façon d'opérer :

*Les enfants sont le matin vêtus de linge propre et transportés ailleurs. Dans la chambre à coucher et dans la pièce où séjournent habituellement les malades, on suspend la literie, les habits, les jouets, tout ce qui ne peut être lavé. On brûle 25 grammes de soufre par mètre cube dans les pièces à désinfecter, et on laisse le gaz sulfureux faire son effet pendant cinq heures. On expose ensuite à l'air les effets, la literie, etc.; on aère les chambres largement, et le soir l'enfant couche dans une chambre et dans un lit complètement désinfectés... Et l'enfant est guéri de la coqueluche.*

Ce mode de traitement est certainement bien simple et facile à employer, et il est appelé à rendre des services là où des coqueluches rebelles ont résisté à tous les moyens à la mode.

A la Société de médecine de Christiania, où M. le Dr. Mohn communiqua les faits ci-dessus, le Dr. Schœnberg partagea l'opinion de son confrère, qui pense que l'acide sulfureux agit en déjarrassant l'air, la literie, les vêtements, etc., des spores pathogènes beaucoup mieux que ne le feraient le changement d'air, l'aération des pièces et des effets, ce vieux moyen qui a bien des succès à son actif.—*Nice médical.*

## SYPHILIOGRAPHIE.

### De l'évolution de la syphilis chez les albuminuriques.—

Quelques cas de syphilis chez des albuminuriques ayant paru plus graves que de coutume et d'une marche un peu différente, on en a conclu que la dyscrasie albuminurique aggravait des manifestations syphilitiques. C'est vrai quelquefois, mais ce n'est pas vrai toujours. Néanmoins, il faut tenir compte des faits positifs, en attendant que la lumière se fasse plus complètement sur ce sujet encore peu connu. Le Dr Raval dans un intéressant travail sur cette question, publie quelques observations de MM. Raymond, Barthélemy, Remy, Cohadon, Wagner, et deux sont toutes nouvelles. Je vais en reproduire une, qui appartient à M. Raymond.

Observation recueillie dans le service de M. le Dr Raymond et communiquée par l'interne de service, M. Florand.

*Albuminurie.—Syphilis avec accidents secondaires graves.—G...* Jean, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Raymond, salle Magendie, lit n° 4, le 12 avril 1886. Il est difficile, dès le jour de son entrée, d'obtenir par lui des renseignements précis sur son état antérieur ou ses antécédents. Il est dans un état de somnolence presque continue.

Si on l'examine avec soin, on remarque qu'il a la figure bouffie, un peu d'œdème au niveau des malléoles, une grande pâleur des téguments. Il accuse de violents maux de tête et appelle l'attention sur une grande gêne de la déglutition. Sa voix est très nasonnée, il ouvre assez difficilement la bouche. On peut cependant voir que sa gorge est rouge, que ses amygdales sont tuméfiées et recouvertes de plaques gris noirâtres, qui cachent des ulcérations peu profondes. L'haleine est fétide. Les ganglions sous-maxillaires sont très tuméfiés. Ils forment à droite une masse volumineuse, dure et très douloureuse.

Sur la face dorsale des mains et surtout de la main droite, il existe une large croûte noirâtre irrégulièrement circulaire, entourée d'une aréole rouge foncé et d'un peu d'œdème, et recouvrant une ulcération profonde, à bords assez réguliers.

Pléiade ganglionnaire dans l'aîne du côté gauche. Cicatrice très nette de chancre induré sur le gland.

Les urines sont rares, foncées, très chargées en albumine.

Rien, du côté du cœur et des poumons. Aucun phénomène du côté de la sensibilité ou de la motilité.

Le malade fait aux questions qui lui sont posées des réponses assez incohérentes. Il paraît cependant résulter des renseignements obtenus, soit par des gens qui l'ont amené, soit par ce qu'il nous a dit dans la suite, que le début de sa syphilis remonte à cinq mois environ.

Il était, à cette époque, malade et fatigué depuis plusieurs mois. Il avait été abandonné par sa femme il y a un an. Depuis lors il s'était adonné à la boisson d'une façon exagérée et s'était mis à courir. Il avait remarqué que ses urines étaient plus foncées et moins abondantes. Dès cette époque, il ressentait déjà d'assez vives douleurs dans les reins et de violents maux de tête. Mais la céphalalgie s'est accentuée surtout quelques jours avant son entrée à l'hôpital.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Parents morts à un âge très avancé, de maladies aiguës. Trois frères morts; l'un, à 2 ans; l'autre, à 3 ans; le troisième, à 21 ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Il dit avoir fait 7 ans de service militaire et la campagne de 1870, qui l'a beaucoup fatigué. Pendant son service militaire il ne contracte ni blennorrhagie, ni chancre. Marié à 31 ans, il a eu une fille actuellement bien portante.

Quelques semaines après son chancre induré, il aurait eu des rougeurs nombreuses sur la peau.

A son entrée à l'hôpital, sa température est de 40° le soir de 39°5 le matin.

*Traitement.*—Régime lacté absolu, frictions mercurielles, iodure de potassium à doses progressives, gargarismes, attouchements à l'iodoforme, emplâtre Vigo sur ecthyma.

Le 15 avril, les urines sont un peu moins foncées. Quantité,

1 litre environ, contenant 7 grammes d'albumine. Somnolence et maux de tête moins violents.

Le 20, la gorge est beaucoup moins tuméfiée, recouverte de larges ulcérations superficielles, grisâtres, les croûtes de l'ecthyma sont tombées et laissent à leur place des ulcérations. Celle de la main droite est profonde, très étendue, à bords assez nets, entourés d'une aréole rouge sombre, à fond un peu grisâtre.

L'œdème a disparu. La peau du malade est flasque, ridée, sèche. Il prétend avoir beaucoup maigri. Il se tient avec assez de difficulté sur ses jambes. Il dit avoir beaucoup changé et vieilli depuis quelques mois.

