

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

MALADIES DE L'OREILLE ET DU RHINO-PHARYNX.

ETUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE,

par A. A. FOUCHER, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montreal, oculiste et auriste
de l'hôpital Notre-Dame.

Epistaxis génitale.—Le Dr. Joal, s'appuyant sur les récents travaux de Bigelot, Voltolini, etc., sur la structure de la membrane pituitaire, propose de classer les hémorragies nasales de la façon suivante :

1° Epistaxis traumatiques et ulcéreuses, chute sur la tête, coup sur le nez, ulcérations de la pituitaire.

2° Epistaxis dyscrasiques, altération des vaisseaux, altération du sang, hémophilie, scorbut, maladies du foie, de la rate, artériosclérose.)

3° Epistaxis mécaniques, (augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux artériels ou veineux. Efforts, cris, quintes de toux, vomissements, tumeurs du cou, engorgement du cœur droit.)

4° Epistaxis vasomotrices, (turgescence par action réflexe du tissu érectile, tenant à une excitation locale ou éloignée). C'est à ce dernier groupe que l'auteur donne le nom d'*épistaxis génitale*. Sans vouloir nier l'influence d'excitations diverses telles qu'excitations cutanées, oculaires, intellectuelles ou autres, il met en première ligne l'irritation génitale. Le nez, par son tissu érectile, est susceptible de se modifier sous des influences génésiques diverses. Dans la série animale le mâle reconnaît l'époque du rut aux odeurs pénétrantes qui se dégagent des glandes placées autour des organes génitaux de la femelle. Ces mêmes phénomènes existent aussi chez l'homme à un certain degré. Il existe de nombreux exemples d'éternuement, de catarrhe nasal, d'attaque d'asthme au moment des rapprochements sexuels, ou à l'époque des règles. Dans les cas d'ozène il a été remarqué que l'odeur fétide est plus prononcée aux époques menstruelles. La masturbation invétérée a été reconnue souvent comme cause de catarrhe chronique avec écoulement purulent et perversion du sens olfactif.

Ces relations sont aussi évidentes en ce qui concerne l'hémorrhagie nasale. Si l'excitation génitale peut produire la turgescence du tissu érectile des cornets de façon à produire des étournements, de l'enclenchement, de la gêne respiratoire, du catarrhe même, pourquoi cette même excitation ne produirait-elle pas une épistaxis. Une fois les corps caverneux en érection, la plus légère rupture vasculaire des capillaires suffit pour déchirer la membrane muqueuse et causer l'hémorrhagie.

L'auteur continue en citant de nombreux faits à l'appui de sa théorie, empruntés surtout à la classe des masturbateurs de profession. Un de ces exemples les plus frappants lui est fourni par un confrère qui raconte lui-même son histoire dans une lettre dont nous citerons les passages suivants :

“ A dix ans, je fus pris des premiers désirs érotiques. La vue, le souvenir de quelque chose de féminin me poussait à des érections violentes, et cependant j'ignorais ce que c'était qu'une femme. Comment ma main se porta-t-elle à mon membre au excité ? Je ne sais, mais bientôt je pris goût aux attouchements et quelques mois après, je constatais une première éjaculation. Je crus à une émission d'urine, et trouvant ce procédé d'uriner beaucoup plus agréable, je m'en donnais à cœur joie ! Je me souviens de m'être procuré, certain jour, cinq ou six pollutions.

“ Je fus pris à cette époque de violents saignements de nez ; c'était la croissance, disait-on ; le médecin de la famille me prescrivit quelques remèdes ; Je devais quitter régulièrement la classe pour aller à la fontaine... Hélas ! je m'égarais souvent dans la salle de gymnastique pour profiter de la solitude et me donner quelque douce satisfaction. Les épistaxis continuèrent souvent deux fois par jour lorsque je me procurais beaucoup de plaisir ! Je fus alors atteint d'accès d'asthme d'une intensité extrême.

“ Enfin, vers l'âge de 14 ans, je fus pris de douleurs violentes aux lombes et aux membres inférieurs. Je dus m'aliter. Je saignais toujours du nez et je me masturbais avec fureur. Le médecin comprit, m'admonesta sévèrement et m'annonça de terribles conséquences si je persistais dans mes habitudes. Je ne me sevrâi pas complètement, mais je fus plus sage. Ainsi j'atteignis le bachot qui me jeta dans les bras de la femme. Mes modiques ressources de lycéen me mettaient dans l'obligation d'espacer mes nouveaux plaisirs ! Mes saignements de nez disparurent.

“ Mai-Paris trouva ma bourse d'étudiant bien garnie, je rattrapai le temps perdu... et mes malaises antérieurs revinrent. Des accès de toux spasmodique et d'abondantes épistaxis ont maintes fois prolongé des insomnies commencées dans les plaisirs.

“ Depuis, je me suis fait vieux, sérieux, père de famille, mais aux jours d'abondance, la toux nasale et les épistaxis reparaissent. Pour moi, il est certain que mes saignements de nez ont une origine génitale.”

Nous avons observé une jeune malade, dans le cours de l'année dernière, dont l'histoire peut être rapprochée de la précédente.

Nous traitions, dans les salles de l'hôpital Notre-Dame, une jeune malade âgée de 16 ans, atteinte de granulations conjonctivales. De bonne santé apparente, la patiente était sur le point de retourner dans sa famille, lorsqu'un matin elle fut prise d'une épistaxis abondante, et difficile à arrêter. Le lendemain matin et les trois matins suivants, le même saignement de nez se reproduisit à peu près à la même heure, peu de temps après le lever. Nous eûmes alors des soupçons sur la conduite de sa compagne de chambre, une hystérique en cours de traitement pour une otite moyenne. En conséquence, une surveillance active fut exercée et l'on constata que les deux jeunes filles s'étaient liées d'une amitié étonnante; depuis quelques jours, elles allaient se baigner ensemble et quoiqu'elles eussent chacune leur lit dans la même chambre, elles allaient se retrouver dans un seul. En somme, que se passait-il pendant ces rapprochements intimes, nous ne saurions le préciser, mais le saignement de nez ne reparut plus après séparation complète des deux amies.

De ces faits et de beaucoup d'autres, il ne faudrait pas conclure que tous les saignements de nez, les catarrhes et les accès d'asthme sont dus à la masturbation. Le Dr. Joal a voulu seulement assigner aux excitations génésiques le rôle véritable qu'elles jouent dans la production de ces accidents. Il n'est pas rare d'observer des cas d'épistaxis rebelles et pouvant mettre la vie en danger par leur persistance, en conséquence il est bon d'être bien fixé sur la cause qui les produit, afin de pouvoir y apporter un traitement efficace.

* * *

Les réflexes nasaux.—S'il faut en croire tous ceux qui ont signalé des réflexes d'origine nasale, il y a bien peu d'organes qui, sur une aussi petite surface, offrent autant de susceptibilité.

Le Dr. Joal vient d'attirer l'attention sur le vertige et la céphalée de croissance de cause nasale. Le vertige apparaîtrait sous l'influence de causes très variées: l'odeur des foins au moment de la floraison, le sulfure de carbone, l'ammoniacque, le tabac à priser. Le coryza aigu, chronique, surtout la forme hypertrophique, en serait une des causes les plus fréquentes. On le rencontrerait encore dans les cas de polypes, de catarrhe naso-pharyngien, de tumeur adénoïdes du pharynx.

La cause du vertige ne réside pas dans l'intensité de l'affection nasale, mais dans la sensibilité exagérée de la muqueuse et dans une prédisposition indéniable que l'auteur rattache à la diathèse arthritique. Ce vertige n'a aucun caractère propre qui puisse le faire reconnaître des autres; il se montre de préférence chez les

adultes. Ce vertige peut être accompagné d'autres troubles : céphalalgie, migraine, accès asthmatiques, etc. Sa durée est variable et se renouvelle de préférence le matin au réveil.

* * *

La *céphalée de croissance* serait aussi due à une affection nasale. On la reconnaît aux caractères suivants : mal de tête persistant, inaptitude au travail, tristesse, vertige, cauchemar. Ces céphalées ont été attribuées aussi à des défauts de réfraction et surtout à l'astigmatisme. Il ne serait pas impossible qu'une lésion nasale produisit en même temps un astigmatisme par contraction partielle du muscle ciliaire et des céphalées à types variés.

Nous avons observé un cas remarquable de ce genre dans le service du Dr Bates au *Post graduate Medical School*. Un confrère ayant consulté le professeur au sujet d'une obstruction nasale causant une certaine gêne de la respiration, celui-ci enleva une hypertrophie considérable des deux cavités nasales et, à la grande surprise du patient, cette opération fit disparaître immédiatement un astigmatisme qui nécessitait l'emploi de verres cylindriques. Par opposition à la céphalée antérieure ou de croissance il y a aussi la céphalée postérieure signalée par le prof. Vergely. Cette forme serait due à une pharyngite aiguë, sub-aiguë ou chronique. La douleur siège au niveau de la nuque à l'émergence des nerfs occipitaux avec irradiation au front, au vertex, aux tempes et à l'apophyse mastoïde. Les douleurs sont variables : quelquefois elles se ressentent seulement à la pression, d'autres fois elles prennent un tel caractère d'intensité que dans un cas de ce genre (Dr. Legal) une trépanation de l'apophyse mastoïde a été pratiquée par erreur. Il va sans dire que le traitement doit être dirigé contre la cause, il faudra donc badigeonner la muqueuse pharyngée et au besoin y faire des cautérisations au galvano cautère. Parmi les nombreuses applications qui peuvent être faites sur la muqueuse pharyngée, l'auteur cite la glycérine iodée ou la cocaïne. Pour faire ces applications il n'est pas nécessaire de se servir de pinceaux coudés, il est même préférable de n'en pas faire usage du tout.

Les pinceaux exigent de grands soins de propreté pour les faire servir à d'autres pharynx, et on peut leur faire le reproche de manquer de rigidité en présence de contractions spasmodiques du voile du palais. Une broche à tricoter, recourbée en S, et fixée à un manche est l'instrument le plus commode et le moins dispendieux. On lime l'extrémité libre en tiers point de façon à pouvoir fixer un bourdonnet de ouate hydrophile et on imbibé cette ouate du médicament à porter au pharynx. Plusieurs applications peuvent être faites consécutivement en renouvelant la ouate en bien moins de temps qu'il n'en faut pour nettoyer le pinceau.

* * *

L'asthme des foins a été attribué par Hack, en 1883, à un réflexe simple dont le point de départ serait l'inflammation du tissu érectile du nez. Cette inflammation produit l'éternuement, la toux et la dyspnée. Depuis, grand nombre de travaux ont été publiés à ce sujet. Il est intéressant de grouper toutes les observations diverses, les opinions contradictoires qui ont été émises à ce sujet, mais il est difficile de se former une opinion exacte de la vérité de la théorie naso réflexe de la fièvre des foins. Il est bien démontré que le nez est généralement atteint au cours de cette affection. Mais il reste à démontrer s'il n'y a là qu'une simple coïncidence ou encore si la cause véritable de cette fièvre n'agit pas en même temps sur la muqueuse. Il y a divergence d'opinions au sujet du traitement, les uns prétendent guérir l'affection par des cautérisations des zones sensibles du nez, les autres prétendent n'avoir obtenu aucun résultat par ce moyen ou encore avoir guéri leur patient en ne faisant aucune application locale dans le nez. Sajous attribue les insuccès de ses premières cautérisations à une cautérisation trop superficielle, il aurait mieux réussi par la suite en cautérisant profondément.

Selon Richard Thomas le système nerveux général contribuerait pour une bonne part à l'étiologie de la fièvre des foins.

Dans une thèse sur la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été, le Dr. Leflaive attribue la maladie à la diathèse arthritique et insiste sur la nécessité d'examiner les urines pendant l'accès annuel, et plus encore pendant la période d'apparente santé qui le prépare. L'acide urique serait très abondant pendant la période préparatoire et moins durant la période d'état.

L'asthme des foins serait donc plus qu'un trouble fonctionnel, ce serait une maladie constitutionnelle à manifestations multiples, une des formes de l'arthritisme. La cause déterminante de la crise annuelle serait une action météorologique, l'influence du soleil, le surmenage, etc.

* * *

Traitement du catarrhe du sinus maxillaire.—L'emploi de plus en plus répandu de la rhinoscopie a permis de mieux étudier cette affection et surtout de la reconnaître à une période plus rapprochée de son début. En même temps, on s'occupe davantage du traitement de cette affection. Le Dr. Schiffers, de Liège, dans une communication à la société française de laryngologie et d'otologie recommande d'arriver au siège du mal par le méat moyen sans avoir besoin de pratiquer la perforation du sinus par l'alvéole. L'auteur procède à l'ouverture du sinus et à l'agrandissement de son embouchure en introduisant une sonde cannelée dans le méat moyen, à une profondeur moyenne de 6 centimètres, à partir des bords de l'aile du nez, ce dernier était préalablement

relevé. Cette ouverture permet ensuite de faire pénétrer des injections de substances médicamenteuses.

L'opinion accréditée que la maladie est généralement causée par une dent cariée manquerait d'exactitude, elle serait plutôt due à un catarrhe nasal, ce qui s'expliquerait par la plus grande relation qui existe entre le sinus maxillaire et la cavité nasale.

* * *

Rhinite atrophique.—Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature et le pronostic de la rhinite atrophique. Dans une communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, le Dr. Noquet, de Lille, a soutenu que la syphilis et la scrofule ne sont pas aussi communes qu'on l'a affirmé; la forme spéciale du nez, décrite par Zaufal, manquerait aussi dans un grand nombre de cas et n'a pas par conséquent l'importance que ce dernier lui attribue. La rhinite atrophique peut se montrer chez des individus bien constitués, indemnes de toute diathèse. L'odeur fétide, la punaisie est surtout prononcée chez ceux n'ayant pas 20 ans. Cette différence tient à l'encombrement de la cavité nasale par des croûtes épaisses chez les jeunes sujets, tandis qu'après l'âge de 20 ans les mucosités desséchées remplissent moins la cavité. Le processus atrophique continue à faire son chemin, mais il arrive un moment où la muqueuse est tellement transformée qu'elle sécrète moins, d'où notable diminution de la punaisie. L'affection suit, dans le pharynx, la même marche que dans les fosses nasales, la muqueuse prend une apparence vernissée due à son amincissement: c'est la pharyngite sèche.

La douche ne suffit pas pour enlever les croûtes et mucosités logées dans le pharynx nasal il faut aller les détacher de temps à autre par un badigeonnage rigoureux. L'auteur fait usage de douches tièdes avec une solution étendue de chlorate de potasse ou d'acide phénique alternativement, puis sur la muqueuse découverte, il pratique des pulvérisations qui diffèrent peu de la solution de Dobell. Ce qui paraît recommandable dans ce traitement, c'est le nettoyage parfait des fosses nasales obstruées et le pharynx, et l'application fréquente de substances destinées à modifier l'état de la muqueuse. Nous croyons que le choix des médicaments n'importe pas autant que la manière de les employer. Quant au résultat, s'il paraît téméraire de prétendre ramener à l'état sain les parties déjà atrophiées, il nous semble démontré que l'odeur de punaisie disparaît et que la marche atrophique de l'affection est enrayée sous l'influence d'un traitement approprié et régulièrement suivi.

Le Dr Moore, résumant la question de l'ozène, attribue l'odeur à l'inflammation des glandes, des fosses nasales et des cavités accessoires au catarrhe, au séjour prolongé des matières et à la présence d'un micro-organisme déjà signalé par Lowenberg; cette théorie est à la fois glandulaire et microbienne.

Il y a plusieurs odeurs différentes, plus ou moins repoussantes; Luc attribue ce phénomène à des microbes différents. La dilatation des fosses nasales n'est pas la seule cause d'ozène puisque dans de pareilles cavités on ne le remarque pas toujours, mais c'est un fait indéniable que de la cavité qui succède à l'arrachement d'un polype il s'exhale une certaine odeur désagréable. Beaucoup de traitements peuvent réussir à enlever l'odeur et modifier l'état de la muqueuse et des glandes pourvu qu'on y mette de la persévérance.

Obstructions nasales. — Parmi les causes de surdité communes et peu connues de la généralité des médecins, il convient de ranger les obstructions nasales; ces obstructions sont dues elles-mêmes à différentes causes permanentes ou passagères: les déviations de la cloison, les polypes, les hypertrophies de la muqueuse nasale, etc. La sténose nasale accompagnée de l'otite moyenne est plutôt la règle que l'exception; c'est à Lucac que revient le mérite d'avoir signalé ces rapports importants. Lorsque pour une cause ou une autre le nez ne donne pas accès à l'air, la respiration s'effectue par la bouche et il se produit alors deux ordres de phénomènes qui affectent l'oreille: 1^o L'air froid produit une inflammation de l'isthme du gosier, et par continuité de tissu retentit sur les trompes et la caisse. 2^o pendant les efforts de déglutition, la bouche se ferme, et le nez étant clos, il s'opère à ce moment une rétraction du tympan. Chez ces personnes, la pression de l'air dans la caisse est inférieure à la pression atmosphérique et Saunders a démontré récemment que ces diminutions de pression sont une cause d'otite catarrhale.

Il faut donc remédier aux sténoses nasales et le traitement doit varier avec la cause qui la produit. On a voulu trouver une cause de l'hypertrophie de la muqueuse nasale d'un seul côté, dans le fait que certains patients se couchent généralement du côté malade. Le Dr Bresgen attribue ce phénomène à un afflux plus considérable du sang de ce côté par rapport à la position plus déclive. Nous croyons qu'il n'en est rien, au contraire le patient est porté à se coucher du côté obstrué afin de pouvoir respirer plus librement du côté sain. Supposons un tel patient couché du côté sain, l'aile du nez reposant sur l'oreiller, il se produit un rétrécissement ou une fermeture complète de la fosse nasale correspondante. La respiration nasale devient alors impossible ou difficile, et instinctivement ce patient se tourne de l'autre côté et se retrouve à l'aise.

