

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. — De la rougeole, M. Laramée. 145

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Université Laval, Montréal, De la consolidation des fractures, M. Brosseau. 149

COMMUNICATIONS. — Traitement de la diphtérie, Dr R. 152. — Bureau central d'examen, Dr L. LaRue. 153

REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Diagnostic de la néphrite albumineuse chronique, 155 — Traitement des fièvres, — De l'emploi de la belladone contre le collapsus, 153 — Traitement du delirium tremens par la strychnine, — De la fièvre hystérique, 159. — Traitement de certaines formes de phthisis pulmonaire par le repos et l'usage de l'atropine à l'intérieur, 160. — Traitement de la pleurésie aiguë par le tartre stibié 161

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — De l'amputation de la jambe à lambeau externe; De la torsion des artères, 162. — Contribution au traitement de l'empyème, — Pansement des amputations du sein 166. — Traitement du tétanos, 168. — Variété de fausse réduction des hernies, 169. — Traitement de l'entorse, 170. — Des vomitifs dans les cas de corps étrangers de la gorge, — Traitement de l'hydarthrose par les lavages phéniqués. 171

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Emploi des anesthésiques durant le travail, — Emploi et

abus du forceps, 172. — Délivrance de la tête dans l'accouchement par le siège, — Traitement de l'état puerpéral par les applications intra-utérines d'iodoforme, 173. — Influence réciproque de l'épilepsie et de la grossesse 174. — Cardiopathie de la ménopause, 175 — Polypes intra-utérins. 176

PÉDIATRIE. — De la coqueluche, 176. — De l'œdème des nouveau-nés, 179. — Complications pleurales du rhumatisme chez les enfants, — De la trachéotomie, 180. — De la bronchite chronique chez les enfants, 181. — Traitement de l'incontinence d'urine. 182

FORMULAIRE. — Catarrhe gastrique alcoolique, — Constipation opiniâtre, — Calculs biliaires et colique hépatique, — Ténia, — Irritabilité de la vessie, — Diathèse urique, — Mammité 183 — Fissures du mamelon, — Rhumatisme articulaire, — Chute des cheveux, — Ephélides, — Gale, — Urticaire chronique, — Sueurs fétides des pieds. 184

BULLETIN. — Bureau central d'examen, 185. — Assemblées semi-annuelles du Bureau provincial de médecine, — Les douleurs de l'accouchement. 187

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 189

NOUVELLES MÉDICALES. — Nécrologie, — Faculté de médecine de Paris, — Hôpital Notre-Dame, — Université Laval, Montréal, 190. — Ecole de médecine et de chirurgie, — Congrès français de chirurgie, — Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. 191

MELLIN'S FOOD

NOURRITURE DE MELLIN

POUR LES PETITS ENFANTS ET LES MALADES.

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

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

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

DOLIBER, GOODALE & CO.

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

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

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

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

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

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

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

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

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

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

Les Pastilles de Chloramine de Spencer étaient souvent prescrites, il y a quelques années, par les médecins de Philadelphie et des alentours, et leur promptitude d'action leur valut, partout où elles furent connues, une popularité plus étendue que celles de tous les losanges employés contre la Toux, l'Inflammation des muqueuses, etc., etc.

Médecins et patients ont été unanimes à en louer les effets. A notre avis, cette combinaison constitue une amélioration des "Ammonia Lozenges" de Jackson. La formule en est due, nous dit-on, à M. Leuher, chimiste pratique, pendant plusieurs années en grande estime dans cette ville, il y a associé très heureusement le chlorure d'ammonium au chlorure de Potassium, l'extrait de douce-amère à celui de Jusquiame comme calmants anodins, les baumes pectoraux de Tolu et du Pérou, au Sénéga à la Scille et à une dose fractionnée d'Ipécac. De fait, nous avons plus de confiance en cette formule qu'en aucune prescription à nous connue, et notre longue expérience nous a rendue familière la composition de toute cette classe de remèdes.

Nous les recommandons sans hésitation comme sans réserve convaincus que nous sommes qu'elles seront plus promptement efficaces que tous les remèdes populaires contre la toux et qu'elles ne peuvent produire aucun des inconvénients inséparables de l'emploi des sirops et des losanges qui affectent si souvent les organes digestifs, causent des nausées, gâtent l'appétit, inconvénients causés le plus souvent par un excès de morphine ou d'émétique, ou des deux à la fois.

M. Spencer se retirant des affaires et M. Leuher étant mort nous nous sommes décidés d'acheter la formule et le droit de fabrication, notre matériel et notre expérience nous permettant de préparer les Pastilles d'une manière plus inaltérable que ne le faisaient les premiers propriétaires.

PRIX : 25 CENTIMS LA BOUTEILLE,

expédiée par la malle sur reçu du prix.

JOHN WYETH & BRO.,

Manufacturing Chemists,

PHILADELPHIE.

Adressez toutes commandes à la

DAVIS & LAWRENCE COMPANY, Limited,
MONTREAL.

Seuls Agents pour la Puissance du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE

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

De la Rougeole.

(Leçon recueillie par M. W. Lamarche.)

Messieurs,

Comme la rougeole règne épidémiquement dans notre ville depuis quelques mois, je profiterai de la présence, dans la Salle Saint-Joseph, de deux enfants atteints de cette fièvre, pour vous faire quelques observations qui pourraient vous être utiles, quand, à votre tour, vous serez appelés à soigner des sujets affectés de rougeole.

Je vous dirai tout de suite que de toutes les fièvres éruptives, la rougeole est la plus répandue. Elle est connue dans tous les pays du globe, sauf, peut-être, dans quelques contrées de l'Australie où elle ne tardera probablement pas à se répandre. Elle sévit dans toutes les saisons, mais spécialement l'hiver et l'automne et, dans les grands centres, on l'observe à l'état épidémique tous les quatre ou cinq ans. A Montréal, l'épidémie nous a fait visite, jusqu'ici, à peu près tous les quatre ans.

La rougeole peut se rencontrer à tous les âges de la vie, mais elle est plus commune dans l'enfance et la jeunesse, principalement entre cinq et quinze ans; cependant, règle générale, les enfants à la mamelle ou au-dessous d'un an sont à l'abri de la contagion et il est rare qu'elle affecte le même individu plus d'une fois dans la vie; de fait, les récidives sont aussi rares que pour la scarlatine. L'on ne pourrait pas en dire autant de la variole, car si celle-ci respecte quelques individus privilégiés, parfois elle atteint plusieurs fois le même individu dans le cours de sa vie.

A quelle époque la contagion a-t-elle lieu? La rougeole est contagieuse depuis l'incubation jusqu'à la fin de la maladie, mais elle l'est spécialement durant l'éruption et la desquamation.

Ainsi, comme d'après les observations les plus accréditées, la période d'incubation dure, en moyenne, dix jours, celle de l'invasion, ou période prodromique, 4 jours, enfin la période de l'éruption sept à huit jours, puis la desquamation qui débute le troisième jour de l'éruption pour se prolonger six jours et davantage, nous pouvons accorder à peu près un mois d'infection au rubéoleux.

Le principe contagieux est encore inconnu, mais ses agents ordinaires de transmission sont les exhalaisons cutanées et les débris de desquamation, et il peut être transporté au loin sans perdre de son efficacité, par des objets ou des hardes ayant servi aux malades, ou même des vêtements d'individus ayant été en rapports plus ou moins

prolongés avec les malades. Vous voyez, messieurs, que, sous plusieurs rapports, il en est de la transmission de la rougeole comme de celle des fièvres éruptives et des maladies contagieuses en général.

Il est difficile d'établir, d'une manière très précise, la durée de l'activité du poison rubéolique, mais cette durée est certainement plus passagère, que celle de la scarlatine ou de la variole, car l'épidémie de rougeole est ordinairement de courte durée; cependant je dois vous faire observer que le contagement de la rougeole est accru par les froids et les chaleurs extrêmes, l'insalubrité des logements, la mauvaise alimentation, l'encombrement, la mauvaise constitution, etc.

Des expériences d'inoculation, souvent répétées, ont démontré que les sécrétions des muqueuses aériennes, et en particulier de la muqueuse nasale, des larmes, le sang, renferment le principe contagieux, mais, dans ces cas, l'incubation, au lieu d'être de dix jours comme pour la rougeole naturellement contractée, est abrégée de trois ou quatre jours.

La rougeole débute par l'injection des yeux, du larmolement, une légère photophobie, un coryza caractérisé par un écoulement de mucus âcre, de l'épistaxis, par de fréquents éternuements, toux sèche, plus ou moins rauque, oppression, par une fièvre moins marquée que dans la variole, mais jamais aussi élevée que dans la scarlatine. Ainsi, comme vous le voyez, la rougeole ouvre la scène par l'envahissement des muqueuses nasales, oculaires, et surtout des muqueuses aériennes avant de se manifester du côté de la peau, comme la scarlatine s'annonce par l'angine pharyngienne avant que l'éruption cutanée apparaisse, et il arrive fréquemment que l'altération des muqueuses aériennes accompagne la rougeole jusqu'à la fin.