1<sup>er</sup> mai. Sous l'influence du régime et du traitement le malade reprend des forces. Les amygdales sont revenues à leur volume normal et ne présentent plus d'ulcérations. Les ulcérations sont cicatrisées.

Le 15, nouvelle poussée de plaques muqueuses dans la gorge, à forme ulcéreuse. Elles s'annoncent par des douleurs à la déglutition, moins vives qu'à son entrée. Il n'y a pas de mouvement fébrile marqué. A l'examen de la bouche et de la gorge, on constate des plaques ulcéreuses des lèvres, des joues et des amygdales. Les plaques des amygdales acquièrent rapidement une étendue considérable. Elles recouvrent de chaque côté les piliers antérieurs, les amygdales et, à gauche, empiètent sur la base de la luette. Elles sont irrégulièrement circulaires, taillées à pic. Le fond est recouvert d'enduit grisâtre. Les piliers antérieurs, le gauche surtout, sont profondément détruits.

Urines contiennent peu d'albumine.

*Traitement.*—Deux et bientôt trois pilules de protoiodure. Des attouchements à l'iodoforme sont régulièrement faits. Gargarismes astringents. Soins de propreté.

Elles se modifient lentement. Le 1<sup>er</sup> juin, les plaques des lèvres et des joues rétroèdent et se cicatrisent vers le 4 et le 5 juin.

A cette date, les plaques muqueuses des amygdales sont encore étendues, recouvertes d'un enduit grisâtre. À gauche, le pilier antérieur a beaucoup souffert. Il est ulcéré profondément.

Le malade va bien par ailleurs. Il supporte bien son lait. Les forces reviennent. Il n'y a plus de bouffissure du visage, ni trace d'œdème. Les urines restent foncées : elles contiennent peu d'albumine. Quantité : 1200 à 1500 grammes.

Régime lacté, 3 pilules de protoiodure, attouchements à l'iodoforme.

Le 10 juin, chute de l'enduit grisâtre, qui recouvre l'amygdale droite ; la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

Le 12, l'amygdale gauche se déterge. Ulcération irrégulièrement circulaire, nettement taillée à pic ; surface rougeâtre, granuleuse ; profondeur difficile à apprécier. Diamètre : 2 centimètres

environ. Les jours suivants, retrait de l'ulcération et cicatrisation complète.

Le 20, six ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Le 24, le malade se sent bien; les forces lui reviennent; léger nuage d'albumine. M. le Dr. Raymond permet de joindre quelques aliments au lait; 3 pilules de protoiodure.

Le 30, à peine quelques traces d'albumine dans les urines. Le malade a l'aspect bon. Nous ne trouvons rien à signaler du côté du cœur, ni des poumons.

*Traitement.*—Trois pilules de protoiodure.

Cette observation est remarquable par les caractères gangréneux et ulcéreux qu'ont présenté les plaques muqueuses de la gorge.

La première poussée prend des allures graves, son début est bruyant, au point de simuler une angine phlegmoneuse. Elle se modifie assez rapidement sous l'influence du traitement.

La seconde poussée est moins grave, mais rebelle au traitement.

Nous devons aussi signaler l'apparition précoce de l'ecthyma, l'aspect particulière-ment grave qu'il revêt, l'intensité de la roséole et les doses élevées de mercure prises par le malade, sans qu'il y ait eu le moindre accident ou une aggravation de l'albuminurie, qui, au contraire, s'est modifiée rapidement sous l'influence des ventouses scarifiées et du régime lacté absolu.

Les autres observations ressemblent à peu près à celle-là, d'où l'on peut conclure avec le Dr. Raval que la syphilis chez les malades albuminuriques se montre plus grave qu'elle ne l'est dans les syphilis que l'on observe le plus ordinairement, c'est-à-dire dans les syphilis légères et de moyenne intensité.

Ses caractères de gravité sont: l'intensité, la multiplicité et la modification de l'objectivité des éruptions; l'apparition, à une époque jeune de la diathèse, de syphilides cutanées et muqueuses, qui constituent des types habituellement assez tardifs de la période secondaire; l'apparition précoce d'accidents cérébraux graves, au huitième mois dans un cas, au onzième dans un autre.

Cette gravité de la syphilis chez les albuminuriques doit être attribuée à la débilitation progressive de l'organisme, produite par les pertes incessantes de substances albuminoïdes.

Le pronostic de la syphilis accompagnée d'albuminurie est en général grave.

Pour ce qui concerne le traitement spécifique, il doit être institué dès le début des accidents, concurremment avec le traitement de l'albuminurie qui est surtout le régime lacté. On doit donner le protoiodure hydrargyrique, la liqueur de Van Swieten, ou bien prescrire les frictions mercurielles.

Il est nécessaire de surveiller attentivement l'élimination du mercure pour ne pas s'exposer à des accidents d'intoxication. La préparation mercurielle est indifférente pourvu qu'elle soit supportée. Si le mercure offre des inconvénients, il faut donner l'iodure de potassium à 2 et 3 grammes par jour.—*Paris médical.*

## FORMULAIRE.

**Asthme.**—*Sawyer.*

P.—Nitrate de potasse.....	
Poudre d'anis ....	ââ 2 parties
“ de feuilles de stramoine.....	4 “

M.—En fumigations. Faire des petits cônes que l'on fait brûler.  
—*Medical Age.*

**Céphalalgie nerveuse ou bilieuse.**—*Dr. P. W. Latham.*

P.—Citrate de fer ammoniacal.....	5 grains
Iodure de potassium.....	2 “
Teinture de jusquiame.....	15 minimes
Eau .....	1 once

M.—*Dose* : A prendre 3 fois par jour.—*Leonard's Med. Journal.*

**Diathèse phosphatique.**—*Neligan.*

P.—Acide phosphorique dilué .....	$\frac{1}{7}$ once
Infusion de colombo.....	$\frac{1}{4}$ “
Teinture de cardamome composée.....	$\frac{1}{2}$ “

M.—*Dose* : Un once trois fois par jour.—*Leonard's Med. Journal.*

**Urémie.**—*Dr. Johnson.*

P.—Extrait de coloquinte composé.....	14 grains
Calomel .....	6 “

M.—Faire deux pilules. A prendre en une fois et suivre dans 4 heures d'un once de la mixture de séné composée.