L'amygdalectomie tend graduellement à être remplacée par la cau

térisation au galvano-cautère ou l'ablation à l'aide de l'anse galvanique. Les dangers d'hémorrhagie, redoutés par les uns, considérés comme rares par beaucoup d'autres, seraient dus d'après Cohen à une adhérence de l'amygdale au pilier antérieur du voile du palais ou plutôt à une section du pilier. L'anse galvanique et l'ignipuncture trouvent naturellement leur indication dans les cas où il existe un danger réel d'hémorrhagie, chez les adultes par exemple. Laquelle des deux méthodes est la préférable? Nous les considérons toutes deux excellentes, l'anse galvanique, si on a besoin d'interrompre alternativement le courant, est plus rapide que l'ignipuncture; cependant cette dernière n'agit pas aussi lentement que Cohen le prétend, à moins de ne faire qu'une ou deux pointes à chaque séance. Nous en faisons généralement 5 à 6 à chaque séance, renouvelées à intervalles variant de 2 à 6 jours, pour donner le temps au patient de se remettre de l'état de fièvre qui en résulte. Il est rare qu'après 6 à 8 séances il soit nécessaire de réduire l'amygdale davantage. Ce procédé est généralement accepté sans crainte par les enfants et les parents et nous n'avons pas à redouter d'hémorrhagie.

Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid.—Anesthésie prolongée avec sommeil.—M. HOUZEL (de Boulogne) a fait une injection d'éther iodoformé dans un abcès froid de la cuisse, chez une jeune fille; après quelques douleurs, elle s'endormit et resta anesthésique avec perte de connaissance pendant deux heures.

M. QUÉNU. Il y a deux ans, j'ai fait une injection d'éther iodoformé dans un abcès (30 grammes au 1/10) sur une jeune fille; il n'y eut aucun incident.

L'année suivante, je refis la même injection, elle eut pendant huit jours un goût bizarre et des vomissements incoercibles.

M. PEYROT. Une jeune fille de 22 ans, après une injection de 20 grammes, a été prise d'un sommeil anesthésique qui a duré vingt minutes.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

La syphilis est-elle une cause de paralysie générale? par le Dr VERNET.—Thèse de Nancy.

Conclusions :

1^o Il existe réellement une paralysie générale d'origine syphilitique, identique à la paralysie progressive, au point de vue symptomatique :

2^o Le traitement spécifique révèle la véritable étiologie de l'affection, puisqu'il est suivi, dans quelques cas de rémissions d'une durée inusitée, permettant de croire à une guérison : dans les autres cas, il amène presque toujours une réelle amélioration.

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE

PAR H. E. DESROSIERS, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montreal, medecin de l'hôpital Notre-Dame (1)

Antipyrine.—*Saccharine.*—*Créoline*—*Acide oxynaphtoïque.*—*Antiseptic et coqueluche.*—*Coqueluche et antipyrine.*—*Thérapeutique des vapeurs d'ipécacuanha.*—*Traitement de la dyspnée par les nitrites et l'acide carbonique.*—*Le méco-narcéine.*—*Le sulfonal.*—*L'eau de menthe dans le prurit génital.*—*Traitement de la diarrhée rebelle par le talc.*

Antipyrine.—L'antipyrine est de plus en plus en défaveur comme antithermique, non pas qu'elle produise, comme telle, des effets positivement mauvais, mais tout simplement, et c'en est déjà assez, parce qu'elle ne serait pas supérieure aux autres médicaments antipyrétiques. Comme nous l'avons signalé dans notre précédente REVUE, l'antipyrine est bien plus efficace et utile comme sédatif du système nerveux et notamment comme analgésique. aussi est il plus que jamais question de l'appeler dorénavant *analgésine*. Nous n'y ferons pas d'objection.

Un des derniers emplois de l'antipyrine comme nervin s'applique au traitement des pertes séminales involontaires contre lesquelles elle agirait à la façon du bromure de potassium, et mieux que lui. Elle conviendrait spécialement aux cas de pollutions chez les pléthoriques ainsi qu'à ces cas de spermatorrhée que l'on a, à tort ou à raison, qualifiés de *faiblesse irritable*. La dose employée jusqu'ici est de 15 à 20 grains, le soir, au coucher.

Dans le *Progrès médical* du 26 mai dernier, M. le docteur RAOULT a résumé ce que l'on a appelé les dangers de l'antipyrine. Parmi les accidents bénins l'on range diverses éruptions cutanées connues sous le nom collectif de *rash*, les vomissements, troubles gastriques, douleurs stomacales, anorexie, dégoût des aliments. Plus graves sont la tendance à la syncope, l'oppression cardiaque, les épistaxis rebelles, les accidents urémiques. Plusieurs confrères nous ont rapporté des cas où la petitesse du pouls et l'état adynamique survenus peu de temps après l'administration d'une dose d'antipyrine n'excédant pas 25 grains, leur avaient donné des inquiétudes.

(1) Voir la livraison de mai.

M. Raoult conclut en disant que, à tout considérer, " l'antipyrine reste un bon médicament, d'une action sûre, qui doit être manié avec circonspection, et dont l'usage se restreindra certainement quand on en connaîtra mieux les effets, le dosage et l'opportunité. Nous n'aurons plus alors d'accidents, surtout si nous pouvons être absolument certains de sa pureté."

Ce dernier point mérite certainement considération, car beaucoup d'observateurs ont attribué à l'impureté de l'antipyrine les accidents signalés plus haut. Il paraît que depuis quelque temps surtout, l'antipyrine, moins bien préparée, contient de la benzine. Il est à espérer que ce médicament, de provenance exclusivement allemande jusqu'à aujourd'hui, nous arrivera, *tout à fait pur*, de France où l'on vient de commencer à le préparer sous le nom, définitivement adopté, d'*analgésine*.

Saccharine.—On est encore au *statu quo* à propos de la saccharine. Ce dérivé de la houille ne semble pas appelé à un avenir thérapeutique très brillant. À part son pouvoir édulcorant, en effet, il ne possède guère de propriétés qu'on puisse utiliser en médecine, sauf peut-être pour l'usage des diabétiques, comme succédané du sucre ordinaire. Mais on n'oubliera pas que la saccharine n'est nullement nutritive, et qu'on ne doit en servir que pour relever la sapidité des mets.

Créoline.—Voici encore un produit extrait de la houille, laquelle a déjà fourni tant de médicaments à notre arsenal thérapeutique. D'après ce qu'on en sait, la créoline est un antiseptique dont l'action serait considérable, puisqu'une solution au millième stériliserait une culture du bacille du choléra après dix minutes de contact; en même temps, c'est un désodorisant énergique, la même solution détruisant instantanément la mauvaise odeur des liquides en putréfaction. D'après les observations de Kortüm, enfin, l'application de tampons imprégnés d'une solution à 1 ou 3% hâte la cicatrisation des plaies avec une rapidité étonnante.

Acide oxynaphtoïque.—Encore un antiseptique dérivé du naphthol. On en distingue deux variétés: l'acide oxynaphtoïque *a* et l'acide oxynaphtoïque *b*. Pour le moment il ne s'agit que du premier qui se prépare, d'après la *Revue Scientifique*, en faisant réagir l'acide carbonique sous pression, à une température de 120° à 130° C, sur un sel alcalin de naphthol *a*. L'acide se présente sous forme d'aiguilles fines, incolores, l'odeur rappelle celle du naphthol. Il est soluble dans l'alcool et l'éther, fort peu dans l'eau.

Les propriétés antiseptiques de ce corps sont supérieures à celles de l'acide salicylique. À la dose de 1%, il conserve, à l'abri de toute altération, l'urine, l'extrait de viande, divers bouillons.

Mélangé à des liquides putrides, il arrête rapidement les émanations nauséabondes.

Cet acide, étant toxique, ne devra jamais servir pour la conservation des substances alimentaires, mais il sera très utile dans le pansement des plaies, sans plus de danger que le sublimé et l'iodoforme. On s'en sert, à l'état de poudre, pour désinfecter et désodoriser les latrines, urinoirs, vases de nuit, crachoirs etc, et tous les liquides où la présence de l'albumine contraindique l'emploi du sublimé.

Inconvénient sérieux : l'acide oxynaphtoïque est d'un prix trop élevé pour que son usage puisse dès maintenant se généraliser. Devons-nous nous en affliger ? Peut-être découvrira-t-on, au moment précis où le médicament nouveau deviendra d'un prix abordable, peut-être découvrira-t-on, disons-nous, que nous avons eu affaire à un médicament très inférieur et dont il devient inutile de s'occuper davantage. La science parfois nous ménage de ces surprises !

Antisepsie et coqueluche.—Dans un ouvrage publié tout dernièrement chez Steinheil, et portant pour titre : *Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène*, M. le docteur DE GENDRE admettant comme prouvée la contagiosité de la coqueluche, étudie les moyens propres à combattre l'agent infectieux de cette maladie. Il les énumère comme suit : Inhalations d'acide phénique, acide phénique par voie gastrique ; pétrole en inhalations ; quinine à l'intérieur, en insufflations, en pulvérisations ; benzoate de soude à l'intérieur ; thymol et salicylate de soude en inhalations et à l'intérieur ; résorcine en pulvérisations ; essence de térébenthine en inhalations et à l'intérieur ; acide sulfureux en inhalations ; insufflations dans le nez de poudres médicamenteuses : quinine, benjoin pulvérisé, acide salicylique, iodoforme, tannin, acide borique, bicarbonate de soude ; insufflations de poudre de café et d'acide borique ; inhalations d'acide carbonique et d'acide sulfureux.

Les pulvérisations d'acide phénique, solution à 4 ou 5%, ont surtout tout récemment encore été préconisées par M. Goldschmidt, de Strasbourg. Le jet de pulvérisation est dirigé, non seulement vers le malade, mais dans tous les recoins de la chambre, sur les tentures et les objets de literie. L'opération est renouvelée toutes les deux ou trois heures, et l'on pulvérise chaque fois 10 à 16 drachmes de la solution, suivant la grandeur de la pièce. Il faut qu'en y pénétrant du dehors on sente une forte odeur d'acide phénique. Car c'est à la condition de tenir les sujets dans une atmosphère chargée en permanence de molécules d'acide phénique que M. Goldschmidt a obtenu, dit-il, depuis douze ans, et sur une centaine d'enfants, "des résultats parfois étonnants, satisfaisants toujours."

Les insufflations dans les fosses nasales ont eu pour point de départ le fait, mis en lumière par Hach, de l'importance des réflexes partis des fosses nasales et de la fréquence des accès d'asthme, des spasmes bronchiques etc, ce qui a fait penser que la présence d'un agent infectieux dans les fosses nasales était le stimulus des quintes de coqueluche. D'après la statistique de Michaël, de Hambourg, on n'a obtenu aucun résultat dans 25% des cas; 75 fois sur 100, effets très prononcés, quelquefois surprenants; 7 fois sur 100, guérison en 2 ou 3 jours; 23 fois sur 100, en moins de vingt jours. Mortalité, 1%.

Sur 30 enfants traités par les insufflations de café et acide borique (Guerder), 18 avaient déjà été traités par un sirop calmant, mais 17 ont été soumis exclusivement aux insufflations. En général, en un espace de temps variant de 2 à 6 jours, les quintes tombaient de 15 ou 20 à 4 ou 5 dans les 24 heures; en même temps elles diminuaient d'intensité. Dans tous les cas où les insufflations purent être commencées dès le début, pendant la période catarrhale, une guérison radicale fut obtenue en 8 ou 15 jours, quelquefois moins. Dans trois cas même il parut y avoir une influence vraiment abortive.

Coqueluche et antipyrine.—Puisque nous en sommes à parler coqueluche, point ne faut oublier de mentionner que l'antipyrine a, elle aussi, été employée pour combattre cette maladie, et nous trouvons dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 mai dernier, une note de M. le docteur LABORDERIE, laquelle se termine par les conclusions suivantes:

1. Les enfants supportent bien cette médication, sauf de rares exceptions. Elle n'est pas dangereuse, et facile à administrer et à surveiller;

2. Le spasme est rapidement calmé et la période de déclin se prononce en quelques jours;

3. Par sa rapidité d'action et son innocuité, l'antipyrine me semble un précieux médicament en enrayant une maladie trop fertile en complications dès que sa durée et son intensité s'accroissent.

La dose employée par M. Laborderie a été de 6 à 18 grains pour les enfants jusqu'à deux ans, et de 18 à 60 grains pour les enfants plus âgés et les adultes.

Thérapeutique des vapeurs d'ipécacuanha.—MURRELL, de Londres (1) se trouve bien de l'emploi des vapeurs (*spray*) de vin d'ipécacuanha dans le traitement de la bronchite chronique, du catarrhe bronchique et d'autres cas analogues. A la suite d'expériences faites dans son service au *Westminster Hospital*, il croit

(1) *Medical Register*, vol III, no 18.

pouvoir poser les conclusions suivantes : Des résultats très heureux ont été obtenus par l'emploi de vapeurs d'ipécacuanha dans des cas de bronchite chronique et de catarrhe bronchique. Dans la phthisie fibroïde, il y a souvent une amélioration marquée, même alors qu'on n'a pas institué de traitement constitutionnel. Dans les cas d'enrouement dû à la congestion des cordes vocales, une seule inhalation suffit parfois à ramener la voix. Il importe peu que la vapeur (*spray*) soit administrée au moyen d'un vaporisateur à vapeur ou manuel (*hand-ball apparatus*). Dans tous les cas, le liquide vaporisé doit être chaud, et le malade doit garder la chambre quelques minutes après l'opération. Il faut voir à ce que les vapeurs pénétrèrent réellement dans l'arbre bronchique et ne soient pas arrêtées au passage par la langue. La vapeur s'administre trois ou quatre fois par jour, chaque séance durant environ dix minutes. Dans la majorité des cas de toux d'hiver, on obtient du soulagement au bout de huit à dix jours.

Traitement de la dyspnée par les nitrites et l'acide carbonique.— A la suite d'observations minutieuses et attentives, le professeur FRASER, d'Edimbourg (1), a constaté que chez les sujets affectés de bronchite, il y avait diminution et même le plus souvent disparition des râles, à toutes les périodes de la maladie, sous l'influence des nitrites en général. En même temps, la dyspnée diminuait aussi et même disparaissait pendant aussi longtemps que les bruits bronchiques. Pour obtenir une action thérapeutique durable, il faut répéter souvent les doses du médicament, au moins chaque fois que les râles se manifestent de nouveau.

Les nitrites exerçant, comme on le sait, une action congestionnante, M. FRASER les croit contrindiqués chaque fois qu'il y a tendance aux hémoptisies. Il prescrit de préférence le nitrite de sodium et la nitro-glycérine.

Dans une communication à la *Semaine médicale* (2), M. le professeur LÉPINE, de Lyon, étudie le mode d'action et les usages de l'acide carbonique, en inhalations, dans le traitement de la dyspnée, d'après le procédé de M. Weill.

M. Weill a surtout appliqué les inhalations d'acide carbonique au traitement de la dyspnée chez les tuberculeux, et a obtenu des résultats bien satisfaisants. Quand l'inhalation était pratiquée pendant la période dyspnéique, celle-ci était arrêtée court. Si elle avait lieu entre les accès, il y avait une action préventive sur les paroxysmes ultérieurs ; tel malade, qui avait douze accès par jour, n'en avait plus que cinq, ou même moins, et *atténués*.

Parmi les inconvénients de la méthode, M. Lépine signale

(1) *American Journal of the Medical Sciences.*

(2) Livraison du 23 mai 1888.

l'accoutumance, qui s'établit parfois assez vite. En outre il est des sujets qui sont absolument réfractaires à l'action bienfaisante du remède.

Dans la dyspnée de l'asthme et de la coqueluche, la méthode de Weill est peut-être efficace, mais les observations manquent. Les inhalations sont peu utiles dans la dyspnée des cardiaques et celle des urémiques.

La méco-narcéine.—M. LABORDE, chef des travaux physiologiques à la faculté de Paris, vient d'isoler du groupe des principes immédiats de l'opium un produit complètement débarrassé de la morphine et qui est la narcéine à laquelle restent attachés quelques alcaloïdes, inconnus encore aujourd'hui, et qui ont pour effet de la rendre plus soluble. A ce nouveau produit M. Laborde propose de donner le nom de méco-narcéine.

La méco-narcéine est hypnotique sans avoir les inconvénients de la morphine : nausées, vomissements, etc. Elle produit aussi un abaissement de la sensibilité générale et atténue les phénomènes réflexes ; la tension artérielle est notablement abaissée.

Les principales indications de la méco-narcéine sont :

1o. L'état d'insomnie, soit protopathique ou nerveuse, soit symptomatique ; 2o. les affections bronchiques ou broncho-pulmonaires dont la toux et l'hypersécrétion muqueuse constituent les symptômes fondamentaux, notamment la bronchite catarrhale aiguë et la coqueluche ; 3o. certaines névralgies facilement attaquables et modifiables par les injections hypodermiques.

La méco-narcéine peut enfin être essayée dans tous les cas de morphinisme, comme substitutif de la morphine.

On peut sans inconvénient porter la dose de méco-narcéine jusqu'à $\frac{2}{3}$, $\frac{3}{4}$ et même $\frac{4}{5}$ grain en 24 heures, mais, jusqu'ici, M. Laborde n'a pas eu besoin de dépasser la dose de $\frac{2}{3}$ gr.

Le sulfonal.—Tel est le titre d'un nouveau médicament hypnotique, produit de la combinaison de l'éthylmercaptan et de l'acétone. Son véritable nom, d'après BAUMANN, de Fribourg, est *diéthylsulfonolméthyméthan*.