De toutes les fièvres éruptives, la rougeole est celle dans laquelle la période d'invasion est la plus longue. En effet, le stade prodromique de la scarlatine est de deux jours; celui de la variole trois jours, et enfin, celui de la rougeole quatre jours. Je dois vous dire, en passant, que ce tableau souffre des exceptions, mais vous n'oubliez pas que je fais allusion à ce que nous rencontrons dans les fièvres éruptives vulgaires.

Il arrive souvent que les symptômes de la période prodromique sont mis sur le compte d'un coryza, d'une bronchite simple, etc., et alors on oublie de recourir à la première précaution, c'est-à-dire à l'isolement, et c'est ce qui rend compte du grand nombre d'enfants atteints de la rougeole, dans le même temps, dans les écoles, dans les pensionnats ou familles nombreuses telles qu'on en rencontre en particulier chez nos compatriotes.

L'éruption se montre le quatrième ou le cinquième jour, d'abord à la face, au menton, puis au cou; le lendemain, elle a envahi le tronc, et le surlendemain les membres. La fièvre avec l'éruption reprend une intensité remarquable et persiste, comme dans la scarlatine, les deux ou trois premiers jours de l'éruption, alors qu'elle cède parce que l'éruption cède elle-même, et si la fièvre se prolonge au-delà, on doit craindre des complications (Trousseau). C'est à cette période, ou même quelquefois dans la période d'invasion, qu'il survient des convulsions. Règle générale, messieurs, les convulsions au début de la rougeole et de la variole ne sont pas graves, à moins qu'elles ne se répètent ou qu'elles ne se rapprochent, mais quand les convulsions font leur apparition

dans les derniers temps de la maladie, elles sont de mauvais augure et sont liées ordinairement à une complication grave des organes thoraciques, c'est-à-dire à une bronchite capillaire chez l'enfant ou à une bronchite lobulaire chez l'adulte. Cependant, je dois vous dire que les convulsions au début de la scarlatine sont généralement graves chez les jeunes enfants. Il arrive souvent que la diarrhée accompagne l'éruption rubéolique à son début et, si cette diarrhée se prolonge au-delà de vingt-quatre heures, elle peut déterminer de graves accidents tels que colites, etc., et je vous dirai, en passant, que les complications intestinales se rencontrent surtout en été, tandis que les complications thoraciques sont plus communes dans les saisons froides. Lorsque la fièvre se continue après le troisième jour de l'éruption, on peut alors appréhender soit une bronchite aiguë qui devient le plus ordinairement capillaire chez les enfants, soit une pneumonie ou même une pleurésie chez l'adulte.

Je vous ai déjà dit que la fièvre, dans la rougeole comme dans la scarlatine, augmente avec l'éruption, et qu'elle cède quand l'éruption cède elle-même; dans la variole, au contraire, du moins dans la forme discrète, une fois les pustules sorties, la fièvre tombe subitement pour reprendre à la période de maturation, c'est-à-dire au huitième jour de la maladie.

Messieurs, quand vous serez consultés, dans le courant d'une épidémie de rougeole, pour un enfant présentant de la toux, du coryza, de l'éternement, de la sensibilité des yeux, du faux-croup ou de la fièvre, etc., n'allez pas vous presser de diagnostiquer bronchite, laryngite, conjonctivite, etc., etc., mais attendez! car le plus souvent l'éruption, au temps voulu, viendra établir que ces divers symptômes n'étaient que les prodromes de la rougeole.

L'éruption est caractérisée par de petites saillies rouges, veloutées, inégales, ressemblant à des morsures de puces, séparées par des intervalles de peau saine, sauf dans des cas exceptionnels où la rougeur est confluyente et alors la peau est rouge uniformément.

Parfois aussi, les taches sont proéminentes lorsqu'elles sont liées à une légère extravasation sanguine. On dit alors que la rougeole est *boutonneuse*. Toutes ces taches disparaissent momentanément sous la pression du doigt et le 3^e ou 4^e jour elles pâlissent, deviennent jaunes pâles ou un peu bleuâtres jusqu'à leur disparition entière. Souvent, après la desquamation qui est furfuracée, la peau est marquée pendant 8 à 15 jours de taches ardoisées, et cette teinte spéciale appartient à la forme dite *boutonneuse*.

Sans entrer dans de longs détails, je vous dirai que l'éruption de la scarlatine débute par le cou, les jointures du côté de la flexion, et en dernier lieu par les mains et la face, tandis que l'éruption variolique commence au front, autour des yeux, de la bouche, et de là au reste de la face, enfin au tronc et aux membres; dans la rougeole, comme je vous l'ai déjà dit, l'éruption se montre d'abord au visage, au cou, au tronc et aux membres à peu près comme dans la variole. L'éruption dans la scarlatine est diffuse, par plaques d'un rouge framboisé ou par un granit fin et régulier occupant toute la surface du corps ou quelques régions seulement. Il y a la *rayure scarlatineuse* que l'on obtient en traçant avec l'ongle une raie sur un exanthème de scarlatine pour avoir une rayure blanche qui reste longtemps. De plus, dans la scar-

latine, la fièvre est toujours très élevée et l'affection est accompagnée d'une angine plus ou moins violente. On ne pourra confondre la rougeole avec une variole commençante, car dans celle-ci les taches rouges présentent à leur centre une vésicule ou une élévation *pointue et dure* qui donne au doigt la sensation d'un grain de sable, et rien de semblable n'existe pour les taches de la rougeole.

Il y a encore la roséole qui se distingue de la rougeole en ce qu'elle ne présente pas des symptômes de catarrhe oculaire, nasal ou bronchique, comme dans la rougeole; outre que la fièvre et les prodromes sont presque nuls dans la roséole, les taches sont plus pâles, plus régulières et plus circonscrites que celles de la rougeole. Enfin la roséole est de courte durée, car ordinairement la guérison s'établit 48 heures après l'éruption.

Messieurs, je pourrais vous entretenir encore longuement sur la rougeole, mais comme dans cette leçon je tenais à vous parler particulièrement des points saillants de la rougeole normale, mais je m'arrête ici, non toutefois sans vous dire quelques mots du traitement. D'abord je vous rappellerai que, règle générale, la rougeole est bénigne, mais n'oubliez pas que parfois elle revêt un caractère grave. Le traitement est hygiénique, mais il est nécessaire que le malade évite le froid, surtout quand l'épidémie sévit en automne ou en hiver. Il est opportun de placer le malade dans une chambre isolée, aérée et dans une demi-obscurité. Parmi les désinfectants recommandés, je vous conseille spécialement la formule suivante :

Sulfate de zinc.....	4 onces
Chlorure de sodium	2 onces
Eau	1 gallon

En répandre dans la chambre, sur les lits, les hardes, etc., s'en servir, même pour un premier lavage des linges, habits, etc.

Contre la toux, je vous conseille une excellente préparation bien en vogue aux Etats-Unis, savoir :

R—Pot. citr.	ʒi
Spt. aeth. nitr.....	ʒii
Tr. opii deod... ..	mxii <i>vel</i> xxiv
Syrupi	ʒii
Aquæ	ʒii

(Meigs et Pepper)

Une cuillerée à thé toutes les 2 ou 3 jours pour un enfant de 5 ans. Les boissons tièdes et diaphorétiques sont à propos. Enfin, comme tonique et aussi pour combattre le ferment producteur de la maladie, comme dans les affections zymotiques en général, vous prescrirez la quinine.

Incontinence d'urine chez les enfants.—Le Dr Eustache SMITH donne une potion ainsi composée : Teinture de belladone, 1 drachme; bromure de potassium, 10 grains; infusion de digitale, 2 drachmes; eau, q.s. pour faire une demi once.—A prendre en une seule dose.—L'auteur ajoute de la strychnine si l'incontinence est à la fois diurne et nocturne. Il a constaté chez les enfants beaucoup de tolérance pour la belladone.—*Analectic.*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

UNIVERSITÉ LAVAL, (Montréal).—M. BROSSEAU.

De la consolidation des fractures (1).

L'étude des fractures a, de tout temps, occupé une grande place dans la pratique de la chirurgie. Les écrits d'Hippocrate renferment déjà une foule de notions importantes sur la symptomatologie, le pronostic et le traitement des fractures. Ses successeurs (Celse, Galien) n'ajoutèrent rien de bien important à ses travaux; il faut arriver à J. L. Petit pour signaler un progrès réel. Plus récemment, l'incomparable traité de Malgaigne a perfectionné nos connaissances sur les lésions traumatiques des os.

L'étude des fractures est de la plus haute importance. Si le chirurgien réussit à obtenir la consolidation parfaite d'une fracture, il est à bon droit orgueilleux de son succès et le blessé doit lui en savoir gré, mais si, au contraire, le patient reste boiteux, infirme, le chirurgien s'est créé une enseigne vivante qui proclame partout son inhabileté.

Avouons que, dans ce pays, le traitement des fractures est loin d'être parfait; l'ignorance d'un grand nombre de médecins est la principale cause de la vogue et de la réputation des rebouteurs; bien souvent ils sont aussi incompetents les uns que les autres à bien traiter une fracture. Que la génération actuelle se prépare donc à faire mieux que sa devancière, et à venger ainsi l'honneur de la profession.