**Impuissance.**—*Bartholow.*

P.—Extrait de chanvre indien.....	10 grains
Ergotine (Extr. aq.).....	2 scrupules
Extrait de noix vomique.....	10 grains

M.—Faire 20 pilules. *Dose* : Une pilule matin et soir.

**Brûlures du globe de l'œil.**

P.—Atropine .....	0.10 partie
Cocaine.....	0.05 “
Acide oléique.....	1.00 “
Huile d'olive.....	9.05 “

Dissoudre les alcaloïdes, au bain-marie, dans l'acide oléique et ajouter leur solution à l'huile d'olive chaude.—*Medical Age.*

**Constipation chez les enfants.**—*Bouchut.*

P.—Podophylline.....	1 grain
Alcool.....	1½ drachmes
Sirup de guimauve pour.....	¼ onces

M.—*Dose* : Une demi cuillerée à thé par jour. — *Revue internationale des sciences médicales.*

**Fissures du mamelon.**—*Dr. J. H. Scarff.*

P.—Baume du Pérou.....	½ drachme
Teinture d'arnica... ..	½ “
Huile d'amandes douces.....	½ once
Eau de chaux.....	½ “

M.—Usage local. — *Maryland Medical Journal.*

**Condylomes.**—*Gregory.*

P.—Calomel.....	30 parties
Acide borique.....	15 “
Acide salicylique.....	5 “

M.—Usage local. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Diphthérie.**—*Simon.*

P.—Acide salicylique.....	8 grains
Huile d'eucalyptus.....	2 drachmes
Glycérine.....	7½ “
Alcool.....	3 “

M.—Usage local. Toutes les heures. — *Revue de clinique et de thérapeutique.*

**Purgatif léger des dyspeptiques.**—*G. Sée.*

P.—Soufre sublimé.....	} aa 10 parties
Crème de tartre.....	
Magnésie calcinée.....	

M.—*Dose* : Une cuillerée à café une ou deux fois par jour. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Gerçures du sein.**—*Pinard.*

P.—Acide borique.....	6 parties
Eau distillée.....	200 “

M.—Une compresse, pliée en quatre, est imbibée de cette solution et appliquée sur le mamelon. Par-dessus la compresse, on étale un morceau de taffetas gommé et une couche de ouate, et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage de corps.

**Lithiurie.**—*Dr. J. B. Johnston.*

P.—Citrate d'ammoniaque liq.....	1½ once
Phosphate de soude.....	1½ "
Acide salicylique.....	1½ drachme
Pyrophosphate de fer.....	2 scrupules
Glycérine.....	2 onces
Sirup d'orange.....	6 drachmes
Eau.....	q. s. pour faire 8 onces

M.—Une cuillerée à soupe toutes les trois ou quatre heures.—  
*(Canadian Practitioner.)*

**Lavement nutritif et sédatif.** -

P.—Bouillon de bœuf.....	3 onces
Œuf.....	No. 1
Vin de Bordeaux.....	6 drachmes
Bicarbonat de soude.....	8 grains
Teinture d'opium.....	4 gouttes
Chlorure de sodium.....	3 grains
Peptone.....	4 drachmes

M.—

**TABLEAU MÉTRIQUE.**

Le système métrique étant assez souvent mis en usage dans les colonnes de ce journal, le tableau suivant pourra être de quelque utilité à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas encore tout-à-fait au courant des détails de ce système.

**MESURES DE LONGUEUR.**

1 Millimètre	0.001	.039	pouces
1 Centimètre	0.01	.393	"
1 Décimètre	0.1	3.937	"
1 Mètre	1.	39.370	"
1 Kilomètre	1000.	.62	milles

**POIDS.**

1 Milligramme	0.001	= 1/1000 grain
1 Centigramme	0.01	= 1/100 "
1 Décigramme	0.1	= 1/10 "
1 Gramme	1.	= 15.432 grains
1 Kilogr.	1000.	= 2.7 livres

**TEMPÉRATURE.****EQUIVALENTS APPROXIMATIFS.**

1 m ou 1 grain	.06	gram
1 fl drach. ou 1 drach.	4.	"
1 fl oz.	30.	"
1 oz.	31.	"
1 fl oz. glycérine.	37.	"
1 fl oz. sirup	40.	"

37° Centigr.	. . . . .	98°.6 Fahr.
38° "	. . . . .	100°.4 "
39° "	. . . . .	102°.2 "
40° "	. . . . .	104°. "
41° "	. . . . .	105°.8 "

1° Cent. = 1° S Fahr. — Pour convertir les Cent. en Fahr., multipliez par 1.8 et ajoutez 32. Exemple : 40° Centigr. (40 x 1.8. plus 32) = 104° Fahr.

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

*Rédacteur-en-chef* : Dr. H. E. DESROSIERS.

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

MONTREAL, JANVIER 1888.

---

---

## Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui renvoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

1887-1888.

---

A l'occasion de la nouvelle année, l'UNION MÉDICALE présente à tous ses abonnés et à tous ses lecteurs les souhaits et les vœux qu'elle forme pour eux et pour ceux qui leur sont chers. Elle les remercie pour l'encouragement qu'ils lui ont donné, et exprime la confiance que leur sympathique patronage lui sera continué à l'avenir.