Le sulfonal se présente sous forme de cristaux incolores, inodores et insipides, très peu solubles dans l'eau à la température ordinaire, beaucoup plus dans l'eau bouillante, l'alcool et l'éther alcoolisé. C'est un hypnotique pur et simple, dont les effets sont presque toujours sensiblement constants. Le sommeil est calme, naturel, et le sujet n'éprouve, au réveil, aucun effet désagréable. Avec une dose de 30 à 45 grains, la somnolence, puis le sommeil se manifestent au bout de $\frac{1}{2}$ heure à 2 heures, le sommeil dure environ de cinq à huit heures. Pas de troubles digestifs.

Les cas auxquels le sulfonal a semblé le mieux réussir ont été des cas d'insomnie simple chez des vieillards, ou en rapport avec

une maladie fébrile aiguë, ou encore avec une affection cardiaque. Même à doses toxiques, il n'altère pas les éléments constitutants du sang. Enfin il ne semble pas que le médicament soit de ceux dont l'usage entraîne une prompte accoutumance.

Il se donne en nature, à dose de 15 grains, soit dans un cachet, soit en suspension dans l'eau.

Eau de menthe dans le prurit génital.—Le docteur ROUTH (1) attire l'attention sur l'efficacité de l'eau de menthe dans le prurit génital, quel qu'en soit la cause: ascarides, poux du pubis, cancer utérin au début, leucorrhée, endocervicite, endométrite, grossesse, goutte, diabète, etc. Ce médicament donnerait, d'après lui, de meilleurs résultats que la cocaïne elle-même. Il prescrit l'eau de menthe de la pharmacopée britannique, additionnée d'un peu de borax. Une lotion contenant une cuillerée à thé de borax en poudre pour une chopine d'eau chaude avec addition de cinq gouttes d'huile essentielle de menthe peut être avec avantage substituée à la préparation officinale. On applique sur la partie malade au moyen d'une éponge.

Le médicament ne saurait être employé que si la peau est intacte. Dans le cas d'eczéma ou de gerçure des téguments, on doit préférer une solution de 5 grains d'iodoforme dans 1 once d'huile d'olive.

Les cas dans lesquels la lotion susdite a le mieux réussi ont été ceux où le prurit était de nature purement nerveuse, et principalement chez les femmes enceintes.

Traitement de la diarrhée rebelle par le talc.—Tout dernièrement, M. DEBOVE (1) a utilisé pour traiter les diarrhées chroniques rebelles à tout autre moyen, une poudre inerte administrée à haute dose. Il a choisi la poudre de talc ou silicate de magnésie, parce qu'elle est inattaquable aux sucs digestifs, finement pulvérulente et assez douce.

La dose moyenne est de 6½ onces par jour. M. Debove a donné le double et même le triple de cette dose, par jour, dans certains cas de diarrhée tuberculeuse chronique. C'est contre cette maladie, au reste, que le talc a été employé le plus souvent par M. Debove. La poudre se donne délayée dans du lait, mais il faut avoir soin d'agiter le mélange avant de s'en servir.

Les maladies chroniques semblent être l'apanage de tous les débutants, et restent le triomphe des praticiens expérimentés.

(1) *British Medical Journal*, 14 avril 1888.

CORRESPONDANCE.

LETTRE DE CINCINNATI.

Monsieur le Rédacteur-en-Chef,

Veillez me pardonner si j'ai un peu tardé à vous faire parvenir la correspondance que voici. J'ai compté sur votre indulgence et sur le fait que, votre journal étant mensuel, mes pages arriveraient encore à temps pour pouvoir être publiées dans le numéro de juillet.

Parmi les travaux présentés, le deuxième jour, à la section de médecine, je signalerai en premier lieu une note de M. le professeur PEPPER, de l'Université de Pensylvanie, sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. M. Pepper a insisté sur l'extrême difficulté de diagnostiquer parfois certaines maladies gastriques dont la véritable nature ne se constate qu'à l'autopsie. Il a cité à ce propos un cas de cancer des parois supérieure et inférieure de l'estomac traité depuis longtemps pour une simple gastralgie. Il a également rappelé l'assertion de Riegel qui prétend que dans un cas de cancer stomacal on ne doit retrouver aucune trace d'acide chlorhydrique dans les sécrétions de l'organe, six heures après le repas. Si l'expérience confirme la véracité de cette théorie, nous avons là un moyen qui, sans être infailible, n'en est pas moins très utile pour établir un diagnostic.

Le Dr. SHATTUCK est loin de croire à l'infailibilité absolue du réactif acide dans le diagnostic du cancer de l'estomac. Il serait préférable selon lui que l'on pût apprécier la quantité d'acide sécrété. Il pense que nous avons, dans l'auscultation, un moyen aussi sûr que facile de diagnostiquer la dilatation de l'estomac.

Le Dr. OSTERLONY dit n'avoir jamais éprouvé d'échec dans le diagnostic du cancer par l'analyse chimique des sécrétions gastriques. Dans le cancer, dit-il, l'acide chlorhydrique libre manque toujours. Parmi les symptômes qui peuvent nous mettre de bonne heure sur la trace du diagnostic, il signale l'inappétence et l'abaissement de la température.

Le Dr. J. WHITTAKER est aussi d'avis que l'absence d'acide libre dans les sécrétions de l'estomac, quelques heures après le repas, indique la présence du cancer de cet organe. L'hyperacidité, au contraire, est un symptôme d'ulcération.

La séance du troisième jour (10 mai) a, d'une manière générale, manqué d'intérêt. Je signale cependant une communication du Dr. DIDAMA, de Syracuse, sur cinq cas d'hématurie rebelle, et un plaidoyer du Dr. SHOEMAKER en faveur de l'emploi du naphthol B comme antiseptique.

Le traitement recommandé par le Dr. McFadden GASTON, d'Atlanta, contre la méningite cérébro-spinale est rationnel, mais peu nouveau. Jugez-en : à l'intérieur, calomel et quinine, et, plus tard, salicylate de soude et jaborandi. Localement, bains sinapiés chauds, surtout aux extrémités inférieures ; sinapismes le long de la colonne vertébrale, aux bras et aux mollets ; eau froide à la tête.

Il est entendu que les travaux présentés aux premières séances sont toujours plus remplis d'intérêt que ceux des derniers jours. C'est ce qui a été remarqué dans la *Section de chirurgie et d'anatomie*, où le président, M. le Dr. D. McLEAN, dans son discours d'ouverture, a signalé l'utilité des antiseptiques, qui, s'ils n'ont pas toujours la valeur intrinsèque réelle qu'on leur attribue, exigent, du moins, dans leur emploi, une propriété extrême et efficace. Parlant des anesthésiques, il donne la préférence au chloroforme. Au sujet des fractures, il considère le plâtre de Paris comme constituant la meilleure attelle.

Le Dr. H. SMITH a lu un travail intéressant sur la pathologie de l'appendice vermiculaire. Comme le pronostic des maladies de cet organe est, dit-il, très grave, il faut porter un diagnostic à bonne heure, et cela par exclusion. Il administre 20 ou 30 grains de calomel, par doses de 5 grains ; morphine hypodermiquement pour combattre la douleur, et purgatifs salins afin d'augmenter les mouvements péristaltiques. Si ce traitement échoue, il faut opérer.

Le Dr. McNURTRY, de Danville, nous a rapporté un cas de typhlite non traumatique avec perforation, qui, à la suite d'une laparotomie, a guéri. Il conseille d'opérer à bonne heure, lorsque le diagnostic est fait, chose qui n'est pas toujours facile, et alors qu'il n'y a pas d'extravasation dans la cavité péritonéale. Le Dr. Gross est aussi en faveur de l'opération pratiquée à bonne heure ; il la conseille même dans une fièvre typhoïde ambulante, s'il survenait une perforation, comme seule chance de sauver le malade.

Le Dr. SENN, de Wilwaukee, a donné comme moyen infaillible de diagnostiquer le siège, l'étendue et le nombre des plaies intestinales, dans les cas de traumatismes du canal alimentaire, les insufflations rectales d'hydrogène qui sont tout-à-fait inoffensives.

Dans les cas d'obstruction intestinale, la plupart des médecins paraissent conseiller une laparotomie exploratrice à bonne heure, sans se fier trop aux opiacés. Que voulez-vous ? c'est le siècle des laparotomies ; faisons donc des laparotomies ! Dans un avenir prochain nous aurons, croyons-nous, et c'est la leçon pratique la plus frappante des congrès, comme spécialité, le "laparotomiste explorateur" toujours à la disposition du médecin embarrassé pour faire son diagnostic. Ce sera une bénédiction, quoi !

La *Section d'obstétrique et de gynécologie* a présenté des tra-

vaux pratiques et bien étudiés. Le Dr. MARCY, de Boston, se fait le défenseur chaleureux de la laparotomie exploratrice; par ce moyen, dit-il, on sauvera bien des vies qui, par un traitement expectant et symptomatique, seraient fatalement perdues. Il croit l'opération dépourvue de grands dangers, entre les mains d'un chirurgien compétent qui s'entoure des moyens antiseptiques de rigueur.

Parlant du cancer utérin, le Dr. GORDON, de Portland, a dit que l'on doit opérer le plus à bonne heure possible, et cela par l'hystérectomie vaginale, car au début, la maladie étant purement locale, on diminuera considérablement la mortalité. C'est un point, il me semble, sur lequel tout le monde est d'accord et que nul ne disputera.

Le Dr. GOODELL, de Philadelphie, a décrit d'une façon un peu humoristique les manifestations hystériques localisées au rectum et qui seraient caractérisées par des douleurs assez souvent sans lésions visibles, du ténésme après une émotion morale, etc. Son médicament favori serait la pilule de sumbul composée (acide arsénieux 1/40 gr., sulfate de fer et extrait de sumbul, de chaque 1 gr., asafétida 2 grs.) Contre les accès de douleur il donne l'antipyrine, 5 grs. ou l'hydrobromate d'hyoscine 1/128 gr. En sus, il conseille le repos, les toniques, etc.

Une jolie discussion et de bonnes remarques ont été suscitées par un travail du Dr. JAGGARD de Chicago, sur le rapport entre les vomissements incoercibles de la grossesse et l'endométrite; ces vomissements seraient produits par l'action réflexe provenant de l'irritation périphérique de la muqueuse utérine malade. Le Dr. Marcy croit la maladie due à la persistance de l'activité et de la croissance des glandes utérines qui, normalement, s'atrophient à mesure que le placenta se développe.

Tous paraissent d'accord à dire qu'il faut provoquer l'avortement à bonne heure afin de sauver la mère, car l'œuf, disent-ils, ne peut se développer assez pour donner un fœtus viable. La question est très importante pour nous. Est-on autorisé dans ces cas à provoquer l'avortement? Est-ce bien chose certaine, établie, que l'embryon ne deviendra jamais viable? Il y a encore bien des pas à faire avant d'en venir à une réponse positive à ces questions au point de vue moral.

Le second jour, il y a eu lecture d'un joli travail sur les vices de conformation utérine, surtout l'utérus double, par le Dr. DUNNING, d'Indiana; ces cas seraient plus fréquents qu'on ne le croit et auraient donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Au cours d'une note du Dr. MARTIN, de Chicago, sur l'application de l'électricité à la guérison des maladies utérines (publié il y a déjà longtemps, je crois, dans le *Medical Record*), j'ai pu glaner les remarques pratiques que voici; quoique n'étant pas toutes nouvelles elles permettent répétition: Le courant galvanique

guérit complètement les petits fibrômes et a presque toujours une heureuse influence sur les tumeurs volumineuses ; il arrête les hémorrhagies et calmerait les douleurs. Il faut toujours employer l'électrode négatif intra utérin, à moins d'hémorrhagie ou de leucorrhée excessive. Lorsqu'on ne peut pénétrer dans la cavité utérine par le col, il faut faire une ponction négative dans la masse qui se présente et créer ainsi un canal artificiel qui servira à toutes les applications futures. La force du courant dépend rigoureusement de l'étendue de surface active de l'électrode utérin et doit être de 25 milliampères par centimètre carré de surface active ; la durée de la séance serait d'environ cinq minutes. Les applications doivent être faites avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur. Le Dr. Martin remplace l'électrode abdominal en terre glaise par un disque creux en métal recouvert de baudruche ou chamois et rempli d'eau ; cet électrode serait plus propre et plus commode. Il se sert aussi d'un électrode qui permet de savoir la situation et l'étendue de la muqueuse intra-utérine sur laquelle on agit. Un de ces électrodes a une surface active de 2 centimètres carrés, l'autre de 4. Il y a certainement ici une amélioration sur les électrodes ordinaires, qu'on pourrait qualifier "d'aveugles," dont on se sert habituellement.

Comme l'installation des batteries nécessaires à ce genre de traitement est assez dispendieux et offre certains inconvénients, le Dr. CARPENTER, de Cleveland, suggère l'idée de se servir du courant fourni par les dynamos de la lumière électrique de nos rues.

Le Dr. WATHEN de Louisville, dans un travail sur la grossesse extra-utérine, conseille d'enlever le sac en tout ou en partie. Sur le même sujet, le Dr. JOHNSON, de Danville, signale le fait que l'électricité dans ces cas détruit le fœtus mais non le placenta qui continue à sécréter. Ils insistent tous les deux sur la laparotomie à bonne heure.

Le Dr. REID, en traitant des kystes de l'ovaire, conseille leur extirpation au début ; il insiste, avec raison, sur les inconvénients des ponctions.

Le Dr. HALL, de Cincinnati, au cours d'un article sur la laparotomie exploratrice, faisant allusion à l'opération de Battey, sous le nom d'opération de Tait, s'est attiré des compliments un peu sarcastiques de la part du Dr. Battey, qui, en passant, ne paraît pas trop aimer M. Tait. Le Dr. GODDELL a avec raison conseillé beaucoup de réflexion et de discernement avant de recourir à une laparotomie ; c'est une pensée que ceux qui ont la fureur des laparotomies devraient peut-être bien méditer et mûrir.

Les travaux présentés à la *Section de pédiatrie* n'ont pas été aussi nombreux ni aussi intéressants qu'on aurait pu le désirer, comme vous allez pouvoir en juger. Le premier jour, la section a pris connaissance de deux notes sur l'alimentation des enfants, l'une par le docteur ATKINSON, de Philadelphie, l'autre par le docteur EARLE, de Chicago. Voici les conclusions de ce dernier :

10. La nature ne peut fournir, l'art ne peut inventer aucune nourriture qui puisse être substituée au lait de la mère. Il faut encourager les mères par tous les arguments possibles à nourrir leurs enfants, et leur démontrer les dangers du sevrage sans cause sérieuse; 2. Si, pour des causes que nous ne pouvons contrôler, et qui semblent rationnelles et sérieuses, une mère ne peut nourrir son enfant, dans les villes au moins, il faut donner une nourrice; 30. Un régime mixte est préférable à une nourriture entièrement préparée; 40. Pour les tout petits enfants, au lieu du lait de la mère ou de la nourrice, ce qui semble le meilleur est un mélange de crème, d'eau d'orge, de riz ou de gruau, avec du sucre de lait, du sel ordinaire, du phosphate de chaux ou de soude, ou de l'eau de chaux en petite quantité; 50. Pour les enfants plus âgés on doit donner du lait de vache ou les diverses nourritures lactées. Il semblerait, d'après les dernières analyses du lait de vache, que si on pouvait éviter toutes les causes de fermentation, on pourrait préparer le lait, sans grande difficulté, afin que les enfants puissent le digérer. C'est ce que l'on doit surtout rechercher. On doit faire attention à ce que le lait soit de bonne qualité, et qu'il ne contienne pas de bactéries. On peut encore le faire bouillir pendant un certain temps, et si on le mélange à de l'eau, il faut que celle-ci soit absolument pure. Si pour le rendre plus nutritif on lui ajoute de la crème, il faut veiller à ce que celle-ci n'ait pas subi une décomposition partielle. Le sucre qu'on y ajoute doit être du sucre de lait pur. Si on se sert de nourriture artificielle, il faut être sûr de leur choix, et si l'une d'elles réussit à un enfant, il faut en continuer l'emploi, et noter le poids de celui-ci, afin de se servir d'une autre si l'enfant maigrit et perd de son poids. Toutes les nourritures sont réputées pures par leurs inventeurs; on ne peut en désigner aucune. Mais l'ordre à suivre dans l'emploi du régime de l'enfant doit être le suivant: lait maternel, lait de nourrice, régime mixte, nourriture contenant de la crème, nourritures lactées, nourritures maltées, farinacées, toujours pures, dépourvues de bactéries.

Le second jour, le docteur LOVE, de St. Louis, nous a entretenus de la diphthérie et du croup, établissant un parallèle entre ces deux maladies et admettant qu'elles sont de nature identique. Cette thèse n'est pas nouvelle, comme vous le savez sans doute, et je crois qu'en France elle est assez généralement admise.

Le troisième jour, 10 mai, la section a entendu M. le docteur LARRABEE, de St. Louis, sur quelques points concernant les causes et le traitement des fièvres chez les enfants.

Il recommande le renouvellement de l'air frais, l'emploi des soins antithermiques plutôt que des médicaments antipyrétiques, la diète, des bains fréquents, et peu de drogues. Dans la fièvre typhoïde, il prescrit des mesures hygiéniques; au début il donne un vomitif (ipéca), puis du calomel, enfin un bain. S'il soupçonne

l'impaludisme, il ordonne de la quinine. Pendant le cours de la maladie, il ordonne des lotions fréquentes, et l'eau à l'intérieur, de la glace sur la tête et quelquefois des doses très faibles de morphine, du phénate d'ammonium. mais jamais, dit-il, il ne faut donner d'antipyrétiques comme l'acétanilide, à cause de l'acide carbonique contenu dans le sang. Il n'a pas confiance dans l'alcool, et ne force pas les malades à manger. Il donne du lait coupé d'eau avec un peu de sel.

Dans une note très intéressante, M STEELE, de Chicago, a parlé du traitement chirurgical de l'empyème chez l'enfant. Pour lui, le diagnostic une fois posé, il faut avoir recours à l'aspiration, au moins deux ou trois fois, et, si le pus s'accumule de nouveau, ouvrir largement et drainer antiseptiquement.