Pour traiter scientifiquement une fracture, il faut bien connaître les phénomènes organiques qui surviennent depuis le moment de l'accident jusqu'à la consolidation complète, c'est-à-dire qu'il faut bien connaître la formation du cal. Ces phénomènes ont été scrupuleusement étudiés et sont aujourd'hui parfaitement connus. Les expériences multipliées qui ont été faites sur ceux qui ont succombé à la suite d'une fracture, et surtout sur les animaux, ont permis de suivre, jour par jour, pas à pas, la marche de la formation du cal. Et comme il y a analogie parfaite entre ce que l'on découvre chez les animaux et ce qui se passe dans l'espèce humaine, nos notions actuelles sont basées sur des faits bien avérés.

Il est donc bien important que nous étudions le procédé de consolidation des fractures, c'est-à-dire la formation du cal.

Prenons pour exemple une *fracture simple dans un os long*.

Nous diviserons la durée de la consolidation des os en trois phases ou trois périodes. Chacune de ces phases présente des phénomènes anatomiques qui lui sont propres.

La première est caractérisée par une *inflammation exsudative*. La seconde par l'organisation *fibro-cartilagineuse* de l'exsudat. La troisième par l'organisation *osseuse*.

(1) Résumé de plusieurs leçons professées à l'Université Laval dans le cours de janvier dernier.

Immédiatement après une fracture simple, dans le corps d'un os long, une certaine quantité de sang s'épanche entre les fragments, dans le canal médullaire et dans les parties molles avoisinantes.

Le périoste est déchiré, décollé sur une certaine étendue, la moëlle est rompue; souvent le tissu cellulaire et les muscles sont dilacérés, etc. Ces organes fournissent alors une exsudation plastique qui se résorbe en partie durant les jours suivants, mais une large portion de cet exsudat reste, s'organise et forme le cal.

Le procédé de réparation des os fracturés ne diffère pas de la réparation des tissus mous; toute la différence, c'est que la lymphe s'ossifie, au lieu de produire du tissu cicatriciel. La première phase dure de six à quinze jours, suivant le volume de l'os, le degré de contusion, la quantité d'épanchement.

La deuxième phase est constituée par l'organisation fibro-cartilagineuse de l'exsudat qui s'est produit lors de l'accident. Dans la masse molle, jaunâtre, provenant des vaisseaux de l'os et du périoste, se développent les ovoïdes caractéristiques du cartilage. Cette période dure une vingtaine de jours, puis alors commence la troisième phase, caractérisée par le développement d'ostéoplastes qui complètent l'ossification du cal. Cette phase dure depuis le trentième ou le quarantième jour jusqu'au soixantième.

Après le soixantième jour, le cal devient de plus en plus dense et diminue de volume. Le canal médullaire reste souvent plein par suite d'ossification intérieure; le corps de l'os reste un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

Les choses ne se passent ainsi qu'à la condition que les extrémités des fragments soient en coaptation parfaite, bout à bout. Au contraire, notez-le bien, si les extrémités des fragments sont chevauchés, déplacés, il en résulte un cal plus ou moins difforme, quelquefois une pseudarthrose ou un manque complet d'union osseuse. Pour démontrer cette différence les auteurs font une comparaison qui est bien convenable, je crois. Ils comparent la guérison des fractures à l'union immédiate des plaies sous-cutanées, à la ténotomie, par exemple, c'est-à-dire à la guérison par première intention, tandis qu'ils comparent les fractures compliquées de plaies à la guérison des plaies des tissus mous, par granulation—c'est-à-dire à la guérison par seconde intention.

Les extrémités des os longs n'ayant pas de canal médullaire, il ne s'y forme pas d'épanchement intérieur (virole interne) et la réparation est simplement *périostique* et *interfragmentaire*.

Il en est encore ainsi dans la consolidation des os plats; un exsudat se répand entre les fragments et s'y organise, et le cal y est peu développé.

Le travail de réparation des fractures résulte donc 1^o de l'épanchement d'une lymphe organisable fournie par le périoste, les surfaces osseuses et les parties molles environnantes; 2^o par l'épaississement et l'organisation de cet exsudat qui passe, successivement, par l'état fibreux, puis par l'état cartilagineux avant de subir l'ossification complète.

Dupuytren voulait établir la formation de deux cals successifs dont le premier, *cal provisoire*, n'avait pour objet que de permettre la formation du second ou *cal définitif*. Mais on ne saurait admettre, aujourd'hui, la distinction qu'il a faite entre les deux cals, car la consolidation des

fractures s'effectue absolument comme la cicatrisation des plaies, sans double travail de formation et de résorption d'un cal provisoire, comme cela devrait se passer si le célèbre chirurgien avait raison. Du reste l'absence de cal externe dans la plupart des fractures des os plats (cependant la consolidation s'y fait parfaitement), constitue un nouvel argument contre la théorie du cal provisoire et du cal définitif.

Le travail de réparation des fractures ci-dessus décrit ne s'applique qu'aux fractures simples, et il ne faut pas oublier que ce travail de formation du cal présente des différences considérables dans son évolution, sa durée et sa consistance, quand la fracture est *compliquée*. Règle générale, la gravité d'une fracture est proportionnelle aux dimensions de l'os brisé, à la direction de la solution de continuité, à l'âge du sujet et surtout aux complications.

Quand la fracture est compliquée d'une plaie (*compound fractures* des anglais), le procédé de réparation est différent de celui des fractures simples; la principale différence est que le cal ne passe pas par la phase d'organisation *cartilagineuse*. Mais la guérison a alors lieu *par seconde intention*, c'est-à-dire que la solution de continuité de l'os se remplit de granulations qui s'ossifient et déterminent l'union osseuse. Ces granulations se transforment en tissu osseux, en commençant près du canal médullaire et en s'étendant lentement vers la surface externe des fragments.

Le cal ainsi formé est ordinairement plus irrégulier que celui des fractures simples. Tout de même ces fractures compliquées de plaies se consolident fermement, mais à la condition expresse que l'os ne *suppure pas*, car lorsque l'os suppure, les phénomènes anatomiques de la consolidation se trouvent particulièrement modifiés, quelquefois même complètement entravés. Dans ces cas, la durée de la consolidation est toujours beaucoup plus longue que dans les fractures simples, quelquefois même du double. Dans les os courts et les os plats qui n'ont pas, eux, de canal médullaire, le procédé de réparation est modifié par l'absence de la moëlle, et par conséquent il n'y a point de cal intérieur.

La réparation est simplement *periostique* et interfragmentaire.

Si la suppuration advient après une fracture compliquée d'une plaie, il y a une distinction à faire, suivant que l'ostéite suppurante occupe la *superficie* ou toute l'épaisseur de l'os.

Dans la variété *superficielle* la guérison a lieu assez facilement; les bourgeons charnus *suppurent* à leur surface, s'ossifient dans leur profondeur et se transforment en cicatrice osseuse, de la même façon que quand il y a suppuration à la peau et aux parties sous-jacentes, les bourgeons se transforment en tissu cicatriciel. Mais quand la suppuration envahit l'espace interfragmentaire, le canal médullaire, et la moëlle, l'ostéite est dite *suppurative* profonde, on l'appelle encore *ostéo-myélite*.

C'est dans cette variété grave que la consolidation manque souvent et que surviennent l'érysipèle, l'infection purulente, etc.

Si nous résumons ces quelques considérations nous voyons :

- 1^o Que la consolidation des fractures passe par trois phases distinctes;
- 2^o Que le cal, dans la fracture simple d'un os long, est formé à l'intérieur comme à l'extérieur de cet os, tantôt que le cal dans la fracture des os courts et des os plats se fait entre les fragments et à l'extérieur seulement;

3^o Que les fractures compliquées de plaies ne se consolident que par la formation de granulations, c'est-à-dire par seconde intention, tout comme les plaies de la peau restées béantes. Leur guérison est beaucoup plus longue que celle des fractures simples.

4^o Que la gravité de ces fractures compliquées est d'autant plus grande que l'os est enflammé profondément.

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

MM. les Rédacteurs,

Il y a déjà longtemps, j'ai reçu du Dr Bell, de Glasgow, une communication au sujet du traitement de la diphthérie.

En comparant ce traitement à celui publié dans *l'Union Médicale*, en 1878, comme étant celui du Dr Bell, je vois qu'il y a eu alors des erreurs commises, tant dans la composition des remèdes que dans les indications à suivre, etc. Vu que la diphthérie existe encore parmi nous et que ces erreurs pourraient peut-être compromettre le succès du traitement, auriez-vous l'obligeance de publier cette prescription du Dr Bell dans votre journal.

R. — Ferri chloridi tinct.....	ʒiii
Acid sulphurosi.....	ʒiiiss
Pot. chlorat.....	ʒiii
Glycerini.....	ʒi
Aque ad.....	ʒvi

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures, pour un enfant d'à peu près 15 ans. On diminue suivant l'âge. (1)

R — Acid carbolic.....	ʒi
Acid sulphurosi.....	ʒiii
Solut ferri perchloridi.....	ʒss
Glycerini.....	ʒss

Cette solution est appliquée sur les taches diphthéritiques toutes les deux heures, (alternant avec les cuillerées de la potion) au moyen d'un pinceau (*camel's hair pencil*) ou du pulvérisateur (*spray*). Elle doit être employée jusqu'à ce que toutes les taches soient disparues et toujours de la même force, quelque soit l'âge du malade. Si elle produit beaucoup d'irritation, le Dr Bell l'atténue généralement au moyen d'une application de glycérine et de borax (selon la B. P.) Dans les intervalles on rince souvent la bouche (et la gorge aussi je suppose) avec une faible solution de permanganate de potasse.