En retour, l'UNION fera tout en son pouvoir pour continuer à servir de son mieux ses abonnés fidèles dont un grand nombre encore ont été les abonnés et les amis de la première heure. C'est dans ce but que, désirant assurer au journal une collaboration plus suivie et un concours plus actif, la rédaction s'est adjoint depuis quelque temps, comme secrétaire, le jeune et actif médecin interne

de l'hôpital Notre-Dame. Ce choix, nous en avons l'intime conviction, sera amplement justifié par les résultats que nous en attendons.

\* \* \*

Si le succès ne nous a pas manqué depuis seize années, si nous avons lieu de nous attendre à le voir se continuer dans l'avenir, ce n'a été et ce ne sera toujours qu'à deux conditions: d'abord, que l'abonné réponde fidèlement aux appels de M. l'Administrateur du journal et paie avec exactitude son abonnement. En second lieu, que tous les lecteurs qui le peuvent—et il en est bien peu qui ne le peuvent pas—se fassent un devoir de collaborer. Nos colonnes sont ouvertes à tous, et que tous ceux qui sont en état de tenir une plume se lo tiennent pour dit. Que de matériaux précieux se perdent chaque jour; que de cas intéressants pourraient être relatés et que l'on laisse trop volontiers tomber dans l'oubli, faute de songer à en faire part au journal, et par là même à tous les confrères. Puisse ce double appel être entendu de tous, et puisse la rédaction compter, en 1888, autant de collaborateurs actifs que l'administration enregistrera d'abonnements acquittés.

---

### Les médecins canadiens-français aux États-Unis.

---

Les circonstances ne nous ont pas permis de porter plus tôt à la connaissance de nos lecteurs un événement de la plus haute importance pour une grande partie de nos confrères établis aux États-Unis, et qui devra avoir pour eux les résultats les plus heureux. Nous voulons parler de la fondation de la *Société médico-chirurgicale canadienne-française de la Nouvelle-Angleterre*.

Cette société ne s'est pas formée de toutes pièces, du jour au lendemain. Le mouvement qui lui a donné naissance a originé au mois d'octobre 1885, grâce à l'initiative de MM. les docteurs E. SIROIS, de Threc-Rivers, Mass., V. ST. GERMAIN, de West-Warren, Mass., J. E. GAGNON, de Woonsocket, R. I., et autres. Le 15 mai 1887, le comité provisoirement nommé se réunissait à Worcester, Mass., et, vers la fin d'août, une proclamation convoquait tous les membres canadiens-français de la profession médicale des États de la Nouvelle-Angleterre à se réunir en convention à Worcester, le 15 septembre suivant, ce qui fut fait.

Trente-six médecins, la plupart gradués des universités canadiennes, ont pris part aux délibérations de la convention présidée par M. le docteur F. D. FONTAINE, de Worcester. Il n'y eut qu'une voix pour déclarer opportune et expédiente la formation d'une association médicale canadienne pour la Nouvelle-Angle-

terre, et, après l'adoption du rapport du comité nommé pour élaborer le programme de la Convention, on procéda à l'élection des officiers de la nouvelle Société. Le scrutin donna le résultat suivant :

Dr V. MIGNAULT, de Lawrence, Mass., *président* ; Dr F. D. FONTAINE, de Worcester, Mass., *1er vice-prés.* ; Dr V. ST. GERMAIN, de West Warren, Mass., *2e vice-prés.* ; Dr E. SIROIS, de Three Rivers, Mass., *sec.-arch.* ; Dr J. H. PALARDY, de West Gardner, Mass., *sec.-corr.* ; Dr B. FAGNANT, de Springfield, Mass., *trés.* ; Dr F. R. PATOEL, de Holyoke, Mass., *bibliothécaire* ; Dr N. MALO, de Danielsonville, Conn., *ass sec.-corr.*

Les Drs GAGNON, BAROLET, BRIEN, GENDRON, TRUDEAU et LEGRIS furent élus *conseillers*.

Ce n'est ici ni le lieu ni le temps d'énumérer les raisons qui militaient en faveur de la création de la nouvelle Société. Le comité d'organisation les avait, au reste, fait valoir dans sa proclamation qui constituait pour ainsi dire le programme de l'association. " Dans un temps, disait il, où nos droits sont méconnus par les législatures, où les puissances subversives du charlatanisme attaquent sur tous les points notre noble profession et lui font une guerre à mort ; pendant que les charlatans s'insinuent dans nos rangs, se riant de la science, de l'honneur et de la santé publique, n'est-il pas opportun de protester contre ces abus comme corps, et d'étudier ensemble les moyens à prendre pour arrêter autant que possible les ravages du mal ? N'est-il pas temps de se connaître, de s'entre-aider, d'affirmer notre existence et de promouvoir nos intérêts généraux en s'instruisant mutuellement, en établissant des règles d'étiquette pour notre gouvernement et en se prémunissant contre l'ingratitude et la mauvaise foi de cette classe flottante de nos compatriotes qui doit tant à chacun de nous ? Nous avons pensé qu'il était temps d'agir et que toutes ces raisons et que beaucoup d'autres étaient sérieuses et assez fortes pour déterminer l'opportunité d'une convention médicale."

Nous souhaitons le meilleur succès possible à nos confrères de la Nouvelle-Angleterre dans leurs louables efforts pour assurer les intérêts généraux de la profession, combattre le charlatanisme sous toutes ses formes, et resserrer les liens qui doivent nécessairement unir ceux qui marchent vers un but identique et qui ont à sauvegarder des intérêts communs. Mais il est une condition sans laquelle tout espoir de succès sera vain, c'est l'union et l'accord parfait. Parmi les noms des membres présents à la Convention, nous remarquons l'absence de ceux d'un bon nombre de médecins canadiens pratiquant dans les Etats de New-York, Massachusetts, Rhode-Island, etc. Quelles que soient les causes de ces abstentions, elles ne doivent pas être insurmontables, et nous ne saurions qu'engager vivement nos collègues des Etats-Unis à se rallier tous,

si la chose est possible, autour du même drapeau. Plus nombreuses seront les forces vives dont ils pourront disposer et plus complet sera le succès sur lequel ils ont droit de compter.