Je ne mentionne que pour mémoire une communication du docteur HARTFIELD, de Chicago, sur l'insuffisance du foie chez l'enfant et une autre du docteur JONES, de Danville, sur la chorée, toutes deux ne révélant aucun fait nouveau.

Je me permets de clore ici cette lettre déjà suffisamment longue et qui terminera ce que j'avais à vous communiquer au sujet des principaux travaux de l'Association.

Veuillez me croire,

Monsieur le rédacteur,

Votre bien dévoué

W. J. T.

Cincinnati, O., 22 juin 1888.

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	0.39 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	$\frac{1}{70}$ grains
1 Centigramme.	0.01	$\frac{1}{6}$ "
1 Décigramme.	0.1	1 $\frac{1}{2}$ "
1 Gramme	1.	15.432 grains
1 Kil. gr.	1000.	2.7 livres

TEMPÉRATURE.

EQUIVALENTS APPROXIMATIFS.		37 Centigr.	. . . . .	98°.6 Fahr.
		88° "	. . . . .	100°.4 "
		39° "	. . . . .	102°.2 "
		40° "	. . . . .	104°. "
		41° "	. . . . .	105°.8 "
1 in 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. sirop.	. . . . .	40.	"	
		1° Cent.	1° 8 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.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Formes anormales de la fièvre typhoïde. — Clinique de M. le Dr. RENDU à l'hôpital Necker. — La fièvre typhoïde peut se montrer sous des aspects si variés qu'il peut en résulter des difficultés de diagnostic de genres bien différents. M. Rendu a passé en revue à ce sujet quelques-unes des formes cliniques qui se sont présentées dans son service.

Une des plus fréquentes qui se présentent à l'observation est celle que l'on peut rapporter au type abdominal. La difficulté du diagnostic résulte ici surtout de la ressemblance de la maladie avec l'embarras gastrique, et cela d'autant mieux que toutes les fois qu'il y a une épidémie de fièvre typhoïde, il y a presque toujours aussi multiplication des cas d'embarras gastrique dont beaucoup ne sont que des fièvres typhoïdes atténuées. En pareil cas il est des formes de dothiéntérie très nettes, ainsi qu'une malade du service en est un exemple, où la température n'atteint 38°5 qu'exceptionnellement. L'état des urines a peut-être plus d'importance, car si elles renferment une petite quantité d'albumine pendant quelques jours, c'est qu'il s'agit presque toujours d'une fièvre typhoïde : il en est de même s'il y a eu plusieurs jours d'incubation, cet état prémonitoire prolongé appartenant presque sûrement à cette dernière maladie.

Lorsqu'après la défervescence, la convalescence ne s'établit pas rapidement, on peut être assuré que la maladie est bien une fièvre typhoïde et que le malade a été touché bien plus sérieusement que par un simple embarras gastrique. On peut enfin tirer un enseignement utile des circonstances étiologiques; c'est le cas qui se présente lorsque l'affection suspecte s'est produite dans le même foyer que d'autres fièvres typhoïdes.

Une des formes de fièvre typhoïde qui occasionnent le plus d'erreurs de diagnostic est celle qui débute par une angine. Les faits de ce genre, très différents du pharyngotyphus qui ne se montre qu'à une époque bien plus tardive, ont été souvent décrits depuis quelques années, et cependant ces notions ne sont pas encore assez vulgarisées. Ces cas sont pourtant assez fréquents, car le Dr Vaisson a démontré que dans un lycée de Paris, un dixième des fièvres typhoïdes avait présenté ce mode de début. Il est surtout assez commun chez l'enfant. Les symptômes d'ail-

leurs sont à peu près identiques à ceux d'une angine simple ; ils consistent dans une rougeur très intense du pharynx avec douleurs très vives et fièvre très forte. Le seul élément du diagnostic consiste dans le contraste que l'on remarque entre une lésion simple comme l'angine et la gravité de l'état général qui l'accompagne : mais c'est là un caractère bien incertain, car l'angine simple peut, dans certains cas, s'accompagner d'un état général fort grave. Il faut ajouter que ces angines sont souvent précédées de quelques prodromes ; localement, elles sont surtout caractérisées par la tuméfaction des follicules clos du pharynx sans retentissement sur les ganglions : on constate aussi quelquefois de petites érosions à la muqueuse, mais seulement à une période plus tardive. Il est vraisemblable que dans ces cas le bacille typhique imprègne d'abord le pharynx. Quoiqu'il en soit, au point de vue clinique, ce qu'il importe d'avoir présent à l'esprit, c'est la possibilité du début de la fièvre typhoïde par l'angine.

Les vomissements constituent encore un mode de début insolite qui peut donner lieu à des erreurs graves. Chez les enfants, ce début est très fréquent ; les vomissements se font alors à la suite de l'ingestion des boissons, contrairement à ce que l'on voit dans la méningite.

Le même fait peut s'observer chez les femmes enceintes ; mais ici l'erreur inverse peut se produire, car certaines femmes pendant leur grossesse présentent, en même temps que des vomissements, de la fièvre et de l'abattement ; ce ne sont cependant que des accidents de grossesse, car lorsqu'il se produit une fausse couche, tous ces phénomènes disparaissent, et on a pu même se demander si, dans ces cas, ce n'était pas l'état du fœtus qui retentissait sur l'état de la mère. Quoiqu'il en soit, cet état est difficile à diagnostiquer de la fièvre typhoïde.

Il est encore des cas dans lesquels les lésions pulmonaires constituent le phénomène prédominant. C'est ce qui est arrivé chez une malade du service qui, après refroidissement, a eu des frissons, un point de côté, de la bronchite, à un tel point que le diagnostic de grippe s'imposait presque forcément. Ces formes se produisent généralement sous une influence saisonnière et sont le propre des mois froids et humides. Cette influence localise les accidents du côté de l'organe pulmonaire. Les analogies entre les deux maladies, grippe et fièvre typhoïde, sont grandes, mais avec quelques différences : les déterminations locales diffèrent surtout notablement. La céphalalgie, qui est frontale dans la grippe, est occipitale dans la fièvre typhoïde ; elle est plus diffuse, s'étend sous forme de rachialgie, à ce point qu'elle peut être confondue avec un torticolis.

Le catarrhe oculo-nasal est à peu près constant dans la grippe ; il en est de même des déterminations trachéales et de la toux.

Dans la fièvre typhoïde, au contraire, les malades ne toussent pas alors même qu'ils ont la poitrine remplie de râles. Ce contraste est très remarquable et tient à une sorte d'anesthésie de la muqueuse bronchique. Quant à la tuberculose aiguë, on doit se rappeler qu'à côté des faits dans lesquels le diagnostic différentiel doit être établi, il en est d'autres où les deux maladies évoluent simultanément et où il y a véritable superposition des lésions.—*Abeille médicale.*

De l'insuffisance mitrale; difficultés du diagnostic et du pronostic, par P. DUROZIEZ.—L'insuffisance mitrale est d'un diagnostic difficile; le pronostic n'est pas plus aisé. Y a-t-il lésion de la mitrale? Que deviendra cette lésion? Peut-elle ne pas s'aggraver? Peut-elle guérir? On dit: insuffisance mitrale avec une facilité, une tranquillité qui nous étonnent. Il serait plus juste d'inscrire souffle de la pointe. Laissera-t-on entendre au malade ou à la famille qu'il y a sous roche une maladie de cœur parce qu'on aura entendu un souffle de la pointe? Nous n'en avons pas le droit, si nous n'avons pas d'autre signe.

La pointe est le rendez-vous de bien des souffles qui viennent de tous les orifices; il y a, de plus, et c'est là le point capital, l'état chloro-anémique qui intervient souvent.

A quels signes pouvons-nous reconnaître l'insuffisance mitrale?

Le souffle passe en arrière de la poitrine; le premier claquement est absent; le souffle est en jet de vapeur, n'a plus d'attache avec les claquements; on trouve des râles dans la poitrine. Mais on n'arrive pas de suite à ces signes éclatants.

Il y a des cas douteux.

L'augmentation du volume du cœur est un signe quelquefois délicat. On signale comme dilatés des cœurs qui ne le sont pas. On sent la pointe dans la cinquième espace intercostale; elle n'est que dans le quatrième; on a mal compté les espaces, ce qui n'est pas rare. La percussion a été mal faite, le cœur n'est pas gros, comme on l'a annoncé.

Le premier claquement peut exister encore, si la mitrale n'est pas rigide. L'insuffisance, si les valves sont encore souples, ne peut exister que lorsqu'elles se sont relevées, et par conséquent ont claqué. Le premier claquement indique une valvule non désorganisée, on peut conserver quelque espoir. Il est très important de noter la présence du claquement et son timbre plus ou moins normal.

La présence du rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents assombrit le diagnostic, mais heureusement le rhumatisme n'est pas toujours suivi de l'insuffisance mitrale, et nous ne devons pas affirmer l'insuffisance par une seule explosion de rhumatisme. S'il y en a eu plusieurs, il y a des chances pour que le diagnostic ne soit plus douteux. Le malade est resté sous l'influence du

rhumatisme qui a eu le temps de désorganiser les valvules et tout l'arbre circulatoire, tronc, branches et racines.

Enfin, un signe qui peut avoir une grande importance est l'absence de bruits au cou. Commençons par ausculter le cou; nous tirerons de cet examen ce que nous pourrons. Il est probable qu'il ne se forme pas de bruit chloro-anémique dans les cavités du cœur sans qu'il en existe au cou. S'il y a au cou des bruits chlorotiques forts, nous devons nous méfier des souffles cardiaques et faire la part de la chloro-anémie dans le souffle que nous entendons.

Stokes n'aimait pas l'auscultation; elle aide cependant le diagnostic, dont une partie ne peut pas se faire sans elle, et contribue pour une faible part au pronostic; on peut vivre longtemps avec une lésion des valvules, combien de temps? L'auscultation ne nous le dira pas. Mais nous sommes tout à fait de l'avis de Stokes lorsqu'il dit que le grand objectif—on ne peut trop souvent le répéter—est d'établir que le souffle procède d'une cause organique.

Stokes était préoccupé de la question de l'anémie dans les lésions du cœur; il étudia plutôt la combinaison que chacun des éléments.

Dans quelques cas, les lésions valvulaires ne progressent pas, ou le font avec une telle lenteur qu'elles constituent une classe à part. Stokes cite l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une grippe ne se plaignant d'aucun symptôme attribuable à une lésion du cœur, présente un bruit de soufflet masquant le premier bruit du cœur à gauche. On change toutes ses habitudes. Stokes le voit alors. Son apparence est bonne, le pouls régulier, normal, le cœur tranquille. Jamais aucune palpitation. Stokes trouve le même souffle à la pointe. Sept ou huit ans avant, le malade avait eu une attaque sévère de goutte rhumatismale. La lésion, qui datait de cette époque, n'avait pas progressé; les valves avaient été altérées, mais non à un degré suffisant pour gêner leur fonction. Stokes rend au malade ses habitudes; le souffle reste le même, et le malade se porte très bien.

Stokes conclut que cet individu a gardé son souffle au delà de douze ans, et qu'il est imprudent de changer une manière de vivre qui n'a produit aucun accident.

Que de cas analogues à celui-là! On peut avoir pendant des années un bruit râpeux, et cependant faire de violents exercices, dit Stokes. Le conseil de Stokes est imprudent. L'exercice modéré est toujours bon, mais les exercices violents sont ils favorables?

Un autre cas, dit Stokes, où le praticien devra être très réservé comme diagnostic et pronostic, est celui de la combinaison des souffles organiques et anémiques. Cette combinaison n'est pas rare, surtout chez les jeunes personnes; il est souvent difficile de

dire laquelle a eu l'initiative, de la lésion organique ou de la lésion fonctionnelle.

Dans ces cas, Stokes est d'avis de traiter seulement l'état anémique. Il y a là un point de pratique important. Tous les médecins ne sont pas de cet avis.

Dans ce cas, dit Stokes, la nature de la maladie étant douteuse, nous croyons juste d'accorder à la patiente le bénéfice de ce doute, et en conséquence notre attention se dirigea plutôt vers l'état général que vers l'état local. Nous ne pouvions pas dire si le souffle mitral était entièrement fonctionnel ou en partie organique, mais nous pouvions reconnaître l'anémie à l'histoire générale de la patiente, à la pauvreté utérine et au souffle artériel avec un second claquement clair. La vie de cette femme fut prolongée par un traitement qui négligea tout à fait la lésion organique, et qui, au moins pour beaucoup de médecins, aurait dû l'aggraver; les remèdes qui ramenèrent la santé étaient le fer, le quinquina, le vin, l'exercice et la participation à tous les plaisirs de la vie riche. Nous sommes guidé par l'absence des symptômes et des signes des lésions confirmées du cœur, absence qui n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

Nous sommes de l'avis de Stokes; ce n'est pas un souffle de la pointe qu'il faut soigner, mais bien l'état général. L'insuffisance mitrale n'est peut être pas très fréquente, et certainement est moins fréquente qu'on ne la fait. On a été obligé d'admettre les insuffisances fonctionnelles, parce que, dans beaucoup de cas, on ne trouve pas à l'autopsie les insuffisances absolues qu'on a supposées.

Les lésions des valvules ne progressent pas toujours. Il est des cas où les accidents graves ne se manifestent que vingt et trente ans après qu'on a déjà noté un souffle de la pointe, et cela, chez des ouvriers qui n'ont pris aucun soin de leur santé. Stokes propose une classe à part pour ces cas.

CONCLUSIONS.—Le diagnostic de l'insuffisance mitrale vraie est difficile et important.

Le souffle de la pointe n'indique pas nécessairement l'insuffisance mitrale, il appartient à tous les orifices et à la chlorose.

L'insuffisance fonctionnelle n'existe pas en dehors de l'asystolie. Il faut choisir entre la lésion organique de l'appareil valvulaire et la chloroanémie, qui souvent coexistent et se renforcent.

Le pronostic de l'insuffisance mitrale vraie dépend de l'origine, rhumatismale ou autre, diathésique ou passagère. Il est assombri par les grossesses.

On peut vivre longtemps avec une insuffisance mitrale.

La lésion récente peut guérir.

Avant tout, l'insuffisance mitrale existe-t-elle?—*Tribune médicale.*

CHIRURGIE

Luxation de l'épaule.—Clinique de M. le professeur RICHET à l'Hôtel-Dieu.—Le 5 mai est entrée, salle Notre-Dame, une femme, cuisinière, âgée de soixante-trois ans. Cette malade, couchée au lit No 24, présente une luxation de l'épaule datant de quatre mois et intéressante par les phénomènes qui l'ont précédée.

La malade avait été soignée dans le service du Dr. Féréol, pendant un assez long temps pour des douleurs qu'elle ressentait dans son épaule depuis deux ans. Ces névralgies très intenses avaient nécessité des traitements divers, entre autres le stypage, et qui n'avaient pas eu grand effet.

A cette époque, cette femme fit une chute sur l'épaule. Elle éprouva une vive douleur, et il en résulta une difformité. Elle pouvait à peine se servir de son membre supérieur.

Alors au milieu du mois de janvier de cette année, la malade se présenta à l'hôpital Laennec, où elle fut admise, dans le service du Dr. Ferrand. Elle y resta à peine; on la fit passer dans un service de chirurgie fait par le Dr. Routier. Ce dernier diagnostiqua une luxation de l'épaule, et vu l'âge de la femme n'intervint pas et lui conseilla de rester en cet état. Elle quitta l'hôpital.

Il y a quelques jours, elle vient donc à l'Hôtel-Dieu et entre dans le service du professeur Richet.

Pour faire l'histoire que nous venons de raconter, il a fallu la démêler avec grand soin.

En examinant la malade, on voit d'abord que le coude est très écarté du corps et l'on ne peut pour ainsi dire pas le ramener de dehors en dedans, il est presque immobile; l'impotence du membre est absolue, mais il n'est pas sensiblement amaigri; il n'y a pas de gonflement de la main. Il y a donc intégrité parfaite des vaisseaux et des nerfs.

L'épaule présente tous les caractères d'une luxation: elle est très aplatie; on perçoit le vide de la cavité glénoïde, et l'on tête humérale située dans l'aisselle, en dedans de l'apophyse coracoïde. C'est un type de la luxation intercoracoïdienne de Malgaigne, de la souspectorale de Velpeau.

Voilà donc une luxation de l'épaule qui se présente nettement avec tous ses caractères, sans fracture, et datant au moins de quatre mois et douze jours—elle fit, en effet, sa chute le lendemain de Noël.—On n'a fait jusqu'à présent aucune tentative de réduction. La tête humérale a dû contracter des adhérences multiples avec les parties environnantes; il doit y avoir une véritable pseudarthrose.

Il y a ici quelque chose qui doit attirer l'attention, c'est la

maladie qui a précédé ce traumatisme, c'est cette arthrite durant depuis deux ans et soigné par le Dr. Féréol. On se trouve donc en présence d'une luxation pathologique présentant un caractère particulier et spécial dont il faut tenir compte. Les os devaient avoir souffert antérieurement à la luxation.

Quelle conduite doit-on tenir en pareil cas? Faut-il ne rien faire? Mais c'est là pour cette pauvre femme une situation pénible, elle ne peut se servir de son bras. Ne peut-on pas essayer de réduire cette luxation quoiqu'elle soit ancienne, et que la malade ait un âge avancé? Si, certainement, il faut intervenir. Et de plus, l'arthrite antérieure est probablement guérie. Ces deux os malades, qui frottant continuellement l'un sur l'autre entretenaient l'affection, sont séparés depuis quatre mois; ils ont eu le temps de guérir.

Quel va donc être le manuel opératoire? Dans une première séance, on mobilisera la tête humérale, on détachera toutes ses adhérences. Et cela sans rien sectionner avec l'instrument tranchant, en les déchirant par mouvements forcés, en avant, en dedans, en haut, etc. Car il ne faut pas oublier que la malade est vieille et qu'elle supporterait peut-être mai une opération sanglante.