Le Dr Bell recommande de supporter les forces du malade dès le début au moyen des stimulants en quantité suffisante et à doses répétées selon les indications; la tolérance est parfois considérable. De plus, nourriture abondante, sous forme de soupe, gelée, lait, etc. Il faut renouveler l'air constamment. On peut le faire en toute sai-

(1) Cette dose recommandée par le Dr Bell ne me paraît pas bien forte, il serait peut être préférable de l'augmenter; je l'ai donnée à des enfants beaucoup plus jeunes. Dr. R

son, sans danger, en prenant les précautions voulues, quand même le malade n'aurait pas d'autre salle à sa disposition. On ne doit pas négliger les autres moyens recommandés par les auteurs, tels que les fumigations de soufre dans les appartements occupés ou non par les malades, etc., etc.; en un mot, désinfecter la maison, les habits, et prendre toutes les autres précautions pour empêcher la maladie de se propager. Lorsque les taches sont disparues, il faut examiner souvent encore le patient, car on les a vues apparaître de nouveau à plusieurs reprises.

J'ai employé avec succès ce traitement depuis plusieurs années, cependant, comme il est parfois d'un emploi difficile, vu l'âge du malade, je serais heureux d'en avoir un autre plus simple et aussi efficace.

J'aimerais à savoir si les applications locales sont absolument nécessaires. Si on pouvait s'en dispenser, on s'éviterait beaucoup de trouble et d'ennui. Je les ai déjà mises de côté dans quelques cas que je croyais favorables, et la guérison a eu lieu. Je n'ose pas, cependant, recommander de les discontinuer.

De plus, doit-on croire que les succès qu'on obtient sont dus au traitement, ou bien, doit-on les attribuer à la force de la constitution des malades ou au peu de gravité de l'affection? Si je ne me trompe pas, on prétend réussir aussi, en employant d'autres moyens. Cependant, comme les cas de mortalité sont toujours trop fréquents, je crains que nous n'ayons pas encore trouvé le véritable traitement contre cette terrible maladie. Considérant les succès que j'ai obtenus, je n'ose pas laisser le traitement du Dr Bell pour un autre. Cependant je serais heureux si quelqu'un pouvait nous en indiquer un plus efficace.

Je laisse le traitement chirurgical aux chirurgiens.

Votre tout dévoué,

Montréal, 1er avril 1885.

Dr. R.

Bureau central d'examens.

MM. les Drs A. Lamarche et H. E. Desrosiers, directeurs de L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Messieurs,

Je viens de prendre communication de votre article éditorial intitulé "Trop de médecins," publié dans le dernier numéro de L'UNION.

J'admets avec vous et avec votre correspondant que la profession médicale du pays souffre actuellement de *pléthore*. Sur ce point, il ne saurait y avoir de discussion, et je ne crains pas d'ajouter que les médecins sont devenus, depuis quelques années, une véritable *plague d'Égypte* pour notre province. Aussi, il faut voir combien notre noble profession a perdu d'estime dans l'esprit du public.

Le moyen proposé par votre correspondant pour empêcher l'encombrement de la profession médicale n'a pas lieu d'être mis à exécution. Déjà, lors de la formation du Bureau actuel de Médecine, il a été compris et résolu que l'examen pour l'admission à l'étude de la médecine devait être confié à des examinateurs compétents, c'est-à-dire, à des professeurs dans l'enseignement. Nous avons compris alors que les membres du Bureau, pour la plupart sortis du collège depuis

un grand nombre d'années, n'étaient pas compétents à interroger les aspirants à l'étude de la médecine sur les différentes branches du programme d'admission. C'est pour cela que deux professeurs français et deux professeurs anglais ont été choisis comme examinateurs. Et certes, il n'y a pas lieu de se plaindre de la décision et du choix du Bureau. Il suffit de nommer les abbés Verreault et Laflamme, les professeurs Howe et Miller pour que les plus exigeants soient satisfaits des examens que les élèves ont à subir devant ces messieurs. Nous, sommes également certains de l'impartialité des examinateurs puisque l'examen se fait sous un nom d'emprunt et sous enveloppe cachetée.

Ce n'est pas dans l'examen pour l'admission à l'étude qu'existe le mal dont parle votre correspondant, mais bien dans la collation des diplômes par les différentes universités du pays.

En effet, le rôle du Bureau de Médecine, lors de la délivrance de la licence, est purement passif; j'irai plus loin, et je dirai que son rôle est ridicule. Un commerçant, un barbier, un forgeron se présentent devant le Bureau, porteurs d'un diplôme *quelconque*, et le Bureau est obligé, *de par la loi*, de délivrer à ces individus le droit de vie et de mort par tout le pays. Cela est arrivé et se fera encore, tant que la loi ne sera pas changée.

Pour vous convaincre que je partage entièrement votre manière de voir sur les moyens à prendre pour empêcher l'encombrement de la profession médicale par des nullités il me suffira de vous dire que j'ai proposé, secondé par le Dr Belleau, une motion demandant la création d'un bureau central d'examens, et cela, il y a un an ou dix-huit mois. Ce n'est qu'à la demande d'amis, *trop craintifs* je crois, que j'ai consenti, à la dernière réunion du Bureau, à laisser ma motion comme avis de motion, avec l'entente qu'elle serait discutée et mise aux voix à la prochaine assemblée du Bureau, qui aura lieu en mai prochain.

Ce qui m'a fait prendre la détermination de demander la création d'un bureau central, ce n'est pas tant la peur de l'encombrement de la profession que les conséquences des abus venus à ma connaissance personnelle, comme à celle de tout le Bureau. Un candidat, après s'être présenté deux ou trois fois pour subir son examen devant les membres du Bureau, et avoir *bloqué*, malgré toute l'indulgence de ses examinateurs, nous revenait six mois après, porteur d'un diplôme, et nous sommait, en termes plus ou moins agréables, de lui octroyer une licence pour pratiquer la médecine dans la province de Québec. Le président et les autres officiers du Bureau n'avaient plus qu'à apposer leurs noms sur un parchemin, et le candidat diplômé partait, alerte et joyeux, avec le droit de vie et de mort roulé sous son bras.

Pourriez-vous me dire pourquoi, sous ce rapport, la profession médicale n'est pas sur le même pied que les autres professions? Les avocats et les notaires ne font-ils pas subir par devant eux, l'examen final à tous ceux qui veulent se faire les *défenseurs de la veuve et de l'orphelin*, ainsi qu'à ceux qui devront recevoir les dernières volontés d'un mourant!

Puisque vous connaissez si bien la maladie de la profession, il ne vous reste plus qu'à faire part de vos idées aux confrères et de les supplier d'y apporter remède en votant pour ma motion à la prochaine réunion du Bureau.

Votre dévoué,

Québec, 16 mars 1885.

DR L. LARUE.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Diagnostic de la néphrite albumineuse chronique.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je vous entretiens aujourd'hui du jeune malade couché au n° 15 de la salle Jenner, parce que je crois qu'il est particulièrement propre à vous montrer combien un cas en apparence le plus net peut offrir de difficultés au diagnostic. L'histoire de ce jeune garçon est fort simple : il est arrivé le 27 octobre. Dans quel état ? Le voici : avec un anasarque, de l'ascite, et un peu d'hydarthrose des deux genoux. Il était facile, d'après ses réponses, d'établir dans quelles circonstances s'était produite cette hydropisie. Voici ce qu'il racontait : cinq jours avant son entrée, étant en parfaite santé, il avait senti que ses paupières enflaient, et quatre jours après, il s'était trouvé enflé des membres supérieurs et du tronc jusqu'à la partie supérieure. Pour en finir avec l'anasarque, je dois vous dire que cet œdème, au point de vue de la coloration et de la résistance au doigt, ne présentait pas les caractères ordinaires. C'était un œdème un peu dur, qui donnait une certaine impression de chaleur à la main. Moyennant ces détails, j'en ai fini avec l'hydropisie.

Comme vous le concevez, l'urine fut examinée. On y trouva une certaine quantité d'albumine floconneuse, c'est-à-dire rétractile. Voilà le fait. Pour le moment, rien de plus net ; mais vous allez voir, derrière ces simples apparences, combien de réelles difficultés vont se présenter pour arriver à un diagnostic complet.

La première idée qui devait se présenter à l'esprit, c'était celle d'une scarlatine antérieure, car c'est justement de cette façon que se présente l'albuminurie aiguë consécutive à cette fièvre. Ce fut bientôt fait. Chez ce jeune homme, non seulement on ne trouva pas de scarlatine à sa connaissance, mais nous pouvions être encore bien certains qu'elle n'avait pas pu passer inaperçue, car nous n'en trouvions aucun vestige, ni sur la peau, ni dans les glandes, ni enfin dans le pharynx. Donc, la question de scarlatine mise de côté, il semble d'abord que le diagnostic devient plus facile. En effet, quelle autre idée une anasarque aiguë avec albuminurie abondante éveille-t-elle, si ce n'est la pensée d'une néphrite albumineuse aiguë.