### La désinfection dans les cas de maladies contagieuses.

Si les nombreuses découvertes de la pathologie microbienne ont pour ainsi dire transformé la thérapeutique des maladies infectieuses, c'est surtout dans le domaine de la prophylaxie qu'ont été nombreuses et actives les recherches et les découvertes. Et il n'y avait en cela rien que de très naturel. Avant que de penser à neutraliser les microbes au sein de l'économie, il faut songer à les empêcher d'y pénétrer. De là les mesures antiseptiques au cours des opérations chirurgicales et obstétricales ; de là la désinfection des locaux contaminés par la présence de malades atteints d'affections contagieuses : fièvres éruptives, fièvre typhoïde, diphthérie, tuberculose, etc.

Que cette désinfection soit nécessaire, nul d'en doute, et il serait sage de la rendre obligatoire. Mais par quels moyens doit-on la faire si l'on veut qu'elle soit efficace ? C'est là le point en litige. Nombre de substances, liquides, gazeuses, etc., ont été recommandées et tour-à-tour employées, puis rejetées parce qu'elles ne donnaient pas de résultats satisfaisants. Dans une étude publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (No. du 20 décembre 1887), M. le docteur E. MAURIAC nous donne le dernier mot de la science hygiénique sur cet important sujet. S'il s'agit de la désinfection locale, topique, les meilleurs résultats sont fournis par l'eau bouillante, la vapeur d'eau à 100° c. au minimum, le sublimé à 1.0/00, l'acide phénique à 5.0/00 additionné de 0,5 à 1.0/0 d'acide tartrique.

Quant à la désinfection de l'air atmosphérique des locaux, il est reconnu que les fumigations en général et les fumigations à l'aide de l'acide sulfureux en particulier, ne constituent pas un moyen réellement efficace. " Il paraît ressortir d'expériences nouvelles, " dit M. MAURIAC, et notamment de celles de Wolffburger, que " l'acide sulfureux, même à la dose de 10 volumes 0,0, est un désinfectant d'une sécurité problématique." Jusqu'à aujourd'hui, croyons-nous, le gaz acide sulfureux avait semblé être d'une efficacité suffisamment grande et nous croyons savoir qu'il est encore employé officiellement en plus d'un endroit. Pour remplacer les fumigations sulfureuses, on recommande actuellement les fumigations nitreuses. Elles ne présentent pas les inconvénients de l'acide sulfureux (altération du fer, des étoffes colorées, tableaux, etc.), et sont, en outre, aussi efficaces que le chlore et les vapeurs d'acide chlorhydrique. A Paris, on se sert de ces dernières pour désinfecter les logements des varioleux.

Les vapeurs nitreuses s'obtiennent la plupart du temps par l'évaporation lente du sulfate de nitrosyle; ce sel, qui est cristallisé, donne 30 0/0 d'acide nitreux, ce qui, on le comprend, permet un dosage très exact des vapeurs. " D'après les données de MM. GIRARD ET PABST, il faut, dit M. MAURIAC, 2 grammes de cristaux par mètre cube pour la désinfection des locaux, et l'action est complète en vingt-quatre heures. Si l'on veut aller plus vite, on doit compter 5 grammes pour douze heures, 10 grammes pour une action de quelques heures."

Il résulte enfin des communications faites sur ce sujet aux congrès de Washington et de Vienne, ainsi que des expériences de M. le professeur GRANCHER, que pour la désinfection des matelas, objets de literie, vêtements, linges non tachés, etc., le meilleur procédé est l'étuve à vapeur humide sous pression, à la température de 106° C. Pour ce qui est des linges souillés de sang et d'autres substances albuminoïdes, on les désinfecte par immersion dans une solution de sublimé à 1 0/0. Ce serait la solution qui tuerait le plus sûrement tous les germes et microbes.

Voilà où en est la question pour le moment, et nous la soumettons, telle qu'elle est, à l'examen de la *Commission provinciale d'Hygiène*.

**Errata.**—Deux erreurs typographiques se sont glissées dans la communication de M. le Dr Lippé, publiée dans notre livraison de décembre 1887. Page 620, ligne 25, au lieu de : prendre du dehors, lire : prendre l'air du dehors. Même page, ligne 40, au lieu de : comme l'a prouvé M. le Dr Paquet, lire : comme l'a prouvé M. le Dr Paquet.

### Petite Correspondance.

UN ABONNÉ, Québec. — Vous trouverez difficilement, croyons-nous, un seul et même ouvrage, (si ce n'est un dictionnaire ou une encyclopédie), traitant à la fois des maladies du nez et de celles des voies respiratoires. A tout événement, nous vous signalons les auteurs suivants :

SEILER, Dr. Carl.—*A handbook of diagnosis and treatment of diseases of the throat, nose and naso-pharynx*. 1 vol., Philadelphia, Lea Bros & Co., \$1.75.

COHEN, Dr. J. Solis. — *Diseases of the throat and nasal passages*, 3rd Edit. 1 vol. *ibid.* En préparation.

MOURE, Dr. E. J.—*Manuel pratique des maladies des fosses nasales*. 1 vol. 5 francs.

GARRIGOU-DÉSARÈNES.—*Du catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozone*. 1 vol. 1 franc.