Puis dans une seconde séance, une fois la mobilisation complète obtenue, on replacera la tête humérale dans sa cavité, et il est probable que la malade guérira bien.—*Praticien.*

Traitement des petites plaies suppurantes.—Les plaies fraîches peu étendues guérissent rapidement sous un pansement occlusif, boudruches, taffetas, etc... Mais soit défaut de précaution, soit par toute autre cause, si ces plaies viennent à suppurer, il est désagréable d'avoir à porter pour un bobo un pansement véritable, et si on ne le fait pas, la plaie s'enflamme sous le pansement occlusif.

Il est très facile d'y remédier. Une petite plaie en pleine suppuration peut être stérilisée par l'imbibition pendant quelques minutes avec une solution assez forte de sublimé, 1 pour 100 par exemple. Après cette stérilisation, un pansement occlusif comme dans le cas de plaie fraîche tient très bien et la cicatrisation se fait sans suppuration. On peut agir de même sur un furoncle après l'élimination du bourbillon.—*Normandie médicale.*

Traitement des excroissances épidermiques anormales.—Le docteur ROESEN se félicite du traitement suivant, dans les cas de productions épidermiques anormales, tels que cors, œils de perdrix, verrues, etc.

On humecte la production épidermique avec une solution aseptique (acide borique ou salicylique), puis on la recouvre d'une couche assez épaisse (4 à 5 millimètres) d'acide salicylique pur,

créatilisé. On applique par dessus, en manière de pansement, d'abord un morceau de *lint* boriqué, préalablement humecté et plié en quatre, puis un morceau de gutta-percha, assez grand pour envelopper de tous côtés la partie qui est le siège de la production anormale. Quand celle-ci n'atteint pas des dimensions très grandes, le pansement est laissé en place pendant huit jours. En l'enlevant, on trouvera la production épidermique un peu ratatinée et complètement détachée de sa base d'implantation primitive. Au-dessous, la peau, fine, ne présente aucune trace de cautérisation, ni d'hémorrhagie. Quant la production épidermique atteint une grande épaisseur, comme il arrive souvent aux pieds, il faut laisser le pansement plus longtemps en place, ou le renouveler au bout de cinq jours.

Du traitement consécutif des trachéotomisés, par le Dr. K. ROSE.—Sur 47 diphthéritiques trachéotomisés dans l'espace des trois dernières années, à la clinique chirurgicale de Marburg, le chiffre des cas de guérison s'est élevé à 53 0/0. Ces résultats favorables seraient obtenus, suivant l'auteur, par l'emploi d'une canule munie d'un tampon iodoformé. On sait que le processus diphthérique ne progresse pas par sauts, mais s'étend au contraire de proche en proche comme l'érysipèle par exemple. L'auteur admet que le tampon iodoformé que l'on introduit dans la trachée avec la canule constitue une barrière que l'inflammation diphthérique partie du larynx ne parvient pas à franchir.

Voici comment il est procédé pour la préparation de cette canule :

On entoura une canule ordinaire en argent d'une bandelette de mousseline, longue de 10 cent., large d'environ 2 cent. et trempée préalablement dans une solution de sublimé. Ceci fait, la bandelette, encore mouillée, est vivement frottée avec de la poudre d'iodoforme. Celle-ci forme, une croûte plus ou moins épaisse adhérant solidement à la canule. Après son introduction dans la trachée, la mousseline se gonfle de nouveau et constitue alors un tampon antiseptique qui s'oppose à l'envahissement des régions sous-jacentes par le processus infectieux.

Il importe que la canule munie de son tampon, obture exactement la lumière de la trachée. Son calibre sera donc différent suivant l'âge des malades. Pour les enfants âgés de 1 à 2 ans, la canule devra avoir une épaisseur de 5 à 6 millim.; pour les enfants âgés de 3 ans, son épaisseur sera de 6 à 7 millimètres; à 5 ans de 7 à 8; à 7 ans de 8 à 9. La canule sera laissée dans la trachée pendant 2 jours, au bout de ce temps on la remplacera par une canule dont l'enveloppe sera fraîche et qu'on laissera à demeure jusqu'au 5^e jour.

Les avantages de cette canule seraient de ne jamais produire de gangrène, de protéger contre les hémorrhagies de la trachée

et dans la trachée, d'empêcher la formation de granulations trachéales, de s'opposer à la nécrose des cartilages et enfin d'empêcher les débris alimentaires, surtout dans les cas de paralysie des muscles du pharynx, de tomber dans les voies respiratoires.

Lorsque les fausses membranes diphthéritiques ont envahi la trachée, les tentatives de désobstruction de cet organe qui sont faites habituellement avec un cathéter élastique n'ont que trop souvent pour effet d'enfoncer plus profondément encore le corps étranger. L'auteur propose de remplacer dans ces cas la sonde ordinaire par un petit instrument imaginé par son père. Il consiste essentiellement en une bougie urétrale molle, très flexible dont l'extrémité inférieure est munie d'un petit anneau qui a 5 à 6 millimètres de diamètre. Suivant M. Roser, cet instrument peut être introduit sans difficulté jusque dans les grosses bronches et au retour, en appuyant l'anneau à volonté contre l'une ou l'autre paroi, on arrive facilement à détacher et à ramener au dehors des moules fibrineux considérables.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'auteur emploie, pour désobstruer des bronches de petit calibre, la seringue aspiratrice vissée sur une sonde coudée.

Il a toujours la précaution de verser préalablement dans la trachée 10 à 20 gouttes d'une solution de sublimé. — *Jour. des sciences médicales de Lille.*

Le Dr. THORNTON, en décrivant les différentes canules remarque que les fenêtres dans la partie supérieure du tube ont l'inconvénient quelquefois d'irriter la muqueuse. Celles construites en caoutchouc durci sont fragiles à moins d'être épaisses et embarrassantes. La canule bivalve doit être rejetée. La meilleure, au dire de l'auteur, serait la canule rectangulaire de Durham, surtout si la portion trachéale était allongée. On signale et on recommande des canules faites d'étoffe à catheter tissée (soie). — *Medical Analectic.*

De la suture des plaies par M. le prof. TRÉLAT. — Il y a longtemps que je soutiens le principe que l'idéal de la chirurgie est de faire des pansements indéfiniment durables. Ce qui m'a conduit à la simplification des éléments du pansement.

Je disais autrefois que les conditions de la réunion étaient l'asepsie, un affrontement parfait, un facile écoulement des produits de sécrétion.

Aujourd'hui, je supprime le troisième terme, et je dis aseptie et affrontement parfait.

L'affrontement n'est pas possible dans tous les cas ; ce sont ces cas qu'il faut chercher.

Dans la grande majorité des cas, il est possible et je supprime les drains.

Quand nous avons fait l'asepsie parfaite et si l'affrontement n'est pas exact, on peut avoir un épanchement séro-sanguinolent.

La question de l'étendue de la plaie n'entre pas en ligne de compte dans la question du drainage, contrairement à ce que dit M. Championnière.

Il m'a semblé que la Société de chirurgie se rattachait à l'idée de la conservation des drains. Je ne suis pas tout à fait de cet avis, mais je crois que cette question est à l'étude; la question des indications certaines reste à poser.—*Revue de thérapeutique.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la conduite à tenir dans les cas de rétrécissement du bassin.—Leçon de M. le docteur BUDIN, à la Clinique.—Les premiers mois de la gestation s'étant accomplis normalement, vers le septième ou même le huitième mois, au moment où le fœtus commence à s'accommoder dans la cavité utérine, on constate l'absence de toute présentation bien définie.

Les bassins viciés, en effet, sont les causes principales des vices de présentations et de positions. C'est donc vers le septième ou huitième mois que l'attention de l'accoucheur doit être mise en éveil, car le moment d'intervenir est proche.

Au moment du travail, on constate une perturbation dans la série des phénomènes qui lui sont propres. Il n'y a pas d'engagement alors que l'apparition des premières douleurs est déjà éloignée. La poche des eaux bombe dans le vagin par suite de l'absence de la tête qui n'est pas là pour boucher l'aire du détroit supérieur. Cette poche se rompt prématurément, il y a perte abondante de liquide amniotique, et même fréquemment il y a proci-dence du cordon. Le col se dilate, mais presque jamais il n'arrive à une dilatation complète.

Les douleurs sont néanmoins énergiques, mais n'appuient pas la tête sur le col. Elle reste au-dessus de l'excavation et n'achève en rien la dilatation du col.

On conçoit la gravité d'un tel état, et une intervention immédiate est indiquée. L'enfant, en effet, peut succomber soit à une rupture du crâne, un écrasement du cerveau, dus aux pressions exercées par les contractions utérines.

La mère peut s'épuiser en vains efforts, et à chaque instant elle est menacée d'une rupture de l'utérus, du vagin ou de la vessie. Comme conséquences moins graves, on peut citer les hémorrhagies capillaires, les fistules vésico-recto-vaginales, les meurtrissures du méat, la cystite, etc.

Le pronostic est donc entre les mains de l'accoucheur, mais se

base aussi sur le degré de rétrécissement et sur la grosseur du fœtus.

On peut diviser (Paul Dubois) les bassins en trois catégories, en les considérant dans leur diamètre antéro-postérieur : 1^o ceux de 9 cent. à 11; 2^o ceux de 6 à 9; 3^o ceux de 0 à 6.

Les plus importants sont ceux de la deuxième catégorie qui eux-mêmes ont été classés en deux subdivisions : bassins de 7½ cent à 9, et bassins de 6 à 7½ cent.

Les *bassins de la première catégorie* ne constituent pas un danger immédiat. L'accouchement peut généralement avoir lieu grâce à une application de forceps et sans que les accidents graves que nous signalions plus haut soient à redouter d'une façon absolue.

Avec ces bassins-là, lorsque *l'enfant est encore vivant* et se présente par le *sommet*, il faut laisser à l'utérus le temps de faire tout ce qu'il peut faire. Souvent à lui seul, il engagera la tête, et il lui fera franchir l'orifice utérin. L'attente maxima sera de deux heures environ.

Alors on fait une première application de forceps. Si celle-là ne réussit pas, on attendra une heure environ avant d'en faire une deuxième. Devant un nouvel insuccès, ne pas insister et employer le *basiotribe*.

L'enfant est il mort, alors pas d'hésitation possible, il faut employer d'abord le forceps, et recourir vite au *basiotribe* pour peu que l'on éprouve quelque difficulté.

Dans les présentations du *siège*, au moment du travail, on aidera à la terminaison de l'accouchement par la manœuvre de Mauriceau, modifiée par M. Champrier de Ribes.

Dans le cas de présentation de *l'épaule*, la version est formellement indiquée, et on se trouve dès lors en présence d'une présentation du *siège*.

Pendant la grossesse, une femme vient consulter et on constate chez elle un rétrécissement compris entre 9 et 11 cent. Tout d'abord il faut rechercher l'âge de la grossesse et constater, par la méthode de Pinard, le rapport qui existe entre la tête et la filière pelvienne. Si la disproportion n'est pas exagérée, il faut attendre, et les choses marcheront bien au moment de l'accouchement. Mais si, au contraire la tête est très volumineuse, et surtout si la femme a déjà mis au monde des enfants morts, provoquez l'accouchement.

Bassins de la deuxième catégorie.—Femme en travail, présentation du *sommet* : l'enfant est-il vivant et la dilatation suffisante—n'attendez pas qu'elle soit complète, elle ne le deviendra pas,—faites une application de forceps pendant que la main d'un aide favorisera le mouvement de flexion de la tête par des pressions exercées extérieurement sur l'abdomen. Exercez des tractions lentes et soutenues pour permettre au fœtus de s'engager plus facilement.

Avec une présentation de la *face* relativement fréquente dans ces bassins-là la tête flotte au-dessus de l'aire du détroit supérieur, le forceps, dont l'application est fort difficile, réussit mal, et la version offre une chance de succès plus grande.

La présentation du *siège* et de *l'épaule* après version seront traitées par la manœuvre de Mauriceau et de Champrier de Ribes.

Mais dans tous ces cas, dès qu'un mode d'intervention paraît douteux au point de vue du résultat, il faut recourir aux moyens énergiques, à la basiotripsie.

Si une femme vient consulter avec un bassin de $7\frac{1}{2}$ cent. à 9, ne pas tarder à provoquer chez elle l'accouchement prématuré, aujourd'hui que le gavage et les couveuses permettent de mener à terme un enfant né viable.

L'époque à laquelle on doit provoquer l'accouchement est indiquée par le retrécissement lui-même. Par exemple, avec un bassin de $7\frac{1}{2}$ cent, provoquez l'accouchement à $7\frac{1}{2}$ mois; à 8 cent., 8 mois; à $8\frac{1}{2}$ mois pour un bassin de $8\frac{1}{2}$ cent.

Bassins de la deuxième catégorie au-dessous de $7\frac{1}{2}$ cent. Rarement on obtiendra dans ces cas-là un enfant vivant, et l'on n'a comme chance de succès alors que la *non-ossification* de la tête qui permet une compressibilité exagérée. Mais malgré tout, souvent la mort du fœtus s'ensuit.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une femme à terme, on doit tenter d'abord une application de forceps avant de recourir à l'écrasement. De même pour la présentation du *siège* et pour celle de *l'épaule* après version.

Quand la femme n'est pas à terme, il faut provoquer l'accouchement et pratiquer la version d'emblée.

Bassins de la troisième catégorie.—Quelquefois en provoquant l'accouchement au sixième mois pourra-t-on avoir un enfant vivant avec un bassin de 5 centimètres.

Au-dessous de $4\frac{1}{2}$ cent. jamais il ne faut espérer avoir un enfant vivant.

De 3 à 6 cent. l'introduction des instruments est encore possible à la rigueur. Au-dessous de 3 cent. il faut songer à sauver la mère, et une seule chance de salut lui reste: l'opération césarienne.—*Praticien.*

Dangers de la glace dans les hémorrhagies post-partum.

—Plusieurs cas où l'on avait réussi à arrêter l'hémorrhagie par l'introduction de fragments de glace dans l'utérus, ont été suivis de symptômes de septicémie. Ce fait, d'accord avec les recherches récentes de Prudden sur la présence de bactéries vivantes dans la glace, peut faire croire qu'il y a eu une infection septique venant de la glace. Dans bien des cas, l'eau est certainement préférable comme agent hémostatique, et la possibilité de transporter

germes par la glace restera le plus puissant argument contre son emploi.—*Medical Record*.

Traitement de la leucorrhée par l'acide borique.—M. F. SCHWARTZ ayant obtenu d'excellents résultats de l'acide borique en poudre dans l'otorrhée, se demanda si on ne pourrait pas l'employer de la même façon dans la leucorrhée. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade chez laquelle les remèdes les plus divers, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le bismuth, les irrigations chaudes, etc., avaient absolument échoué et qui au bout de quinze jours était parfaitement guérie par l'acide borique. L'auteur l'a employé fréquemment depuis et toujours avec les mêmes résultats favorables.

Il conseille d'opérer de la façon suivante: faire une irrigation vaginale avec de l'eau aussi chaude que possible, introduire le spéculum et sécher avec des éponges et du coton hydrophile. On introduit alors une quantité d'acide borique en poudre suffisante pour remplir la partie supérieure du vagin et recouvrir complètement toute la partie intra-vaginale du col. On tasse la poudre et on la maintient en place au moyen d'un gros tampon de coton absorbant.

On laisse le pansement en place pendant trois ou quatre jours et on le renouvelle s'il est nécessaire, ce qui est rare. Les deux premiers jours, il y a encore un léger écoulement aqueux à travers la poudre et le coton, mais il disparaît promptement.

L'auteur, sans vouloir faire de l'acide borique une panacée, dans tous les cas de leucorrhée, a toujours obtenu la guérison et pense que ce nouveau mode de traitement rendra de signalés services.—*Paris médical*.

—Le professeur MILLER, de Berlin, au cours d'un article sur les dents de lait, signale les effets désastreux du sucre et d'autres substances fermentescibles sur les dents. Les enfants dit-il, mangent constamment du sucre ou des matières qui en contiennent et quoique les particules alimentaires soient plus sujettes à se déposer entre les dents chez eux que chez les adultes, néanmoins on ne nettoie jamais, ou que très rarement, leurs dents. Il insiste sur un nettoyage effectif deux fois par jour, avec une brosse très douce et un dentifrice désinfectant faible. Les bonbons devraient être entièrement prohibés ou leur emploi soigneusement surveillé. Le sucre d'orge étant plus soluble ne serait pas aussi préjudiciable que le chocolat et les sucreries molles. Il faut se rappeler aussi que les amylacés se convertissent rapidement en glycose. Miller, suggère que lorsqu'un enfant a mangé du sucre d'orge, il se lave la bouche. Toute dent cariée doit être plombée de suite même chez les enfants au-dessous de 3 ans. On doit porter attention aux dents des enfants dès le début.—*Medical & Surgical Reporter*.

PÆDIATRIE.

Convulsions de l'enfance.—Le Dr. L'ESSENE vient de publier, chez Octave Doin, un remarquable travail sur ce sujet, terminé par les conclusions suivantes :

L'éclampsie infantile est un symptôme, un épiphénomène, et non une affection spéciale.

Le jeune âge en est la cause prédisposante par excellence ; elle est surtout fréquente aux phases critiques de la dentition et du sevrage.

Sa pathogénie, son mode de terminaison suffisent à la distinguer des grandes névroses à forme convulsive, rares d'ailleurs dans la première enfance.

Il n'existe pas de lésion organique, sauf le cas où les convulsions sont d'ordre symptomatiques.

Les causes susceptibles de provoquer l'état convulsif chez l'enfant sont multiples : on les distingue en prédisposantes (âge, hérédité, certaines conditions de la grossesse et de l'allaitement) et occasionnelles dont le nombre est illimité.