Mais ce diagnostic est inadmissible, et ne pourrait être soutenu que par un médecin qui ignorerait les signes de cette affection. Quels sont donc ces signes qui faisaient défaut ? Quand une néphrite aiguë, de cinq jours de date, existe, il y a des douleurs lombaires, de la fièvre, des vomissements, et, dans l'immense majorité des cas, de l'hématurie ; de plus, la totalité de l'urine est diminuée dans ces premiers jours. Voilà les symptômes qui, ajoutés à l'anasarque, constituent la néphrite albumineuse aiguë. Ces symptômes, ici, faisaient défaut. Il n'y avait pas, en effet, de douleurs lombaires, de fièvre, d'hématurie, et la quantité d'urine ne présentait nullement la diminution nécessaire dans le premier stade. Vous savez, de plus, que la néphrite albumineuse aiguë est, en somme, une exception, et que, dans la majorité des cas, cette néphrite est chronique d'emblée.

Était-il possible d'admettre une néphrite torpide datant de cinq jours? Je ne me croyais pas autorisé à penser ainsi, parce qu'il est contraire à toute observation connue que la néphrite chronique d'emblée puisse amener l'anasarque dans un laps de temps aussi court. Mais alors une autre interprétation se présentait, justifiée, celle-là, par un grand nombre de cas. Ne pourrait-il pas se faire que chez ce jeune garçon il y eût vraiment une néphrite chronique, mais avec cette différence que la néphrite serait ancienne et l'hydropisie récente? Nous rentrons ici dans une conjoncture extrêmement fréquente. Il y a des cas, en effet, dans lesquels l'hydropisie est le premier symptôme révélateur de la néphrite chronique. Pourtant, ces exemples ne sont pas aussi fréquents qu'on le croit, et il y a bien des années que je me suis efforcé de vous démontrer que, dans les cas où la néphrite est ignorée, il y a des symptômes qui se montrent avant l'hydropisie. Ce sont: tantôt un catarrhe bronchique d'autres fois des vomissements, une diarrhée rebelle, de la céphalalgie, des épistaxis, de l'insomnie causée par la nécessité d'uriner fréquemment, et des troubles de l'ouïe; ailleurs, enfin, et très exceptionnellement, de l'œdème pulmonaire ou laryngé. Eh bien! il m'a été impossible d'en faire surgir un seul de l'interrogatoire minutieux auquel le malade a été soumis.

Cela dit, est-il vraiment impossible que l'hydropisie soit le premier symptôme? Non. Nous pouvions donc appliquer cette notion. Devions-nous maintenant nous tenir d'emblée pour satisfaits? Non, pas sans discussion; aussi les difficultés vont-elles s'accumulant. Et d'abord, il y avait une petite anomalie: lorsqu'une néphrite chronique ancienne finit par amener de l'hydropisie sans qu'il y ait le moindre dérangement dans la santé, elle n'est pas d'emblée. Maintenant, pour ne rien omettre, vous me direz "l'œdème palpébral a duré quatre jours." C'est bien subtil, mais j'admets. Avons-nous lieu d'être satisfait de tout le reste? Pas le moins du monde. Dans les cas de ce genre, au moment où l'hydropisie vient fixer l'attention sur l'urine, elle offre les caractères de la néphrite albumineuse ancienne. Quels sont ces caractères? Décoloration, densité faible dépassant rarement 1012, albumine en quantité variable, diminution considérable de l'urée, des chlorures et des phosphates, voilà les caractères de l'urine. Dans cette néphrite chronique ayant déjà un certain âge, étaient-ils présents? Pas du tout. De décoloration? Aucune; au contraire, elle avait, dans les premiers jours, des caractères qui permettaient de la comparer à du bouillon concentré. Outre l'albumine rétractile, la densité n'était point faible, et il n'y avait pas de diminution de l'urée, des chlorures et des phosphates. Nous avons donc une série de différences notables entre l'urine de ce garçon et celle qui appartient à la néphrite chronique d'un certain âge.

Et la question des cylindres? Résultat quasi nul le premier jour. Ce n'est qu'après quelques jours, sous l'influence du traitement, qu'ils se sont montrés en plus grand nombre. Quels cylindres? Des hyalins; mais il faut savoir qu'ils ont perdu toute valeur dans ces dernières années. Ils démontrent seulement qu'il y a eu une exudation albumineuse dans les tubuli. Quels autres cylindres trouvait-on? Des cylindres dits granuleux, et ce sont ceux-là dont l'abondance a été croissant à mesure que la diurèse augmentait. Ces cylindres ont-ils une valeur comme signes de néphrite chronique? Oui, quand ils sont revêtus

tas d'épithélium granuleux; non lorsqu'ils sont seuls, les recherches des micrographes ayant établi que ce ne sont que des hyalins dégénérés. En tout cas, à l'heure qu'il est, de pareils éléments constituent une présomption, mais non plus une preuve de néphrite chronique. Néanmoins, malgré ces desiderata, il est évident que c'est la dernière éventualité qui devrait être acceptée, sans plus d'examen, si nous n'avions pas à compter avec une autre possibilité.

Il est, en effet, une forme d'hydropisie connue de toute antiquité, sous les noms d'hydropisie essentielle, aiguë, à frigore, qui se développe chez des individus en parfaite santé, sous l'influence d'un refroidissement soudain. Comment se traduit cette hydropisie aiguë cliniquement? Généralement, lorsqu'il s'agit de réfrigération cutanée, par de l'anasarque, et lorsqu'on a affaire à une ingestion de boissons, par de l'ascite; souvent par les deux. L'hydropisie se développe d'un bloc avec un mouvement fébrile au début. Voilà ce qu'on eût su avant qu'on eût connaissance de l'albumine. On sait de plus, aujourd'hui, que dans l'immense majorité des cas, l'hydropisie de cette sorte est associée à une albuminurie abondante. Voilà un état pathologique parfaitement défini, et je n'ai pas besoin de vous dire qu'il y avait lieu de nous mettre en règle avec cette possibilité.

Et l'intérêt du diagnostic? Vous allez le comprendre; c'est qu'il comporte un pronostic tout différent, ces hydropisies actives bien traitées guérissant toujours. Malheureusement, la situation n'est pas absolument nette, parce qu'à côté de ressemblances entre l'état de notre malade et l'hydropisie en question, nous trouvons des dissemblances un peu embarrassantes. Je vais vous en faire juger. D'abord, trouvons-nous la cause? Non, il s'était bien exposé à un refroidissement chronique, mais de refroidissement aigu, je n'en ai pas trouvé de vestiges. Passons. Outre qu'il n'a jamais eu de fièvre, l'hydropisie au moins est-elle satisfaisante? Oui et non. Elle est satisfaisante par l'œdème un peu dur et un peu coloré, par la rapidité avec laquelle elle a disparu. Mais, différence gênante, pendant quatre jours, les paupières ont été enflées. Ce n'est pas comme cela que les choses se passent. L'enflure est survenue d'emblée en quelques heures. L'urine, elle aussi, offrait les mêmes difficultés. Elle avait bien les caractères physiques qui indiquent un processus récent, mais les cylindres granuleux ne cadreraient plus du tout avec cette hypothèse.

Vous voyez que nous avons de quoi rester dans l'embarras. Fallait-il y rester indéfiniment? Non pas; il fallait attendre un autre critérium infaillible: le résultat du traitement. Mettant ce malade au régime lacté exclusif, il pouvait se faire, au bout de quelques jours, qu'il n'eût plus d'albumine. Cela nous permettrait-il de conclure? Pas encore. Mais à ce moment on devait revenir au régime partiel, et alors, si vous avez affaire à une hydropisie aiguë, vous ne verrez pas reparaitre l'albumine, tandis que si, au contraire, c'est d'une néphrite qu'il s'agissait, vous êtes certain que le changement du régime ramènera l'albumine. Je dois vous dire que nous n'avons pas eu besoin d'attendre aussi longtemps, car il est survenu un incident qui a dissipé toutes mes incertitudes. Notre jeune homme a été pris de fièvre à la suite d'une angine érythémateuse sans que l'urine présentât de modifications. Or, s'il existe un groupe particulier de maladies dans lequel on voit ce phénomène se produire, c'est bien dans la néphrite albumi-

neuse chronique, de sorte que, tenant compte de cet incident, de l'insuccès de la médication, de l'absence des cylindres, je conclus que ce jeune homme est bien sous le coup d'une néphrite parenchymateuse chronique datant de plusieurs mois, mais qui est restée silencieuse jusque dans ces derniers temps.—*Praticien.*

Traitement des fièvres.—A l'occasion d'une communication du Dr v. Jaksch au Collège des médecins de Vienne, au sujet du nouvel antipyrétique, la thalline, le professeur NOTHNAGEL a parlé des abus qui se commettent chaque jour dans le traitement de la fièvre typhoïde et en général de toutes les autres variétés de fièvre. La grande erreur du jour, a-t-il dit, consiste en ce que le médecin est sous l'impression que la fièvre doit être combattue à tout prix. Si, appelé auprès d'un malade, il constate une élévation de température, sans cependant être en état de pouvoir établir un diagnostic positif—vu l'absence d'autres symptômes,—de suite, il prescrit la quinine ou tout autre médicament antipyrétique, alors que, dans l'intérêt même du patient, une très petite dose seulement de quinine était indiquée.