Vous pouvez ajouter à cette liste le grand ouvrage de Morrell MACKENZIE : *Diseases of the throat and nose*, 2 vols. Cet ouvrage vient d'être traduit en français et constitue peut-être ce qu'il y a de plus complet sur la question.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

**HEYDENREICH.**—**Thérapeutique chirurgicale contemporaine**, par Albert HEYDENREICH, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy.—Paris, G. Steinheil, libraire-éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, 1888. Octavo grand format, 300 pages.

L'auteur a condensé dans cet ouvrage les plus importantes opérations chirurgicales qu'à fait naître la méthode antiseptique. Comme on le sait, celui qui veut faire une revue de ces grands progrès chirurgicaux est obligé de fouiller la presse médicale et de consulter une foule de monographies qu'il n'est pas toujours facile de se procurer. Heydenreich est le premier, croyons-nous, qui ait eu l'idée de réunir dans un ouvrage spécial toutes ces richesses disséminées çà et là; chaque sujet est traité d'une manière claire et concise qui donne au lecteur une idée générale de la nature du manuel opératoire et de la valeur de chaque opération. Ne pouvant reproduire ici la table des matières en entier, nous citerons le titre de quelques chapitres qui suffiront à donner une idée de l'ouvrage: Quelques accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde; énucléation intraglandulaire du goître; extirpation du larynx; pneumotomie et pneumectomie; splénectomie; incisions permettant d'aborder le rein; extirpation des tumeurs de la vessie; cathétérisme rétrograde; hystérectomie vaginale; castration de la femme; opération d'Alexander; périnéorrhaphie; laparo-élytrotomie; opération ostéoplastique du pied d'après le procédé de Wladimiroff: tarsectomie dans les pieds-bots, etc., etc.

**BOURSIER.**—**Leçons de clinique chirurgicale** faites à l'hôpital St. André (de Bordeaux) par le Dr. André BOURSIER, professeur agrégé à la faculté de médecine.—Paris. G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, 1887, octavo-royal 300 pages.

Sommaire: des kystes thyro-hyoidiens; du goître vasculaire; laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; papillomes du voile du palais; sur un cas de polype naso-pharygien; signes et diagnostic du torticollis musculaire: du squirrhe en cuirasse; des petites perforations intestinales dans les hernies étranglées; des inflammations du cordon spermatique; rétention d'urine de cause traumatique; des fistules vésico-rectales; symptômes et accidents du phimosis; kystes du vagin; pronostic des fractures de la rotule; diagnostic du pied-bot varus équin.

**HABART.**—**Les méthodes antiseptiques de pansement en temps de paix et en temps de guerre**, par le Dr. Jean HABART, médecin régimentaire de la garde royale hongroise, traduit de l'allemand et annoté par le Dr. F. Weiss.—Paris, G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, 1887, in douze, 150 pages.

Ce petit recueil a pour objet la technique de tous les pansements antiseptiques en usage et leur appréciation.

**MARVIN.**—**Report on progress in medicine**, by J. B. Marvin, M. D.

**MARVIN.**—**Progressive muscular atrophy beginning in the legs**, by J. B. Marvin, M. D.

**DULLES**—**Supra pubic lithotomy ; a historical sketch**, by Charles W. Dulles, M. D.

**LABERGE.**—**Rapport sur l'état sanitaire de la cité de Montréal pour l'année 1886**, par le Dr. Louis Laberge, médecin de la Cité.

**ROLLAND Dr. A. J. B.**—**De l'otite moyenne purulente chronique.**—Extrait de la *Gazette médicale de Montréal*, décembre 1887.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

M. le docteur A. F. DAME a laissé Calgary pour aller se fixer à Winnipeg.

M. le Dr W. H. HINGSTON vient d'être élu Président de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, en remplacement de M. le Dr d'ORSONNENS dont le terme d'office est expiré.

M. le docteur E. E. DUQUET a été nommé, par le gouvernement provincial, surintendant de l'Asile d'Aliénés St. Jean de Dieu. Nos meilleures félicitations au nouveau titulaire.

La Commission Provinciale d'Hygiène vient d'adopter l'ouvrage de M. le docteur Séverin LACHAPPELLE: *La santé pour tous*, comme livre de récompense pour les écoles et lycées. M. le docteur LACHAPPELLE est à préparer une nouvelle édition de son livre.

La date d'ouverture de la prochaine session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui doit avoir lieu à Oran, Algérie, sous la présidence de M. LAUSSE DAT, est fixée au jeudi, 26 mars prochain.

La Commission des Asiles poursuit activement ses travaux. Elle a siégé à Québec à la fin de Décembre, et à Montréal dans les premières semaines de Janvier. Il est encore impossible de dire quel sera le résultat de l'enquête.

M. le docteur Albert REAULT, médecin-adjoint de l'Institution nationale des Sourds-Muets, vient de fonder, avec le concours scientifique de MM. les professeurs BOURCHARD, CORNIL, VERNEUIL et TRÉLAT, une revue mensuelle intitulée : *Archives de laryngologie, de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives*. Nous serons très heureux de faire l'échange avec la nouvelle revue à laquelle nous souhaitons succès et longue vie.

Le *Rapport* des délibérations du congrès de Washington tel que distribué à toute la presse médicale du monde entier par le *Medical Record*, de New-York, a reçu partout un bienveillant accueil. L'entreprise de MM. William Wood & Cie était unique en son genre et mérite les plus grands éloges, et les lecteurs de L'UNION MÉDICALE DU CANADA ont vu comment nous avons su l'apprécier. Le coût total de cette publication a dépassé le chiffre de \$4,000.

**Société médico-légale de New-York.**—La *Société médico-légale de New-York* vient de fonder trois prix. Le premier, de cent dollars (\$100 00), sera connu sous le nom de *Prix Shepard*, le second est de soixante-quinze, et le troisième de cinquante dollars. Ces prix seront donnés aux auteurs des trois meilleures thèses sur un sujet quelconque de médecine légale. Les membres actifs, honoraires et correspondants de la Société peuvent seuls concourir, et les thèses devront être adressées à M. le Président, le ou avant le 1er avril 1888.