L'indigestion, le trouble des voies digestives, sont une occasion commune des convulsions chez les petits enfants.

Le plus souvent bénignes, les convulsions disparaissent sans laisser de traces après elles ; la guérison est la règle. Quelquefois elles donnent lieu à des accidents graves pouvant affecter le corps et l'intelligence ; la mort peut en être le triste dénouement.

Elle peut survenir brusquement par asphyxie, ou plus lentement par syncope et épuisement nerveux.

Le diagnostic, le pronostic, sont intimement liés à la cause qui a provoqué les convulsions ; elles sont du plus fâcheux augure, quand elles éclatent vers la fin d'une affection en cours.

Les " convulsions internes " ne sont que des convulsions partielles, localisées à la face et aux muscles de la vie organique. •

Le traitement, pour être rationnel et efficace, doit répondre à la double indication thérapeutique tirée de la cause et de l'accès lui-même.

Rechercher la cause est chose importante ; d'elle dépendent et la médication et les moyens à employer.

Le mieux parfois est de ne rien faire d'actif comme traitement de l'accès ; mais il est des circonstances où il faut intervenir avec rapidité et énergie.

Dans les cas bénins, employer les sédatifs, les anti-pasmodiques usuels, les révulsifs légers ; dans les cas graves, recourir sans hésiter au chloral et aux inhalations de chloroforme.

Cette pratique est sans danger, pourvu qu'on agisse par doses successives : il n'est pas d'ailleurs nécessaire, pour obtenir la dé-

tente musculaire, de pousser l'anesthésie jusqu'à ses dernières limites.

Faire usage d'une compresse fine imbibée de chloroforme et maintenue à petite distance du nez et de la bouche ; observer avec soin le pouls pendant l'opération.

L'effet de cette médication est rapide ; le désordre moteur s'apaise, le spasme cesse, et l'enfant s'endort dans un calme parfait.

Contre le spasme de la glotte, l'emploi du chloroforme paraît absolument indiqué.—*Rev. de thérap.*

Alimentation des nouveau-nés.—Clinique de M. le prof. BUDIN—Les soins à donner à l'enfant dans les jours qui suivent sa naissance ont une importance réelle. Le médecin doit y veiller beaucoup, car si peu que les mères ou les nourrices mettent de négligence à remplir leur mission, les conséquences peuvent être très graves, les enfants périssent et succombent très vite, et les soins assidus deviennent alors souvent inutiles. Autrefois l'on s'occupait peu de l'enfant après sa naissance, et la mortalité était considérable.

Après l'expulsion de l'enfant, son mode d'existence est absolument changé. Tout à l'heure il vivait d'une vie de parasite, grâce à la circulation fœto-placentaire : maintenant celle-ci s'arrête, la respiration s'établit, il vit par lui-même. En quelques heures, il élimine de l'urine, du méconium, sa peau se desquame. Il doit alors s'alimenter au sein de sa mère.

L'enfant mis au sein le premier jour ne trouve rien ou presque rien à absorber, surtout si sa mère est une primipare. Dans cette journée, il prend à peine 30 grammes, la deuxième 150 grammes environ, la quatrième 3 à 400 grammes, la cinquième, sixième, septième, huitième, et jusqu'à la fin du premier mois 6 à 700 grammes.

Un premier point, important à noter, c'est que le nouveau-né n'a pas besoin de s'alimenter le premier jour. Mais ce n'est pas là l'avis de sa mère, de sa grand-mère et de tout son entourage ! L'eau sucrée et le lait qu'on lui donne habituellement sont bien inoffensifs, mais il faut formellement s'opposer à ce qu'on lui donne de l'eau de fleurs d'oranger, pratique habituelle et condamnable des sages-femmes. On ne saurait trop s'élever contre cette habitude. Sous l'action de la fleur d'oranger le petit enfant a des vomissements aqueux ou muqueux, ce qui fait dire aux bonnes femmes qu'il s'en trouve soulagé. Mais ces vomissements peuvent durer pendant plusieurs jours et compromettre absolument la vie du nouveau-né.

L'enfant doit être mis au sein dès le premier jour une ou deux fois. Au bout de deux ou trois jours, on doit l'y mettre toutes les deux heures et d'une façon absolument régulière, pendant dix à douze minutes chaque fois. Ceci est excessivement important. En agis-

sant ainsi on ne nuit pas à la mère et l'on est utile à l'enfant. On évite à la mère des fissures, des gerçures du sein et surtout de la fatigue. L'enfant, lui, prend l'habitude de têter à heure fixe et rapidement.

Quelques personnes protestent contre cette façon de faire. Elles prétendent que dès que l'enfant crie c'est qu'il a faim et qu'il faut alors le mettre au sein. Disons de suite qu'il est bien difficile de savoir si l'enfant crie parce qu'il a faim ou pour une autre cause. Il peut crier parce qu'il est sale, parce qu'une épingle le pique, parce qu'il a froid dans son berceau quand, la nuit, la mère l'ayant pris avec elle pour le faire teter, l'y remet ensuite, etc., etc. Puis la mère peut avoir trop de lait, l'enfant alors en ingèrera trop et l'on aura vite des accidents de gastro-entérite.

L'enfant devra donc teter régulièrement.

Quand l'enfant est au sein, *il faut s'assurer qu'il tette*. Quoique, en effet, l'enfant fasse des mouvements de succion, cela ne prouve pas qu'il tette.

Pour savoir exactement si l'enfant avale, il faut regarder s'il y a des mouvements de déglutition, c'est-à-dire s'il y a des mouvements d'abaissement et d'élévations du larynx. Si l'on écoute, on entend un petit bruit de glou-glou. Enfin, on constate absolument que l'enfant prend du lait, en le pesant avant et après la tétée.

Depuis 1852 on a recours aux pesées pour se rendre compte de l'accroissement du nouveau-né, de la quantité de lait qu'il prend. Nathalis Guillot le premier s'est servi de la balance; puis vinrent Winkel (1862) et les internes de la Charité. Aujourd'hui l'usage de la balance est universellement répandu.

On doit se servir d'une balance véritable, d'une balance à plateaux, et laisser absolument de côté tous les autres systèmes, tels que les balances à ressort, qui sont tous plus ou moins sujets à caution.

Pour les familles, les fabricants d'instruments de chirurgie ont fabriqué une balance dont l'un des plateaux est remplacé par un petit panier en osier pour recevoir l'enfant. Les modèles en sont du reste variés.

Quelle que soit la balance employée, il y a deux façons de procéder à la pesée de l'enfant. On peut peser l'enfant *nu* ou *avec ses langes*: Si on le pèse nu, on a directement son poids. Si on le pèse avec ses langes, il faut ensuite déshabiller l'enfant et les peser à leur tour pour déduire leur poids du poids total. L'on peut encore faire auparavant la tare des langes, puis habiller l'enfant avec eux, et le peser; l'on a ainsi directement le poids du nouveau-né. Toutes ces méthodes sont faciles à comprendre.

Quand on pèse les enfants dans les premières heures qui suivent leur naissance, on observe qu'en vingt-quatre ou quarante-huit heures ils diminuent de 150 à 200 grammes. Puis ils augmentent progressivement; au septième ou huitième jour ils ont repris leur

poids initial; au dixième ou onzième jour ils se sont accrus de 100 à 110 grammes.

L'enfant diminue dans les premiers jours parce qu'il desquamé, parce qu'il perd de l'urine et du méconium, parce qu'il évapore par la respiration pulmonaire, et parce qu'enfin, en échange, il n'absorbe rien ou presque rien.

Il y a des cas, rares il est vrai, où l'enfant ne diminue pas de poids et augmente immédiatement; si l'enfant, par exemple, a souffert avant l'accouchement et a perdu de l'urine et du méconium.

Dans d'autres cas, les enfants diminuent considérablement en deux jours (380 grammes—420 grammes en vingt-quatre heures, sans s'en trouver incommodés, puis augmentent progressivement.

À côté de ceux-ci, il faut en placer d'autres qui, n'ayant pas perdu anormalement, augmentent d'une façon extraordinaire presque immédiatement. Ce sont des faits importants à connaître et que l'on voit se produire assez souvent en ville quand l'enfant a de suite une excellente nourrice, ou bien quand un enfant, devant être nourri par sa mère, prend au début du lait d'ânesse.

Mais il faut voir comme contre-partie ce qui se passe quand la mère est dans un état pathologique, quand il y a un mauvais allaitement.

Il faut toujours faire attention aux enfants qui n'ont pas de *lait en quantité suffisante*—En ville, il faut être sur ses gardes dès que l'on se trouve en présence d'un enfant sage qui tette peu, qui n'a pas faim, qui dort beaucoup, qui est très constipé et n'urine pas. Ce sont là des enfants qui ne sont pas allaités. Ils sont affaiblis. Si on les pèse, on trouve une diminution de poids considérable.

Si l'on n'intervient pas, ils succombent rapidement. Est-on appelé à temps pour les soigner, on leur fera couler du lait dans la bouche, on les gavera, l'on emploiera la couveuse et les massages. L'enfant alors restera stationnaire, atone, mais digérant. Puis il tette une fois, pas l'autre, reprend enfin le sein tout à fait, il repart et il guérit.

Il y a des cas dans lesquels le *lait de la mère ne vaut plus rien* pour l'enfant, il le vomit, il diminue de poids. Tout cesse bientôt avec une nourrice et quelquefois un peu d'eau de chaux.

Dans d'autres circonstances le *lait est trop abondant*, le nourrisson en prend trop. Ou bien encore le *lait n'est pas assez nourrissant*; il est aqueux, peu chargé en éléments nutritifs. Dans ce dernier cas, il faut traire la mère, faire sortir le premier lait.

D'autres conditions faisant baisser le poids des enfants sont les *maladies intercurrentes* pouvant se produire chez eux, telles que la lymphangite ombilicale, le coryza, le muguet, etc.

De même, quand *la mère est dans un état pathologique*, lymphangite du sein, bronchite, sépticémie, etc., son lait peut continuer à être abondant, mais sous l'influence de la fièvre, il peut devenir mauvais.

Quand la mère ou la nourrice qui allaite a éprouvé une violente colère, un gros chagrin, souvent l'enfant est pris de diarrhée. Dans ce cas-là, en effet, le lait s'altère.

Si la femme qui nourrit *n'a pas assez de lait*, on peut compléter l'allaitement par du lait d'ânesse. On sera fixé sur la quantité à donner à l'enfant, par des pesées avant et après la tétée. Il arrive souvent dans ces circonstances que le lait de la mère augmente progressivement et suffit bientôt seul au nourrisson.

Il résulte de tout ceci que la balance a une importance considérable. Par elle seule on verra exactement si un enfant périclite. Par elle, on jugera de la qualité de la nourrice. Le médecin ne sera jamais surpris par la déchéance rapide d'un nourrisson, car dès qu'il le verra diminuer de poids il sera mis sur ses gardes. Mais on éprouvera de la difficulté à le faire adopter par tout le monde. Il y a des gens qui diront que peser l'enfant c'est lui porter malheur!—*Praticien.*

MEDECINE LEGALE

Le gonococcus en médecine légale.—Si j'écris ces quelques pages, c'est pour répondre à une question qui m'a été posée par M. le professeur Lacassagne sur la valeur que peut avoir en médecine légale la recherche du gonococcus. La notion de ce microbe a pénétré au Palais, et il ne se présente pas d'affaire de viol ou d'attentat aux mœurs sans que l'avocat demande au médecin légiste : Avez-vous cherché le gonococcus.

En l'espèce, les avocats ont raison, car si dans la pratique courante on peut diagnostiquer et traiter utilement une blennorrhagie sans avoir recours au microscope, en médecine légale, où l'honneur et la liberté des gens sont en cause, on doit s'entourer de tous les moyens précis d'investigation et chercher le gonococcus avec autant de soin qu'on le ferait par exemple dans la clientèle pour un malade atteint d'un suintement ou d'une goutte et qui vient vous demander s'il peut ou non se marier. Cette recherche est du reste facile, et après l'avoir pratiquée des milliers de fois, je me tiens à la méthode très simple et très rapide que j'ai déjà décrite et que voici :

On recueille sur une plaque de verre une goutte du pus suspect, on l'étale immédiatement en couche très mince avec une autre plaque ; la dessiccation est presque instantanée et n'exige que une à deux minutes ; on dépose alors sur la préparation quelques gouttes d'une solution alcoolique de violet de méthyle étendue d'eau ; la coloration est obtenue en quelques secondes et ne demande pas une minute, on lave avec de l'eau ordinaire dont on

laisse une goutte sur la préparation, on pose une lamelle à couvrir et l'on peut faire l'examen immédiatement.

La récolte et l'examen se font souvent en deux temps, mais cela importe peu, car le pus une fois étalé et desséché, on peut attendre pour le colorer et le voir plusieurs semaines et même plusieurs mois. En procédant ainsi, il faut à peine trois minutes pour la récolte, la préparation et l'examen du pus, à moins que l'extrême rareté des éléments microbiens n'exige une recherche attentive et plus longue.

Les méthodes généralement indiquées, tout en étant simples, sont encore trop longues; je transcris ici comme exemple quelques lignes d'un mémoire de Lober, de Lille dont j'aurais encore occasion de parler: "Il suffit d'étendre le pus à la surface d'une lamelle couvre-objet, de laisser sécher à l'air, de passer trois ou quatre fois au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, pour coaguler l'albumine. Cela fait, on plonge la lamelle dans une solution légère de fuchsine dans l'eau d'aniline. Au bout de dix minutes le pus est coloré; on retire la lamelle, on lave à l'eau distillée, on sèche, on monte la préparation sur une lame de verre en la fixant, soit par le baume de Canada, soit simplement par l'eau ordinaire. La préparation doit être examinée à un fort grossissement à l'aide d'un objectif à l'immersion pouvant grossir 600 à 700 fois."

Tout ceci demande bien 15 minutes, aussi ferai-je les observations suivantes:

L'emploi d'une plaque est plus rapide que celui d'une lamelle; la lamelle plus fragile est plus sujette à se briser, soit dans le transport, soit dans les manœuvres de préparations; le passage sur la flamme de l'alcool est inutile; la coloration n'exige pas dix minutes mais quelques secondes; l'eau distillée est inutile pour le lavage, car si l'eau ordinaire renferme des germes, ceux-ci ne sont ni colorés, ni fixés sur la plaque et ne peuvent en aucun cas être pris pour des gonococcus; l'immersion qui prend plus de temps que l'examen simple est également inutile, sinon pour étudier, au moins pour reconnaître les gonococcus.

Quelle que soit du reste la façon dont la préparation a été faite et le temps qu'on y a mis, l'examen, s'il s'agit bien d'un pus blennorrhagique, y fait constater de petits grains colorés en violet, en bleu, ou en rouge selon le réactif employé; ces grains, qui ont de 6 à 7 millièmes de millimètre et sont formés soit d'un coccus simple, soit plus souvent de deux coccus étroitement accolés, se trouvent épars ou groupés dans ou hors les éléments cellulaires.

Je ne considère comme caractéristique que le siège intracellulaire dans le protoplasma des globules de pus entre les noyaux. Il est rare de trouver les gonococcus sur les cellules épithéliales, et c'est surtout dans les globules de pus qu'il les faut chercher. Lorsqu'on trouve simultanément dans une préparation des coccus

groupés inclus dans les cellules, et des cocci de même apparence éparés hors des cellules, il est légitime d'admettre que ces derniers sont aussi des gonococcus; mais je n'oserais jamais affirmer, sur la simple vue de cocci éparés, que ce sont des gonococcus.

La méthode de notre collègue Gabriel Roux peut rendre de réels services dans ces cas douteux; elle consiste à laisser la préparation, préalablement colorée, en contact avec le liquide de Gram pendant 2 minutes, puis à laver et décolorer à l'alcool. Les gonococcus se décolorent et disparaissent ainsi plus complètement que d'autres cocci, mais ce n'est là qu'une question de degré, une réaction relative et non une réaction absolue. Et puis, si les gonococcus sont rares, il n'est pas commode de retrouver sur une préparation la place exacte où se trouvaient les groupes observés, et de savoir s'ils ont bien réellement disparu ou si on ne les retrouve pas.

Pour ces raisons, en médecine légale surtout, je crois qu'il ne faut considérer comme caractéristique que le siège intracellulaire d'un certain nombre de cocci, 10, 15, 20 ou plus. Un ou deux cocci au niveau d'un globule de pus n'entraîneraient pas ma conviction.

Le foyer essentiel de multiplication des gonococcus est l'urèthre de l'homme et de la femme, et c'est là qu'il faut d'abord s'adresser; mais la recherche doit porter sur toute la région anogénitale, anus, vulve, vagin, utérus, follicules périurétraux, où le microbe peut, mais bien plus rarement que dans l'urèthre, se trouver développé directement ou accidentellement transporté.

Tout ce que je viens de dire sur la nécessité de la recherche du gonococcus comme élément absolu de diagnostic, suppose que j'admets la spécificité de la blennorrhagie, et que je considère le gonococcus comme sa cause et le critérium de son existence.

Ma conviction sur ce point est une conviction clinique, plus encore qu'expérimentale. Lorsque sur des centaines de malades s'étant exposés à la contagion et présentant un écoulement avec les symptômes de la blennorrhagie, on trouve toujours le gonococcus, il faut bien admettre qu'il y a une relation de cause à effet entre le microbe et la maladie, surtout si l'on considère que le pus urétral vulgaire résultant de traumatisme du cathétérisme, etc., ne présente jamais de gonococcus.

Un point intéressant est de savoir si l'on peut, sur des linges souillés de pus blennorrhagique et desséchés, trouver assez sûrement le microbe pour baser une affirmation médico-légale. A cette question, je dois, quand à présent, répondre par la négative.