Mais quel avantage retire-t-on d'un traitement semblable? La quinine a-t-elle une action antipyrétique à cette dose de dix à quinze grains par jour? Certainement non! Une semblable médication ne peut que nuire au malade. La fièvre n'est pas un phénomène que l'on doive ainsi combattre à tout hasard, comme la chose se pratique, par exemple, dans les cas de fièvre symptomatique d'une inflammation. La fièvre constitue une de ces réactions favorables qui, de leur nature, sont compensatrices; c'est comme un pont dont l'organisme se sert pour passer de l'état de maladie à la guérison."

Nothnagel rappelle en outre l'opinion émise par Metchinikoff, et suivant laquelle l'élévation de température empêche les micro-organismes de se propager. L'abaissement partiel ou même total de la température ne saurait abrégé d'une seule journée la durée de la fièvre. Quelques affections à type typhoïde, il est vrai, qui suivent leur cours sans fièvre aucune et aussi sans aucune intervention thérapeutique, se terminent fatalement par quelque cause intercurrente. Seuls les cas d'hyperthermie persistante ou très considérable réclament l'emploi d'un traitement antipyrétique.—*Therapeutic Gazette.*

De l'emploi de la belladone contre le collapsus, par Reinhard WEBER (*Philadelphia Med. Times*). Il n'est pas de praticien qui n'ait été frappé de l'impuissance relative de la médecine contre le collapsus qui accompagne surtout les affections de l'abdomen. Combien de fois a-t-on prescrit en vain le musc, le camphre, l'alcool, etc., dans l'espoir de relever l'action du cœur, et de réchauffer les extrémités couvertes d'une sueur froide et visqueuse! D'après Weber la belladone serait douée sous ce rapport d'une action plus énergique. Ce fait lui paraît démontré par un grand nombre d'observations, dont quelques-unes sont jointes à son mémoire. Les doses qu'il emploie sont très faibles, et souvent il lui a suffi de 1 centigramme à 1 centigramme et demi d'extrait de belladone pour obtenir les effets les plus satisfaisants.

D'après Weber, la petitesse du pouls et le refroidissement périphérique qui s'accompagnent si souvent d'une élévation de la température intérieure, sont dus à une dilatation des capillaires et artérioles de

l'abdomen, dilatation qui est imputable à une parésie des vaso-moteurs. La belladone, à doses faibles, exercerait au contraire sur ces nerfs une action excitante. Avec des doses élevées, on obtient un effet diamétralement opposé.—*Bulletin bibliographique des sciences médicales.*

Traitement du delirium tremens par la strychnine.—M. le Dr Lardier, de Rambervillers, rapporte avoir guéri un cas de *delirium tremens* des plus violents par l'administration du sulfate de strychnine à la dose énorme de cent huit milligrammes en vingt-trois heures.

C'est au professeur Luton (de Reims), que nous sommes redevables de ce moyen thérapeutique puissant. La strychnine est, à n'en pas douter, le meilleur remède dont nous disposions contre l'alcoolisme; c'est presque un *spécifique*. En général, on n'a pas à user de doses aussi considérables. Nous avons vu maintes fois M. Dujardin-Beaumez obtenir, en peu de jours, une sédation d'accidents alcooliques subaigus par des injections hypodermiques de sulfate de strychnine, de deux centigrammes, pratiquées une ou deux fois par jour.

Dans le cas de notre confrère de Rambervillers il s'agissait des accidents suraigus les plus menaçants, et nous concevons qu'il ait été poussé à user d'une dose si excessive en apparence. M. Lardier nous dit d'ailleurs: "J'en suis arrivé, grâce aux guérisons successivement enregistrées, à administrer la strychnine à mes alcooliques, sans témérité, mais sans crainte, intimement convaincu que, quelle que soit la dose à laquelle il faille atteindre pour obtenir l'effet thérapeutique, aucun accident n'est à craindre, lorsqu'on surveille de près son administration." Se défendant d'avoir, dans le cas actuel, donné une dose exagérée, téméraire, de strychnine, M. Lardier ajoute: "Cette dose est restée, pour moi, une dose thérapeutique; car je n'ai pas été au delà de l'effet cherché, voulu. Ma conviction est que toute substance, administrée à un malade, n'atteint la dose thérapeutique que lorsqu'elle produit chez ce dernier, toutes doses étant égales d'ailleurs, les effets constatés sur l'homme sain."—Notre confrère n'avait soin de n'administrer que de petites doses à la fois; 5 milligrammes de sulfate de strychnine étaient donnés chaque demi-heure, et ce n'est qu'après l'administration de 100 milligrammes en pilules et de 8 milligr. par injections hypodermiques, en 23 heures, que le *delirium tremens* a cédé, sans qu'on ait eu à constater le moindre symptôme de strychnisme.—*Cours médical.*

De la fièvre hystérique.—Communication de M. DEBOVE à la Société médicale des hôpitaux.—Jusqu'ici l'existence de la fièvre hystérique a été rejetée par presque tous les auteurs, j'ai cependant observé un certain nombre de faits qui me semblent plaider en faveur de l'opinion contraire. Le plus souvent, lorsqu'on observe de la fièvre chez une hystérique à l'hôpital, on admet qu'il s'agit d'une tuberculose latente dont les signes physiques ne sont pas encore appréciables, mais cette hypothèse ne peut plus se soutenir lorsqu'on fait la même observation en ville sur des malades que l'on suit pendant plusieurs années. Le fait dont je veux vous entretenir appartient précisément à cette catégorie: il s'agit d'une jeune fille que je soigne depuis cinq ans; âgée maintenant de 24 ans, elle est hystérique depuis l'âge de 7 ans, et elle a présenté successivement tous les accidents possibles de cette névrose:

paralysies, contractures, grandes attaques, etc. Il faut noter, toutefois, qu'en dehors des attaques elle n'offre pas de troubles psychiques, elle est même très raisonnable.

Il y a trois ans, cette malade présenta pour la première fois un accès de fièvre qui fut caractérisé par les trois stades de frissons, de chaleur et de sueur.

L'examen attentif des principaux appareils ne fournit aucun renseignement sur la cause de cet accès. Depuis cette époque, la température de la malade a été prise régulièrement tous les jours, jamais le thermomètre n'est descendu au-dessous de 38°, et plusieurs fois il a atteint un chiffre supérieur. J'ai d'abord attribué ces accès de fièvre à une intoxication paludéenne parce que la malade avait séjourné autrefois en Italie dans un pays où la fièvre existe à l'état endémique, mais j'ai dû abandonner cette idée parce que, d'une part, le sulfate de quinine est resté sans action sur la marche des accidents fébriles et que, d'autre part, malgré la persistance de cette fièvre, la malade ne présente aucun signe de cachexie; j'avais également supposé au début qu'il pouvait s'agir d'une tuberculose à l'évolution de laquelle j'allais assister, mais actuellement l'état de cette malade est tel que cette opinion n'est plus discutable. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les conditions dans lesquelles j'ai eu soin de me placer me permettent d'affirmer qu'on ne saurait invoquer ici la simulation.

Un des accès de cette malade a duré quatorze jours pendant lesquels le thermomètre a oscillé entre 40 et 41°, le pouls battait de 120 à 130 fois par minute, il y avait en même temps de la céphalalgie et de l'anémie; le sulfate de quinine étant resté inefficace, je prescrivis de l'antipyrine et la fièvre tomba subitement, cependant je ne voudrais pas en conclure que cette substance a été réellement la cause de la cessation de la fièvre.

En présence de ce fait, il semble difficile de ne pas admettre, par exclusion, qu'il s'agit chez cette malade, d'une fièvre hystérique. A diverses reprises, j'ai observé des faits semblables, mais pendant trop peu de temps pour en tirer une conclusion. Le fait précédent est, au contraire, à l'abri de ce reproche. Je ne vois pas, du reste, quelle objection théorique on pourrait opposer à l'existence d'une fièvre hystérique; je ne connais aucun fait de physiologie ou de pathologie qui soit de nature à la faire rejeter. Les conditions capables d'agir sur les centres thermiques ne se trouvent-elles pas réalisées dans l'hystérie?