**Nécrologie.**—A Paris, M. le Dr MÉHU, pharmacien de la Charité, membre de l'Académie de médecine, un des directeurs fondateurs des *Annales des maladies des voies génito-urinaires*.—A Sedan, M. le Dr BERNUTZ, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, bien connu par ses nombreux travaux en obstétrique et en gynécologie.—A Chicago, Moses GRAY, M. D., L. L. D., professeur de pathologie externe au *Rush Medical College*.—A Ann-Arbor, Michigan, Alonzo B. PALMER, M. D., professeur de pathologie interne à l'Université du Michigan.—A New-York, Wesley M. CARPENTER, M. D., professeur de clinique interne à l'Université de la Cité de New-York, et rédacteur en chef du *Quarterly Epitome of American Practical Medicine and Surgery*.

## THERAPEUTIQUE.

---

### Note sur les propriétés autistrumeuses du Morrhuol, principe actif de l'huile de foie de morue.

J'ai été, il y a quelque temps, prié par mon confrère le professeur Crolas, d'expérimenter dans mon service et dans ma clientèle privée, un nouveau produit qui me semble être d'une utilité et d'une efficacité de premier ordre. Je veux parler du Morrhuol, extrait de l'huile de foie de morue par M. Chapoteaut.

Ce produit isolé, capsulé, présente sous un petit volume un médicament facile à administrer et infiniment plus acceptable que l'ancienne et répugnante cuillerée d'huile de foie de morue.

Depuis deux mois au moins, je faisais prendre du Morrhuol à un certain nombre de malades, lorsque le Dr. Lafage fit paraître un article sur ce nouveau médicament dans le "Bulletin thérapeutique."

Je m'associe pleinement à sa manière de voir, et les résultats que j'ai obtenus dans les cas de phthisie à tous les degrés, sont absolument identiques à ceux qu'il signale :

Diminution dans la fréquence des quintes de toux, appétit notablement augmenté, selles plus régulières ; mais ce que j'apprécie par-dessus tout, c'est le plaisir avec lequel les malades acceptent ce médicament ; la tolérance est parfaite, les renvois qui accompagnent toujours l'huile de foie de morue ne se produisent jamais. J'ai dirigé mon attention sur un autre indice du médicament ; c'est sur cette indication que je vais insister particulièrement :

J'ai dans mon service des Pénitenciers du Rhône, de nombreux jeunes détenus âgés de 14 à 20 ans. J'ai constaté, comme tous mes collègues, l'énorme quantité d'adénites, de tumeurs glandulaires, de manifestations strumeuses, scrofuleuses et lymphatiques que présente cette partie de la population des prisons, je l'ai estimée sans crainte d'exagération à 50 0/0 au moins, et j'en ai attribué les effets à plusieurs causes.

1o. Aux antécédents diathésiques des parents, à leur genre de vie, au milieu dans lequel ils ont vécu avant leur internement.

2o. A la privation du grand air.

3o. A l'habitude invétérée chez ces enfants de rester en toute saison le cou et la poitrine à découvert.

Il était tout naturel de songer à l'emploi du principe actif de l'huile de foie de morue pour chercher à diminuer cette tendance à l'hypertrophie glandulaire.

L'huile était difficilement supportée, prise avec répugnance, elle était souvent refusée ou rejetée par les jeunes détenus, et,

dans tous les cas, au point de vue même de sa distribution journalière, elle offrait que quelques inconvénients matériels. Je résolus donc de diviser en deux camps mes strazieux : aux uns, je continuai l'usage de l'huile bruno, aux autres, je fis prendre progressivement jusqu'à six capsules de Morrhuol par jour.

Eh bien, après ces trois mois de comparaison rigoureuse, je n'hésite pas à déclarer que le succès le plus complet a couronné notre entreprise. Le Morrhuol a agi avec une rapidité et une précision qui m'ont surpris. Je me contenterai de citer ici trois observations qui peuvent résumer toutes les autres et dont j'ai, à dessein, choisi les sujets à différents degrés de lymphatisme.

OBSERVATION I.—Jac... (Louis) âgé de 27 ans, ancien pensionnaire du pénitencier de Lyon.—C'est un récidiviste endurci qui a trouvé le moyen de se faire prendre à plusieurs reprises depuis sa libération, et de passer en prison, en cellule et au cachot une grande partie des 6 années dernières.

Il se présente pour la première fois à ma visite le 21 novembre dernier avec une adénite énorme intéressant toute la chaîne ganglionnaire de la partie latérale droite du cou dont la circonférence était de 0,403 ; je le soumis immédiatement au traitement par le morrhuol, il en absorba d'abord deux capsules à chacun des repas, soit quatre par jour jusqu'au 26 novembre, époque où Jac... alla au Palais de Justice et fut privé dès lors de son médicament.

Je donne ici la mensuration quotidienne du cou de ce détenu pendant ces cinq jours de traitement sans interruption :

Le 21 novembre : 0,403.—Le 22 : 0,397.—Le 23 : 0,390.—Le 24 : 0,386.—Le 25 : 0,383.—Le 26 : 0,383.—Le 27 novembre : 0,390.—Après une privation de deux jours de morrhuol ajoutée à l'impression de l'air froid extérieur.—Le 28 novembre : 0,385.—6 capsules de morrhuol.—Le 29 novembre : 0,380.—6 capsules de morrhuol.

Du 30 novembre au 9 décembre : 0,377.—Même traitement. Pendant cette période, Jac... n'a point interrompu l'usage de ces capsules et n'a pas été appelé au Palais.