J'ai fait quelques recherches à cet égard, et de quelque façon que j'aie pu m'y prendre, les linges chargés du pus le mieux fourni de gonococcus, puis desséchés, ne m'ont jamais restitué un globule de pus intact, ni des cocci groupés. A peine ai-je pu y retrouver quelques cocci éparés, et, je le répète, cela ne suffit pas. Le doc-

teur Lober, dans le mémoire précédemment cité (*Bulletin médical du Nord*, juin 1887), dit avoir obtenu les cultures positives et caractéristiques avec des linges soumis à son expertise dans une affaire médico-légale. Il est difficile de critiquer des recherches que l'on n'a pas suivies et dont on vous donne le résultat sommaire, mais je déclare avoir été profondément étonné en voyant que du vieux linge chargé d'un pus suspect depuis un temps que le mémoire n'indique pas, mais qui doit bien être de plusieurs semaines, a pu donner des cultures caractéristiques de gonococcus. Mon doute persistera tant que d'autres observateurs n'auront pas confirmé la réalité d'un fait aussi extraordinaire.

Qu'il me soit permis en terminant cette note de rappeler que j'ai publié dans le *Lyon Médical*, sous le titre de *Gonorrhœa insontium*, l'observation de deux petites filles qui avaient contracté la blennorrhagie d'une façon accidentelle, dans les relations ordinaires de la famille, en dehors de toute intervention criminelle. D'autres faits analogues ont été signalés, et je me souviens entre autres de contagions multiples dans une piscine de Florence, mentionnées par un journal italien dont je n'ai pu trouver l'indication.

La possibilité de ces contagions accidentelles doit toujours, pour la blennorrhagie comme pour la syphilis, être présente à l'esprit du médecin légiste.

En résumé, si j'avais à pratiquer une expertise médico-légale dans laquelle la constatation de la blennorrhagie serait en cause, je baserais mon appréciation sur les principes que je formule dans les conclusions suivantes :

1^o Le gonococcus doit être considéré comme caractéristique du pus blennorrhagique, et sa recherche doit toujours être faite lorsqu'il y a un intérêt sérieux à être fixé d'une façon absolue sur l'existence de la blennorrhagie.

2^o On ne doit admettre comme caractéristique que le groupement des microbes dans le protoplasma des globules de pus autour des noyaux. Une seule cellule bien nette peut suffire, mais on ne doit pas se fixer à la rencontre de coccus épars ou groupés situés hors des cellules.

3^o La recherche du gonococcus ne peut se faire utilement que dans le pus recueilli à cette intention sur les surfaces sécrétantes, et immédiatement étalé et desséché. On a toujours le temps, une fois la récolte faite, de colorer et d'examiner les préparations.

4^o On ne peut, quant à présent, dire d'une manière certaine, à cause de la dissociation des éléments anatomiques et de l'absence de groupement caractéristique, que des coccus épars récoltés sur un linge souillé de pus desséché sont ou ne sont pas des gonococcus.

5^o On ne doit, jusqu'à ce que le fait ait été contrôlé par d'autres expérimentateurs, accorder qu'une confiance très limitée aux cultures faites avec des linges chargés depuis un temps plus ou moins long de pus blennorrhagique desséché.

6° Il ne faut pas oublier que, chez les petites filles surtout, la blennorrhagie peut résulter d'une contagion accidentelle, et que la recherche du gonococcus, si elle permet de dire qu'une blennorrhagie existe ou n'existe pas, ne permet pas à elle seule d'affirmer d'où elle vient. On ne saurait donc se passer des autres renseignements fournis par l'enquête judiciaire, et dont la recherche médico-légale ne constitue qu'un des éléments. — P. AUBERTIN, *Lyon médical*.

Questions médico-légales à poser et à élucider dans un cas de rage, par le professeur BROUARDEL.—Les conférences instituées à la Morgue par le professeur BROUARDEL se distinguent, on le sait, par le caractère particulièrement pratique qui convient à un enseignement de cette nature. En voici un exemple qui se recommande à la fois par la nature et l'intérêt du cas pathologique et par l'excellente méthode d'investigation et de discussion sur place, suivie par le savant professeur qui procède, devant l'élève, de façon à le conduire, pas à pas, pour ainsi dire, dans la voie de la recherche qu'il aurait à accomplir, s'il en était lui-même chargé.

Nous reproduisons cette utile leçon :

On vient de nous apporter le corps d'un enfant de 7 ans, mordu le 2 février par un chien suspect. Ce petit garçon a succombé, d'après les affirmations du médecin traitant, avec les symptômes de la rage. Nous allons examiner les différentes questions de responsabilité qui se posent à propos de ce cas intéressant.

Et tout d'abord il est bon d'insister sur ce point : je viens de faire demander au Parquet la permission de procéder immédiatement à l'autopsie. Il est, en effet, de la plus grande importance d'agir avant le début de la putréfaction. Nous allons envoyer le bulbe au laboratoire Pasteur, afin qu'il soit inoculé aux lapins. La rage expérimentale se déclare, vous le savez du douzième au quatorzième jour. Si, au lieu d'envoyer un bulbe frais, nous attendons que la substance nerveuse ait subi un commencement de putréfaction, il y aura grands risques d'inoculer aux rongeurs différentes septicémies qui font mourir les animaux avant l'apparition des premiers symptômes rabiques. Je sais bien que M. Galtier a réussi à communiquer la rage avec des bulbes putréfiés.

Il n'en est pas moins vrai qu'on opère ainsi dans des conditions désavantageuses qu'il est bon d'éviter si on le peut.

A ce propos donc un conseil. Si vous êtes en province, et s'il vous faut envoyer au laboratoire Pasteur le bulbe d'un chien suspect de rage, procédez ainsi : décapitez l'animal, enveloppez la tête d'ouate et envoyez-la rue d'Ulm. C'est un bon moyen d'éviter la putréfaction qui, vous le savez, est plus lente sur toute partie détachée du tronc. Vous vous souvenez, en effet, que, dans le procès de Lebiez et Barré, les tronçons de la victime coupée en

morceaux étaient, après huit jours, encore presque frais et dans un état de conservation parfaite.

Mais que se passe-t-il, au point de vue médico-légal, dans un cas comme celui qui nous occupe ?

Vous savez qu'il y a dans le code un article rendant tout individu responsable du dommage causé par les animaux qui lui appartiennent. Lorsqu'un chien mord une personne, la responsabilité du propriétaire est engagée. Mais ici le propriétaire a consulté un vétérinaire qui aurait déclaré que le chien n'était pas enragé. Il faut donc déterminer quelle est la part de responsabilité du vétérinaire et du propriétaire, et, pour cela, la première question à résoudre est celle de savoir si la mort de l'enfant a bien été causée par la rage.

Les investigations doivent porter sur le chien et sur l'homme, et les renseignements sont fournis dans les deux cas par la clinique, l'autopsie, et surtout par les conclusions expérimentales.

La clinique ne peut donner que des probabilités. Il y a quelques années à peine, on ne connaissait qu'une seule espèce de rage : la forme convulsive. Depuis les recherches de Pasteur, on a vu que les localisations n'étaient pas seulement bulbaires, mais qu'elles étaient aussi médullaires, et plusieurs observations ont prouvé que la mort pouvait survenir chez l'homme présentant la forme de rage paralytique. Il y a donc, à ce point de vue, une lacune dans tous les traités classiques concernant la rage qui sont entre vos mains, et l'article RAGE du *Dictionnaire encyclopédique* dont je suis l'auteur n'est pas plus exempt que les autres de ce défaut. Il faut donc savoir que paralysie et paraplégie peuvent être les seuls symptômes de l'hydrophobie dans certains cas, et en présence d'une myélite ascendante rapide, bien souvent, le médecin ne songeant pas à demander si le malade a été mordu par un chien, méconnaît un cas de rage que l'inoculation du bulbe pourrait révéler. Il me semble que, dans ces cas, il serait bon de penser à ce moyen de diagnostic.

Mais, quand un malade meurt avec tous les symptômes classiques de la rage convulsive commune, on peut encore se tromper. L'alcoolisme, l'absinthisme surtout donne naissance à ces mêmes phénomènes typiques. Un des malades du service de Gubler en a été un frappant exemple. C'était un alcoolique qu'on a pu croire enragé grâce à une morsure faite antérieurement par un chien.

Les symptômes chez le chien permettent-ils plus de certitude ? En aucune façon. Avant la période errante caractéristique, il en est une autre où l'animal est plus aimable, plus affectueux pour son maître. Pendant cette période, dont l'existence est encore peu connue du public et même du vétérinaire, rien, si ce n'est peut-être la voix, ne peut permettre un diagnostic précis.

La nécropsie ne donne guère que des renseignements négatifs ; mais ceux-ci ont une certaine importance chez l'homme. Quant

au chien, les pierres, débris de fer, etc., trouvés dans l'estomac, ne peuvent guère constituer que des probabilités de rage et rien de plus.

Chez l'homme, les lésions anatomiques sont peu importantes, mais l'autopsie a au moins ce résultat de démontrer qu'on ne trouve dans aucun organe la cause de la mort, et dans notre cas particulier, par exemple, que cet enfant n'a pas succombé à une phthisie, à une méningite tuberculeuse ou à une autre affection; que la mort n'a pas été causée surtout par une contusion rénale déterminant, par urémie, des vomissements, de la dyspnée, des convulsions, du coma, symptômes se rapprochant beaucoup des accidents rabiques.

Dans les autopsies de ce genre, il faut donc examiner attentivement les reins et le contenu vésical. La constatation d'une grande quantité d'albumine dans les urines aurait seule une valeur positive considérable en permettant de penser à l'urémie. Mais la présence d'une faible quantité d'albumine dans les urines ne signifierait rien, bien que, dans la rage, les urines soient faiblement albumineuses. On sait, en effet, par les recherches de M. Vibert, que la putréfaction seule suffit à déterminer l'apparition de cette substance dans les liquides vésicaux. Ce fait a été facilement démontré en remplissant d'eau pure des vessies qu'on abandonnait ainsi dans le laboratoire; au bout d'un certain temps, quand un commencement de putréfaction avait envahi la poche urinaire, l'acide nitrique décelait dans l'eau des proportions notables d'albumine.

Nous allons procéder à cette autopsie et rechercher d'abord si nous trouvons des traces de morsure. On voit, au niveau de la commissure droite de la bouche, une cicatrice qui semble à la vérité être plutôt le résultat d'un coup d'ongle que d'un coup de dent. Au reste, la constatation d'une cicatrice de morsure n'est pas nécessaire pour admettre la possibilité de la rage. Le lèchement sur une simple érosion de la peau suffit à déterminer la contamination. Plusieurs malades de ce genre sont actuellement en traitement au laboratoire de M. Pasteur.

Tous les organes de cet enfant sont sains; seul le bulbe présente une congestion notable. Nous allons le renfermer dans un tube et l'envoyer rue d'Ulm pour servir aux inoculations qui seules pourront nous permettre d'affirmer avec toute la certitude scientifique que ce garçon est mort de la rage. Dans quinze jours, je vous communiquerai le résultat de ces inoculations.

Supposons que ces inoculations soient positives. Que se passerait-il au point de vue médico-légal?

Les parents de l'enfant pourraient demander une indemnité au propriétaire du chien qui, paraît-il, est garanti par le certificat du vétérinaire. La défense de ce dernier n'est pas très difficile. Voici comment vont les choses ordinairement :

Le propriétaire mène son chien chez un certain nombre de vétérinaires, jusqu'à ce qu'il en trouve un qui lui donne un certificat. Alors, notre homme fait abattre l'animal suspect et la cause du délit disparaît. Le vétérinaire déclare alors que le chien qu'on lui a fait examiner n'était pas enragé et que l'enfant a dû être mordu antérieurement.

Commis par le juge, je me verrais forcé, dans ces circonstances, de déclarer dans mon rapport que le vétérinaire est responsable, qu'il a certifié que le chien n'était pas enragé alors que sa conviction ne pouvait reposer que sur une base insuffisante, et qu'il était de son devoir de demander au propriétaire du chien un délai de quelques jours pour observer l'animal.

Quelle serait alors la pénalité encourue? Oh! rassurez-vous, la punition serait légère, et cela pour deux raisons :

D'abord, l'enfant ne pouvant être considéré, vu son âge, que comme une charge pour les parents qui doivent l'élever, les dommages-intérêts seraient faibles.

D'un autre côté, nous n'avons pas, nous médecins, la même manière d'apprécier que les magistrats les délits de police sanitaire. Je ne veux nullement faire ici la critique de cette différence d'opinion qui a évidemment pour point de départ une éducation et un ordre d'études différents.

Pour nous, quand un individu a, par l'inobservation des règlements et ordonnances, causé la mort d'un autre homme, cet individu nous paraît coupable; nous voulons une punition, non seulement pour la répression du fait, mais encore, et surtout, pour que la peine prononcée puisse servir d'exemple.

Le juge a, de son côté, depuis longtemps appris que ce qui fait le coupable, c'est l'intention de nuire. Or, cette intention de nuire, il ne la trouve pas dans les infractions aux ordonnances sanitaires: il se dit que l'homme qui comparait devant lui est très honnête, que son casier judiciaire est immaculé, qu'il accomplit ses devoirs de citoyen et de père de famille avec les sentiments les plus parfaits, et instinctivement il cherche dans la cause toutes les circonstances atténuantes. On en arrive presque toujours ainsi à une répression illusoire.

Ici, dans les circonstances que nous avons supposées, la peine se réduirait probablement à une petite amende.—*Tribune médicale.*

Collutoire.—*Le Gendre.*

P.—Acide borique.....	4 parties
Chlorate de potasse.....	3 “
Jus de citron.....	60 “
Glycérine.....	40 “

FORMULAIRE.

Rhumatisme.

R.—Ether.....	15 parties.
Collodion élastique.....	15 “
Acide salicylique.....	4 “
Morphine.....	1 “

M.—En badigeonnages sur les articulations toutes les heures.
—*Physician and Surgeon.*

Diphthérie.

P.—Tripsine.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Bicarbonate de soude.....	$\frac{1}{2}$ “
Sublimé corrosif.....	$\frac{1}{4}$ grain
Glycérine.....	1 drachme
Eau de rose.....	1 once

M.—En pulvérisations.—*Medical Age.*

Dyspepsie flatulente.—*Pepper.*

1 ^o P.—Acide sulfureux.....	$1\frac{1}{2}$ à 2 drachmes
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{3}$ grain
Teinture de cardamome Co.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau.....	4 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé dans de l'eau après les repas.
Physician and Surgeon.

2 ^o P.—Sous-nitrate de bismuth.....	} ââ 30 grains
Magnésie pulvérisée.....	
Poudre de belladone.....	} ââ 3 grains
“ “ gingembre.....	

Mêler soigneusement et diviser en dix poudres ; une à prendre deux fois par jour dans de l'eau de menthe poivrée.—*Journal de médecine.*

Oxyures vermiculaires.—*S. Martin.*

P.—Teinture de rhubarbe.....	30 gouttes
Carbonate de magnésie.....	3 grains
Teinture de gingembre.....	1 goutte
Eau pour faire.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—Cette dose à prendre trois ou quatre fois par jour, suivant l'effet produit.—*Paris médical.*

Constipation infantile.

P.—Résine de podophylline	2 grains
Sucre de lait.....	$\frac{1}{2}$ drachme

M.—Et divisez en trente deux prises. Dose : Une le soir dans du lait.—*Analectic.*

Métrorrhagie.—Montgomery.

P.—Extrait de chanvre indien.....	8 grains
“ fluide d’ergot.....	1 drachme
“ “ d’hamamélis.....	$\frac{1}{2}$ once
Teinture de cannelle.....	$\frac{1}{2}$ “

M.—Dose : Une cuillerée à soupe trois fois par jour.—*Medical Times.*

Vaginite des jeunes mariées.—P. Mènière.

P.—Eau chloroformée.....	200 grammes.
Acide tannique	50 —
Extrait de ratanhia.....	4 —
— morelle.....	4 —

M.—Solution dont on mettra une cuillerée à bouche dans l'eau de chaque injection, à prendre couché, de préférence.—*Revue de thérap. méd-chir.*

Solution antiseptique.

P.—Acide borique	120 parties
Magnésie calcinée.....	10 “
Eau distillée.....	750 “

Recue de thérapeutique.

Injection hypodermique de caféine.—Howard.

P.—Caféine	30 grains
Benzoate de soude.....	45 “
Eau distillée.....	$1\frac{1}{2}$ drachme

Dissoudre à chaud.—Dose : 10 à 30 gouttes.—*Praticien.*

Traitement des cors.—Tomacka

P.—Acide salicylique	} parties égales
Acide lactique	
Collodion.....	

Ce liniment s'applique avec un pinceau. Il forme ensuite une eschare qui entraîne le cor en se détachant.—*Revue de therap.*

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, AOUT 1888.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

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

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

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

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

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration. L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

Le traitement de la diarrhée d'été chez les enfants.

Quelque surannée que puisse paraître cette question du traitement de la diarrhée estivale infantile, elle n'en est pas moins toujours d'une importance capitale, étant donné, à la fois, et la grande fréquence de cette maladie et le chiffre de la mortalité qu'elle cause. C'est ce qui nous engage à en dire quelques mots, moins pour émettre à ce sujet de nouvelles théories ou formuler de nouveaux traitements, que pour essayer d'analyser quelques-uns des travaux les plus importants publiés par la presse médicale depuis quelques semaines.

Dans le *Medical Standard* de juillet dernier, deux communications à ce sujet nous ont semblé plus que les autres dignes d'atten-

tion, non seulement par leur mérite intrinsèque, mais encore par l'autorité de leurs auteurs : MM. Louis STARR, professeur de la clinique de pédiatrie à l'université de Pensylvanie, et S. H. DESSAU, médecin du dispensaire des maladies des enfants à l'hôpital Mt. Sinai, à New York.

Le professeur Starr divise d'abord, et avec beaucoup de raison, en deux groupes les diarrhées estivales : 1o. la diarrhée d'été ordinaire, ou entero-colite ; 2o. le choléra infantile, ces deux maladies se distinguant essentiellement l'une de l'autre, la première étant de beaucoup la plus bénigne.