Du reste, j'ai essayé de reproduire la fièvre hystérique par suggestion, comme on l'a fait pour les autres accidents de cette névrose. J'ai fait ces expériences sur un certain nombre de sujets des deux sexes, en me mettant à l'abri de la supercherie et des causes d'erreur: j'ai obtenu ainsi, dans la plupart des cas, une élévation de température qui a varié de 0.5 à 1°. J'ai tenté également de provoquer, par suggestion, le refroidissement chez les mêmes sujets: dans ces derniers cas les résultats ont été contradictoires. Néanmoins, il me semble que ces expériences peuvent être invoquées comme un nouvel argument en faveur de la fièvre hystérique.—*Médecin praticien.*

Traitement de certaines formes de phthisie pulmonaire par le repos et l'usage de l'atropine à l'intérieur; par Roberts BARTHOLOW. (*American Journ. of Med. Sciences.*)—Dans la première partie de ce

travail, Bartholow insiste sur les dangers des exercices violents ou prolongés chez les phthisiques, surtout chez ceux qui présentent de la fièvre (ces exercices favorisent le mouvement de dénutrition et de consommation). Dans les cas chroniques, apyrétiques, l'exercice est souvent très utile, particulièrement au point de vue de l'appétit; mais il doit toujours être modéré.

Dans une seconde partie, Bartholow rappelle qu'il a, bien avant Sidney Ringer (en 1868), préconisé l'emploi de l'atropine pour combattre les sueurs des phthisiques. Il donne l'atropine à très petites doses, de façon à pouvoir continuer pendant quelques jours, et prescrit généralement $\frac{1}{400}$ de grain (0.00015) deux ou trois fois par jour.

A l'atropine il associe souvent la morphine pour calmer la toux, et quelquefois la strychnine contre les vomissements.—*Revue bibliographique des sciences médicales.*

Traitement de la pleurésie aiguë par le tartre stibié; par M. le professeur JACCOUD.—Depuis longtemps déjà, M. le professeur Jaccoud emploie dans la pleurésie aiguë le tartre stibié comme méthode de traitement; l'utilité incontestable de cette thérapeutique était encore démontrée récemment par l'exemple de deux malades de la clinique, qui atteints, l'un d'une pleurésie aiguë franche, l'autre d'une pleurésie aiguë symptomatique, ont guéri tous deux avec rapidité.

C'est surtout à des cas de ce genre, avec épanchement assez abondant, se formant assez rapidement, avec état fébrile assez intense que ce moyen est applicable. En pareil cas en effet, en dehors de l'intensité de la dyspnée, il n'y a pas d'indication pour la thoracentèse. Celle-ci ne peut intervenir comme moyen de traitement car elle n'agit pas sur la cause de l'épanchement, et c'est cette dernière qu'il faut combattre sous peine de voir la thoracentèse devenir nécessaire pour répondre à l'indication vitale. C'est donc surtout contre le processus aigu qu'il faut agir, action que l'on peut obtenir dans une certaine mesure par la digitale, la quinine ou l'acide salicylique. Ces médicaments diminuent la fièvre, atténuent les symptômes généraux, mais n'ont pas d'action directe sur l'épanchement qui reste stationnaire; ce qu'il faut, c'est un médicament agissant sur le travail inflammatoire dont la plèvre est le siège. Or, le tartre stibié, administré suivant certaines règles, présente cette triple action antipyrétique, éliminatrice et antiphlogistique. L'histoire d'un des malades du service montre comment ce résultat est le plus souvent obtenu.

Cet homme prit, le premier jour du traitement, 40 centigrammes de tartre stibié dans une potion; il prenait une cuillerée de cette potion d'heure en heure, et eut de nombreuses évacuations sous forme de vomissements et de selles. Le soir la température n'était que de 38°5, le lendemain matin 38°2 et le soir elle atteignit cependant 39 degrés. Dès ce moment, l'épanchement qui, au moment où le traitement fut commencé, était en voie d'accroissement, paraissait un peu diminué. On laissa encore passer un jour, et après un intervalle de deux jours une potion semblable à la première fut administrée. Les effets immédiats furent identiques à ceux obtenus la première fois, mais deux jours après, l'apyrexie était définitive, et cinq jours après cette seconde dose il y avait une diminution considérable de l'épanchement, diminution qui s'accrut rapidement et fut suivie d'une guérison complète.

Les choses se passent ainsi dans presque tous les cas ; chez quelques malades cependant, on est obligé d'arriver à une troisième dose de tartre stibié, mais cela est exceptionnel ; d'autres fois aussi, une seule administration est suffisante pour produire l'effet utile. M. Jaccoud, qui depuis quinze ans traite ainsi les pleurésies aiguës franches ne présentant pas l'indication urgente de la thoracentèse, dit avoir obtenu toujours le même succès.

Le mode d'administration consiste à donner 40 centigrammes, dose qui ne doit pas être dépassée pour un homme, et 30 centigrammes pour les femmes ou les hommes qui ne présentent pas une constitution bien robuste. Le médicament est pris dans un julep ordinaire, sucré avec un sirop quelconque, mais sans addition d'opium. L'opium aurait en effet l'inconvénient d'empêcher ou de retarder la diarrhée et les vomissements, d'obtenir en un mot la tolérance, alors que dans ce cas particulier il faut rechercher le maximum des effets d'évacuation.

A la fin de cette première journée de traitement, les malades présentent un certain état de dépression auquel on remédie par l'administration d'une potion cordiale. Le malade est toujours laissé au repos le lendemain, et ce n'est que le surlendemain, souvent même le quatrième jour, que la seconde dose est administrée après qu'on s'est assuré par un examen attentif que l'affection ne paraît pas suffisamment enrayée, comme on le voit dans quelques cas après cette première dose. Enfin, si une troisième dose est indiquée, on doit laisser encore s'écouler un intervalle de un ou deux jours avant de l'administrer. Il peut arriver encore qu'après la deuxième dose l'état général soit modifié d'une façon très satisfaisante sans qu'il y ait de changement très notable dans l'état local. Dans ces cas, afin d'éviter une troisième potion stibiée, on peut donner un drastique, soit 25 ou 30 grammes d'eau-de-vie allemande additionnée d'autant de sirop de nerprun.

Il reste encore un point à préciser : cette médication implique comme indication la persistance du processus fébrile ; si l'on a affaire en effet à un pleurétique présentant encore un épanchement, mais n'ayant plus de fièvre, elle agit avec beaucoup moins d'efficacité ; cette action est encore notable lorsque la fièvre est tombée seulement depuis un ou deux jours ; s'il y a plus longtemps, l'action n'est plus supérieure à celle d'un purgatif ordinaire. Il faut donc voir dans cette méthode thérapeutique une médication exactement appropriée à l'état aigu de la maladie. Quant à la thoracentèse, et c'est là un point sur lequel insiste beaucoup M. Jaccoud, elle ne doit être considérée que comme un expédient des plus précieux en cas d'urgence, mais non comme un moyen de traitement.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'amputation de la jambe à lambeau externe.—De la torsion des artères.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Vous avez vu, couché au n° 6 de la salle Saint Côme, un homme âgé de trente-trois ans, qui a été amené dans le service pour y subir l'amputation de la jambe droite, ainsi qu'il nous l'a déclaré lui-même à son arrivée. Il est atteint d'une tumeur blanche du pied si étendue et si avancée, qu'elle n'est, en effet, justiciable que de ce seul genre d'intervention. L'ampu-

tation s'impose à ce point qu'il ne me paraît pas nécessaire de la justifier devant vous. Un seul motif aurait pu la contre-indiquer : c'est l'état général de ce malheureux qui présente les apparences de la misère physiologique la plus profonde. *A priori*, on serait tenté de le croire atteint de phthisie pulmonaire avancée, ce qui ne serait pas surprenant, puisque les tumeurs blanches ne sont le plus souvent qu'une manifestation locale de la tuberculose. Mais un examen attentif n'a fort heureusement rien révélé du côté de la poitrine. Les viscères sont sains et les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous allons donc pratiquer l'amputation de la jambe droite. Dans quel lieu et par quelle méthode ?

Ferons-nous l'opération qu'en médecine opératoire on désigne sous le nom d'amputation *sus-malléolaire*, c'est-à-dire au quart ou au tiers inférieur de la jambe ?

Non, car nous serions trop rapprochés du foyer de la maladie, et quelques produits tuberculeux pourraient rester dans le moignon. Ce n'est pas que je sois hostile en principe à ce genre d'amputation qui rend, il est vrai, la prothèse plus difficile, mais il n'est pas applicable au cas particulier. Nous amputerons au lieu dit d'*élection*, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

L'amputation de la jambe au lieu d'élection peut se pratiquer suivant deux méthodes : la méthode circulaire et la méthode à lambeau. La méthode circulaire n'est plus en discussion, elle a fait ses preuves, c'est une bonne méthode. Et cependant, en plaçant la cicatrice en regard des os de la jambe, il est évident qu'elle ne réalise pas l'idéal d'un bon moignon. L'idéal c'est, à mon sens, un lambeau unique, taillé de telle sorte que le plein du lambeau corresponde au squelette. La méthode circulaire est bien ; la méthode à un lambeau est mieux.

Est-il donc défendu de chercher le mieux ? Je ne le crois pas ; aussi pratiquerons-nous une amputation à un lambeau.

La disposition des parties molles de la jambe ne se prête guère qu'à la confection d'un lambeau postérieur ou d'un lambeau externe. Le lambeau postérieur est nécessairement lourd et tend à attirer la cicatrice en arrière ; je lui préfère le lambeau externe. Nous allons donc pratiquer l'amputation de la jambe, suivant la méthode à lambeau, par le *procédé à lambeau externe*.