Le 10 décembre : 0,380 le matin.—Ce détenu fut obligé d'aller à l'instruction et privé de morrhuol pendant cette journée.—Le 11 décembre, 6 heures du soir : 0 390.

Le 12 décembre, 5 heures du soir : 6,388.—Huit capsules à la visite du 12 décembre.—Le 13 décembre : 0,385.—Huit capsules.

Du 14 décembre à ce jour, 20 janvier 1886 : 0,380.—Jac...a présenté 0,380 de circonférence d'une façon très régulière et ce, malgré ses nouvelles visites au Palais de Justice.

J'ai interrompu progressivement le traitement en diminuant progressivement la dose jusqu'à 2 capsules de morrhuol par jour ; actuellement ce détenu est évidemment encore sous l'influence d'un engorgement des ganglions latéraux droits du cou, mais qui

n'a plus aucune influence sur sa respiration et ne ressemble en rien comme aspect à celui qu'il présentait le 21 novembre. Voici donc l'effet observé jour par jour du traitement exclusif par le morrhuol pendant deux mois entiers.

OBSERVATION II.—Rein...(Joseph), 20 ans, jeune détenu du quartier correctionnel de Lyon, est porteur depuis plus de trois années d'un énorme chapelet glandulaire, et possède en outre, un tempérament lymphatique et strumeux très accentué.— Sans goût pour le travail comme pour les jeux, Rein... est mélancolique et taciturne, il souffre sans cependant pouvoir préciser le siège d'aucune douleur fixe. Bien constitué d'ailleurs, grand et bien bâti, ses muscles n'offrent aucune résistance, l'auscultation minutieuse ne me présente rien d'anormal.

Après 20 jours complets d'un traitement par le morrhuol (3 capsules à chacun des deux repas) et la tisane amère, ce jeune détenu qui n'a éprouvé aucune répugnance pour l'ingestion de ce médicament, a vu son appétit considérablement augmenté, ses forces se rétablir, et les glandes du cou ont complètement disparu. J'ai eu à constater également que Rei... presque toujours constipé, avait actuellement des selles régulières, ce dont il s'applaudissait lui-même.

OBSERVATION III.—Millet...jeune détenu du quartier correctionnel, 19 ans, adénites suppurées anciennes et actuelles très volumineuses.—Nombreuses cicatrices démontrant l'état chronique de son affection scrofuleuse.

J'ai, à plusieurs reprises, eu l'occasion d'ouvrir de nouveaux abcès et d'essayer de tarir des fistules anciennes et interminables. Je soumis enfin ce jeune homme, au traitement par le morrhuol. Pendant une période de 18 jours, il prit avec plaisir ses capsules, son appétit a été augmenté, son état général incontestablement meilleur.

Aujourd'hui après 3 mois de cette médication, jointe à l'usage du vin antiscorbutique et d'un exercice modéré, Millet... est en très bonne voie de guérison, et j'ai l'espérance d'avoir modifié ainsi sa constitution des plus profondément entachée de scrofule.

Voici, parmi de nombreuses observations, celles qui m'ont semblé les plus concluantes ; aussi, j'ai grande foi en la vertu modificatrice et reconstituante des principes actifs de l'huile de foie de morue ainsi isolés ; je serais heureux que ces quelques notes bien modestement exposées puissent servir à répandre d'une façon plus générale l'administration de ce médicament que je considère comme un des rares spécifiques de notre arsenal thérapeutique.—*Le Progrès médical.*

DR. PERNOD.

# UN EXEMPLAIRE

DU

## American Newspaper Directory

SERA

EXPÉDIÉ GRATUITEMENT ET FRANCO DE PORT

A toute personne faisant affaire, au montant de

**CINQUANTE PIASTRES,**

*Avec l'agence de publicité des journaux,*

DE

**GEO. P. ROWELL & CO.**



GEO. P. ROWELL & CIE viennent de publier une nouvelle édition (la 165me) de leur ouvrage intitulé "Publicité des journaux" (*Newspaper Advertising*). C'est un ouvrage de 272 pages dont le sommaire comprend entre autres les Listes et Catalogues de journaux qui suivent :

**JOURNAUX QUOTIDIENS DE LA VILLE DE NEW-YORK**, avec leur tarif d'annonces.

**JOURNAUX QUOTIDIENS DES VILLES** dont la population dépasse 150,000 habitants. Les meilleurs journaux y sont seuls inscrits.

**JOURNAUX QUOTIDIENS DANS LES VILLES**, dont la population dépasse 20,000 habitants. On n'y trouve que les meilleurs.

**UN CATALOGUE ABREGÉ DES JOURNAUX** les mieux adaptés aux annonces pour chaque section du pays. Choix soigneusement fait, et guidé par une longue expérience.

**UN JOURNAL POUR CHAQUE ETAT.** Celui que l'annonceur doit choisir de préférence s'il n'en veut employer qu'un.

**CONTRATS AVANTAGEUX POUR ANNONCES** dans les journaux quotidiens de plusieurs grandes villes et villages importants. Catalogue qui présente des avantages spéciaux à plusieurs classes d'annonceurs.

**TIRAGE LES PLUS NOMBREUX.** Catalogue complet de tous les journaux américains qui tirent régulièrement à plus de 25,000 exemplaires.

**LA MEILLEURE LISTE DES PUBLICATIONS LOCALES** de toutes les villes de plus de 5,000 habitants et de tous les chef-lieux de comtés importants.

**CATALOGUE CHOISI DES PUBLICATIONS LOCALES** qui insèrent des annonces à moitié prix.

**5,422 JOURNAUX DE VILLAGE** dans lesquels les annonces sont insérées à \$41.40 la ligne et publiées dans chacun d'eux—la moitié du prix des hebdomadaires américains.

Un exemplaire de ce livre sera envoyé franco à toute adresse sur réception de **TRENTE CENTIMS.**