Dans le traitement de l'entéro-colite, d'après M. Starr, pas de traitement rationnel sans hygiène : transporter l'enfant au frais matin et soir, surtout sous forme de promenade sur l'eau. Durant la grande chaleur du jour, séjour dans une pièce tenue aussi fraîche que possible. Ne pas porter l'enfant constamment dans les bras. Vêtements aussi légers que possible, laine en contact avec la peau. S'il fait très chaud, lotions sur tout le corps au moyen d'eau à 80° puis frictions légères en essuyant. S'il y a prostration, remplacer par bains chauds. Régler la diète en qualité, quantité et fréquence. Si l'enfant n'est pas au sein, donner le lait d'une vache saine, avec addition, s'il le faut, d'une poudre peptogène.

Le traitement médical varie suivant les cas. Si au début, laxatif (1 drachme d'huile de ricin ou de sirop de rhubarbe pour un enfant d'un an), après quoi on prescrit les astringents unis aux alcalins (bicarbonate de soude et mixture de craie) si les selles, jaunes et homogènes, ne sont pas très fréquentes. Si elles sont fréquentes, vertes et acides, la formule suivante est recommandée par l'auteur :

Sirop aromatique de rhubarbe.....	4 drachmes
Souscarbonate de bismuth.....	2 drachmes
Sirop d'acacia.....	4 drachmes
Mixture de craie.....	q.s. pour faire 3 onces

M. Dose : Une cuillerée à thé toutes les deux heures ; en même temps, rubéfaction de l'abdomen au moyen de moutarde.

Si, en dépit de cela, les selles, très liquides, présentent des grumeaux blancs ou verdâtres, on réussit souvent en employant les mercuriaux, ainsi :

Poudre d'ipéacac comp.....	2 grains
Calomel.....	$\frac{1}{2}$ grain
Craie préparée.....	36 grains

M. A diviser en 12 paquets. *Dose :* Un paquet toutes les deux heures pendant 24 ou 48 heures, ou jusqu'à ce que les selles deviennent jaunes et homogènes. Si au contraire elles sont séreuses et augmentent de fréquence, il faut faire usage d'astringents plus

énergiques: acide sulfurique aromatisé, nitrate d'argent, oxido de zinc etc.

Quand l'estomac, toujours très irritable dans ces cas, ne peut supporter les médicaments, avoir recours aux injections rectales de teinture d'opium, de nitrate d'argent ou d'ipécacuanha, ce dernier remède étant préféré quand il y a ténésme et selles muco-sanguinolentes.

S'il y a prostration, stimulants: vin de pepsine, cognac, etc.

L'auteur rend bon compte du traitement antiseptique recommandé par Holt et consistant en l'administration de la naphthaline à dose de $\frac{1}{2}$ grain toutes les deux heures.

Il appuie fortement, et avec beaucoup d'à-propos, ce nous semble.

Un principe que l'on oublie trop, parfois, dans le traitement de la diarrhée infantile si simple et qui est d'entretenir: toujours libre le mouvement intestinal, et, par suite, le cours des matières dans l'intestin, dans le but de faire évacuer toute matière irritante dont la présence tendrait à entretenir l'inflammation de la muqueuse. C'est pour cela qu'il administre l'huile de ricin et le calomel, mais à doses fractionnées, non irritantes, en même temps qu'il prescrit une diète consistant en des aliments non susceptibles de fermenter.

Une des objections à l'emploi de l'opium dans ces cas est précisément la constipation que cause ce médicament. Il n'en faut donc donner que de très petites doses, suffisantes, tout au plus, à calmer les coliques sans arrêter le mouvement péristaltique.

Dans le *cholera infantile*, nous avons à lutter contre plusieurs éléments d'insuccès: la gravité de la maladie, les selles abondantes, séreuses, les vomissements très fréquents et enfin la prostration considérable des forces, aussi la guérison est-elle l'exception. M. Starr conseille d'alimenter l'enfant très souvent, mais de ne lui donner que très peu à la fois. La mère doit donner le sein pendant quelques minutes toutes les demi heures ou toutes les heures. S'il est sevré, la même diète que celle recommandée plus haut, pour l'entéro-colite, mais toujours à doses fractionnées, surtout si les vomissements sont très fréquents. Glace dans la bouche.

Contre la diarrhée, la formule suivante :

Solution de sulfate de morphine	1 drachme
Acide sulfurique aromatisé.....	24 minimes
Elixir de curaçao	4 drachmes
Eau	q.s. pour faire 3 onces

M.—Dose: Une cuillerée à thé toutes les deux heures pour un enfant de six mois.

En même temps, 2 gouttes de laudanum toutes les 2 heures dans un petit lavement d'empois. Sinapismes sur tout l'abdomen deux ou trois fois par jour; lotions générales répétées plusieurs fois par jour, avec de l'eau à 95° Fahr. Soins de propreté, air pur,

chambre bien ventilée ; repos de l'enfant au lit et non sur les genoux ; transport au bord de la mer, si possible, ou du moins, promenade au grand air, matin et soir.

Contre la prostration, prescrire les stimulants : 5 à 10 gouttes de whiskey dans une cuillerée à thé d'eau de chaux, toutes les deux ou trois heures, pour un enfant de six mois. En outre, tenir l'enfant chaudement enveloppé, dans la position horizontale et dans un repos parfait.

Si le collapsé survient, augmenter la dose d'alcool ou combiner celui-ci à quelque autre stimulant : carbonate d'ammoniaque, etc. Ici encore il faut des astringents, mais très peu ou pas du tout d'opium.

Les vues exprimées par le docteur DESSAU tendent à confirmer d'une manière générale celles du professeur STARR. M. Dessau insiste particulièrement sur une des causes les plus fréquentes de diarrhée, qui est la fermentation du lait ou des farines artificielles par suite de laquelle se développent des ptomaines et autres germes, cause première du trouble intestinal. Il recommande en conséquence les plus grands soins de propreté et la plus délicate minutie dans le soin que l'on doit prendre du biberon. Il rejette le biberon à tube pour conseiller le biberon fusiforme dont la tétérelle seule est en caoutchouc. Dans les intervalles des tétés, le biberon doit être tenu rempli d'une solution de borate de soude. Quant à la nourriture, c'est, à défaut du lait de la mère, le lait de vache, frais et pur.

Si, en dépit de ce qui précède, la diarrhée persiste, l'auteur donne un mélange de calomel ou de mercure à la craie et de nitrate ou carbonate de bismuth.

La chaleur exerçant une action déprimante très manifeste sur l'enfant, il est important d'en combattre les mauvais effets, ce que M. Dessau fait au moyen des bains frais, des lavements froids, des stimulants (camphre, brandy, etc.) en injections hypodermiques, la quinine à petites doses et même le chloral s'il survient du collapsé comme dans le choléra. Les bains froids à 60° F. se donnent quand la température du corps dépasse 104° mais on ne doit pas les prolonger au delà de cinq minutes. La réaction est provoquée de la façon ordinaire : frictions, couvertures de laine, etc. Dans les cas de vomissements, boissons froides, glacées, de préférence l'eau panée à la glace. L'eau albumineuse et l'eau de riz, mais froides, sont aussi permises.

M. Dessau pratique les injections hypodermiques sur les fesses. Il injecte un grain de quinine, et répète la même dose tous les jours, tant que la température se maintient au-dessus de 103°. Nous avons ne pas voir clairement l'indication du chloral même à petites doses dans les cas de collapsé.

Dans les cas ordinaires de diarrhée sans hyperthermie ni prostration. M. Dessau prescrit, aussi lui, les antiseptiques intesti-

naux: salicylate de soude, naphthaline, acide carbolique, ou, de préférence, le sublimé (1/100 à 1/200 grain, toutes les deux heures.)

Avec tout cela, l'air frais, l'air pur, et un repos aussi parfait que possible.

Ce qui précède peut être considéré comme étant le résumé de la thérapeutique américaine au sujet de la diarrhée infantile. Nous compléterons cette analyse en mettant sous les yeux de nos lecteurs un résumé des idées françaises sur le même sujet. Ce résumé, nous l'empruntons à un excellent travail de M. A. Lesage, publié dans la *Revue de médecine*, livraisons de décembre 1887 et de janvier 1888.

Les diarrhées de la tuberculose et des maladies infectieuses mises à part, l'auteur divise les diarrhées en trois groupes :

1° Diarrhées simples : a.) infectieuses ; b.) lientérie) ;

2° Diarrhées réflexes (a frigore, de dentition) ;

3° Diarrhées vertes : a.) bilieuse ; b.) bacillaire)

a.) La diarrhée simple infectieuse reconnaît pour cause la mauvaise hygiène alimentaire. Les selles plus ou moins liquides sont jaunes, à réaction neutre, assez souvent fétides ; parfois apparaît un peu de bile et alors la réaction devient acide. Peu grave en général, cette diarrhée peut cependant se compliquer de congestions viscérales, soit pulmonaires soit méningées.

La première chose à faire, est de rétablir l'hygiène alimentaire : doses modérées de lait, tétées à intervalles fixes, toutes les deux ou trois heures pendant le jour, une ou deux fois la nuit suivant l'âge.

Les indications thérapeutiques sont les suivantes : 1° Débarasser le tube digestif des éléments en fermentation ; 2° Faire l'antisepsie intestinale ; 3° Agir contre l'élément séreux.

1° La première indication est remplie par les purgatifs, dont le meilleur est le calomel, purgatif antiseptique, diurétique, mais non cholagogue, comme on le dit : (à la dose de 15 à 25 centigrammes par jour).

2° Les antiseptiques sont nombreux (naphthaline, naphtol, acide salicylique etc.) ; mais l'acide lactique semble préférable. Son mode d'administration est le même que pour la dyspepsie.

3° Contre l'élément séreux, on emploiera les opiacés, (l'élixir parégorique : V gouttes à 1 an ; X gouttes à 2 ans). On l'associera volontiers aux astringents, en particulier à l'extrait de ratanhia : 0, 20 centigr., à un gramme dans un julep de 50 gr. (une petite cuillerée à café, une demi-heure avant chaque tétée). On peut aussi donner la viande crue. L'auteur proscrit le bismuth qui épaissit les matières, mais sans guérir.

b.) La lientérie consiste dans la non digestion du lait. Coagulée par l'estomac, la caséine n'est pas transformée en peptone par le suc pancréatique qui seul a cette propriété. Aussi les selles sont-elles blanches, semblables à du fromage, molles, neutres, puis elles deviennent plus liquides, plus odorantes, et se colorent en vert

très pâle (bile). Elles sont alors acides. Dans ce cas, deux médications sont à employer : la pancréatine à la dose d'une pincée après chaque tétée, et le calomel (0, 10 à 0, 20 centigr.)

La *diarrhée réflexe à selles jaunes, séreuses*, se trouve bien de l'association des opiacés, des astringents et de l'acide lactique. Contre les accidents nerveux et la fièvre on administre la teinture d'aconit de I à V gouttes toutes les quatre heures, ou bien l'antipyrine.

a) Dans la *diarrhée bilieuse*, fréquente dans le premier mois, les selles vert épinard donnent, lorsqu'on met sur la couche une goutte d'acide nitrique, une coloration violacée typique. Il y a une grande acidité, qu'on rencontre toujours liée à la présence de la bile.

L'indication thérapeutique est ici remplie par les alcalins ; mais à hautes doses, on donne donc le *bicarbonate de soude*, 1 gr. par kilogr. d'enfant, en 24 heures, par paquets avant chaque tétée. Dans ce cas, l'acide lactique serait plutôt nuisible.

Quand il y a des vomissements ou de la fièvre, l'acide lactique et le calomel seront employés (diarrhée infectieuse à manifestation hépatique).

b) La *diarrhée verte bacillaire* est celle que l'auteur a le plus étudiée. Il montre qu'elle est due à la présence d'un microbe, possédant la propriété de sécréter une matière colorante verte. Cette affection se voit en général en été, par petites épidémies, et se voit surtout sur les enfants de un à dix-huit mois ; les selles sont certes, mais mélangées de grumeaux blancs. L'acide nitrique les décolore au lieu de leur donner une teinte violette. Leur réaction est tantôt neutre, tantôt acide, tandis que la diarrhée bilieuse est toujours acide et même très acide.

C'est ici le triomphe de l'acide lactique, donné coup sur coup s'il le faut, en solution à 2 0/0

Quant aux lavements dans les diarrhées, ils ne servent guère qu'à titre d'adjuvants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MATTISON.—Cocaine dosage — Cocaine addiction — Cocaine toxæmia, by J. B. Mattison, M. D., Brooklyn, 1 vol. pp. 44, Brooklyn, 1888.

GEGENBAUER.—Traité d'anatomie humaine, par le professeur C. Gegenbauer, traduit sur la troisième édition allemande par le professeur Charles Julin, avec plus de 600 gravures dont un grand nombre en couleur, intercalées dans le texte.—L'ouvrage sera publié en quatre parties, chacune de 16 feuilles environ, dans le format et les dispositions du présent prospectus.—Le prix de l'ouvrage complet sera de 30 francs.—On souscrit pour l'ouvrage

entier dans toutes les librairies de France et de l'étranger.—La première partie vient de paraître et les autres suivront de trois mois en trois mois.—Aucune partie de cet ouvrage ne sera vendue séparément.—Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix en sera augmenté.

MACLEAN.—*Some Retrospective and Prospective Thoughts on Surgery*, by Donald Maclean, M. D. of Detroit, Chicago, 1888.

Le Monde Illustré.—Journal hebdomadaire illustré, publié à Montréal, Berthiaume & Sabourin, propriétaires. Bureaux: 30 rue St-Gabriel. Abonnement: Un an, \$3.00; six mois, \$1.50.

Le *Monde Illustré* est le seul journal illustré de langue française publié en Canada. Il a sa place toute trouvée dans le salon d'attente de tout médecin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On vient d'organiser, à Paris, un système d'ambulances analogue à celui qui fonctionne déjà depuis plusieurs années à New-York et à Montréal.

Le choléra continue à exercer ses ravages aux Indes et en particulier à Cachemire. Le chiffre des décès s'est élevé à cinquante par jour durant le mois de juin.

On dit que durant la grave maladie qu'il vient de faire à Milan, l'Empereur du Brésil a payé à chacun de ses deux médecins: \$240.00 par jour.

Nécrologie.—A Londres, M. le docteur J. M. FOTHERGILL, médecin de l'hôpital pour les maladies de poitrine.—A Rehoboth Beach, Del., E. U., M. le docteur A. Y. P. GARNETT, de Washington, président de l'Association Médicale Américaine.

Association médicale du Canada.—Les communications suivantes seront faites à l'Association, lors de sa réunion à Ottawa, les 12, 13 et 14 septembre prochain.

1. *Des présentations de la face*, par le docteur H. W. Mackay, de Woodstock.

2. *Léthalité de la pneumonie*, par le docteur W. Osler, de Philadelphie.

3. *Des devoirs de la profession médicale d'après l'acte de Santé Publique dans l'Ontario*, par le docteur W. Canniff, de Toronto.

4°. *De quelques détails importants dans l'application du courant continu au traitement des tumeurs fibreuses et autres maladies de l'utérus*, par le docteur A. L. Smith, de Montréal.

5. *Note sur un cas de stricture rebelle de l'urèthre guérie par l'électricité*, par le docteur A. L. Smith, de Montréal.

6. *Traitement du varicocèle et de l'orchite par le courant électrique dit de tension*, par le docteur A. L. Smith, de Montréal.

MM. les docteurs Fenwick, Shepherd, Alloway, Blackader et Bell, de Montréal, ont aussi promis des travaux.

Autopsie de l'empereur Frédéric III.—L'autopsie de l'empereur Frédéric III a été faite par M. Virchow en présence des docteurs Mackenzie, Howell, de Wegner, Bardeloben, Bergmann, Waldeyer, Bramann et Langerhaus. M. Waldeyer s'est chargé des préparations microscopiques.

L'autopsie n'a porté que sur les organes directement atteints : cou, larynx et poumons, tandis que les autres organes n'ont pas été touchés.

On a constaté une destruction complète du larynx par le cancer, et une bronchite putride par suite de l'aspiration de substances infectieuses. Tout le larynx était complètement détruit par supuration et offrait l'aspect d'une masse molle et flasque. On a remarqué surtout qu'il ne restait presque plus de traces de la charpente cartilagineuse du larynx. A la place du larynx existait une grande cavité. Pas de perforation de l'œsophage, bien que l'empereur ait eu de l'enrouement dans les derniers jours de sa vie, ce qui avait fait supposer une communication entre l'œsophage et la trachée. Mais ces symptômes étaient dus à ce que le larynx, privé de sa charpente cartilagineuse, s'était tassé sur lui-même, permettant ainsi l'introduction de liquides dans les poumons.

M. Mackenzie, sur l'ordre de l'empereur Guillaume II, a fait un rapport sur la maladie de l'empereur défunt, dans lequel il dit :

“ Il n'est nullement douteux que la maladie de l'empereur Frédéric était un cancer du larynx. Le diagnostic était rendu difficile par le fait que, dès le début de la maladie, les cartilages en avaient été atteints et que le processus pathologique se développait surtout dans les couches profondes des tissus cartilagineux, ce qui modifiait la symptomatologie.”

Le rapport de M. Mackenzie, écrit en anglais, est contenu dans une page et demie in-quarto.

NAISSANCES.

GAUTHIER.—A St. Ephrem d'Upton, le 2 août, la femme au docteur J. C. S. Gauthier, une fille.

LEMIEUX.—A Québec, le 24 juillet, la dame de C. E. Lemieux, jr., Ecr. M. D., un fils.

DÉCÈS.

LEMIEUX.—A Québec, le 30 juillet, la dame de C. E. Lemieux, jr., Ecr. M. D., à l'âge de 25 ans et 3 mois.