La première amputation de jambe que j'ai faite dans les hôpitaux, c'était en 1863, précisément à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Jobert (de Lamballe), que je remplaçais. J'employai le procédé à lambeau externe. Mon lambeau était bien taillé, s'appliquait bien, flattait l'œil, mais il se gangrena.

Le même résultat fut observé par d'autres chirurgiens, si bien qu'il ne fallait pas accuser l'opérateur, mais bien le procédé. Comment donc opérions-nous ? Nous suivions le procédé de Scdillot, qui consiste à tailler le lambeau de dedans en dehors, c'est-à-dire par transfexion.

Je vais reproduire sur le tableau une coupe de la jambe, qui vous permettra de bien comprendre ce procédé. Le couteau, enfoncé un peu en dehors de la crête du tibia, au point où doit porter la section de l'os, rasait le péroné pour sortir le plus en arrière possible sur la face postérieure de la jambe, puis descendait le long de la face externe, de façon à tailler un lambeau d'une longueur en rapport avec le diamètre du membre. C'est encore ainsi que procèdent actuellement quelques

chirurgiens qui n'ont sans doute pas réfléchi au mode de production de la gangrène du lambeau.

Je crois avoir signalé le premier, il y a bien des années déjà, dans mes cours d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux, la cause de la gangrène du lambeau taillé par le procédé de Sédillot.

Regardez cette coupe de la jambe, voyez le siège qu'occupe l'artère tibiale antérieure profondément située entre le tibia et le péroné, et vous comprendrez sans autre démonstration qu'il est matériellement impossible que l'artère tibiale antérieure soit comprise dans le lambeau, si on le taille par transfixion, car cette artère étant son principal, sinon son exclusif moyen de nutrition, il n'est pas surprenant qu'il soit frappé fréquemment de gangrène partielle ou totale.

Au début de ma pratique j'avais absolument renoncé au lambeau externe, et, dans mes cours de médecine opératoire, à Clamart, je conseillais de n'y jamais recourir.

J'ai changé d'avis en changeant de procédé, et voici comment on doit opérer pour éviter sûrement la gangrène et obtenir les bénéfices du lambeau externe.

Il faut plonger le couteau à un centimètre environ en dedans de la crête du tibia et descendre verticalement jusqu'au point qui doit servir de limite inférieure au lambeau (je prends une fois et demie le diamètre du membre); on coupe alors la peau en travers jusqu'à la face postérieure de la jambe, et on remonte sur celle-ci jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau du point de départ. La peau devant toujours dépasser les muscles, il faut la détacher de l'aponévrose jambière sur la hauteur de deux travers de doigt. Vient ensuite le temps important de l'opération et d'où dépend le succès. On insinue un bistouri entre la face externe du tibia et le muscle jambier antérieur, que l'on détache de l'os jusqu'au point où on doit le couper en travers, c'est-à-dire au niveau de la peau rétractée. On le coupe alors en travers ainsi que l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre, les péroniers latéraux et une partie du soléaire, muscles qui doivent doubler le lambeau. La section doit porter sur le ligament interosseux qu'il ne faut pas craindre d'entamer. On relève alors le lambeau en rasant le plus possible le tibia, le péroné et le ligament qui les unit.

Cette dissection est assez pénible et surtout beaucoup moins brillante que la transfixion, mais elle donne toute sécurité pour l'avenir du lambeau. La peau de la face interne et postérieure de la jambe est divisée à un travers de doigt au-dessous de la base du lambeau, et l'opération est ensuite terminée à l'ordinaire. Je vous ferai seulement remarquer que je n'abats point la crête du tibia avec la scie; je la lime avec l'instrument que vous voyez; c'est une lime concave que m'a construite M. Favre, à l'aide de laquelle on arrondit en un instant l'arête tranchante du tibia.

Les temps qui suivent sont: l'hémostase, l'asepsie de la plaie, la suture avec drainage et le pansement de Lister. Je désire m'arrêter un instant sur la manière dont je ferai l'hémostase.

Vous me verrez employer la *torsion des artères*. Comme c'est une méthode que vous me verrez mettre constamment en pratique pour nos grandes opérations et sur les gros vaisseaux, je désire m'expliquer sur ce point, puisque l'occasion s'en présente.

Je ne ferai pas l'historique de cette intéressante question; vous la

trouveriez au besoin dans le mémoire que je lus à la Société de chirurgie sur ce sujet il y a cinq ou six ans. Qu'il me suffise de vous rappeler que la torsion des artères fut, en quelque sorte, réinventée en 1829 par Amussat. Le procédé d'Amussat était compliqué, et c'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles il ne tarda pas à tomber dans un oubli complet.

J'emploie la torsion des artères depuis 1871. Dans les hôpitaux Saint-Antoine, Saint-Louis, Lariboisière et Beaujon, où je suis passé successivement, j'ai tordu, vous devez le penser, un bien grand nombre d'artères de tout volume, et cette longue pratique n'a fait que confirmer mes premières impressions. Est-ce qu'il s'agit de faire le procès à la ligature, de vouloir lui substituer partout et quand même la torsion ? Non, la ligature est un excellent, un précieux moyen d'hémostase ; mais la torsion vaut encore mieux, voilà mon opinion. J'admets que ces méthodes aient une valeur égale ; n'est-ce donc rien de posséder deux méthodes au lieu d'une pour se rendre maître de l'hémorrhagie ?

Voici comment vous me verrez procéder dans un instant. J'ai pour tout instrument une pince qui diffère seulement des pinces à torsion ordinaires par des mors plus longs et plus larges, de façon à s'adapter au calibre de toutes les artères, même les plus grosses.

L'extrémité de l'artère étant découverte et saisie comme si on y voulait mettre un fil, mais saisie dans toute sa largeur, je la tords jusqu'à ce que le bout se détache. C'est, en somme, la manœuvre de la ligature, moins la pose du fil. La torsion exécutée suivant mon procédé est donc plus simple encore que la ligature. Supposez un chirurgien sans aide, à la campagne, par exemple ; supposez-le aux prises avec une artère très profondément située, je vous assure que la torsion lui sera d'une grande ressource.

Quel est le mécanisme de l'hémostase à la suite de la torsion ? Il est des plus simples : après un nombre de tours variable selon le volume de l'artère, les tuniques interne et moyenne se brisent ; les bords de la division se rapprochent l'un de l'autre, se touchent et obturent complètement la lumière du vaisseau à la manière des valvules sigmoïdes de l'aorte. A ce moment la tunique externe n'a pas encore cédé ; on continue la torsion jusqu'à ce quelle se détache. L'artère tordue se termine par une sorte de petit tire-bouchon qui contribue encore à oblitérer le vaisseau.

La torsion donne-t-elle une aussi grande sécurité que la ligature ? Au point de vue de l'hémostase primitive, on pourrait peut-être répondre que la ligature offre plus de sécurité. La torsion a pu être incomplète, c'est-à-dire ne pas comprendre toute la largeur des parois ; la tunique moyenne est peut-être altérée, privée de ses propriétés rétractiles ; mais remarquez que ce point est de peu d'importance ; car si l'hémostase n'est pas complète, vous le voyez de suite et pouvez y porter remède, aussi bien que lorsqu'un fil a été mal placé.

Mais lorsque l'hémostase primitive est effectuée, la torsion donne-t-elle plus de sécurité que la ligature contre l'hémorrhagie secondaire ? J'affirme que oui. Pour qu'une hémorrhagie secondaire se produise, il faudrait que l'artère se détorde. Il est déjà peu vraisemblable que l'artère, qui est restée tordue durant toute la durée du pansement, se détorde ensuite ; mais j'ajoute que c'est impossible. La physique nous enseigne que lorsque l'on a fait dépasser à un corps élastique les limites

de son élasticité, il est impuissant à revenir à son premier état ; or, l'élasticité de la tunique moyenne n'est pas une propriété vitale ; c'est une propriété de tissu que l'on met en jeu sur le cadavre aussi bien que sur le vivant, ainsi que je l'ai montré par nombre d'expériences faites à Clamart.

Lorsque vous enlevez le tube d'Esmarch, le sang se précipite dans l'artère et frappe contre le bout tordu. A ce moment, la rétraction sur les deux tuniques artérielles s'oppose à l'issue du sang, car il n'y a pas encore de caillot. Supposez qu'une ligature tombe dans ces conditions, c'est à-dire quand il ne s'est pas formé de caillot dans l'artère, ou bien lorsque le caillot est insuffisant : n'aurez-vous pas une hémorrhagie secondaire ? Dans les instants qui suivront l'opération, le caillot commencera à se faire dans le bout tordu, de telle sorte qu'il est rationnel de penser que si l'hémorrhagie ne s'est pas produite immédiatement par le bout d'une artère tordue, alors qu'il n'y a pas de caillot, elle ne se produira pas ultérieurement alors qu'un caillot se sera développé.

Fort de la théorie que je viens d'exposer sommairement et d'une pratique déjà longue, j'affirme que la torsion des artères met absolument à l'abri de l'hémorrhagie secondaire, ce qui constitue un avantage sur la ligature.—*Tribune médicale.*

Contribution au traitement de l'empyème.—Le docteur CABOT a ouvert la plèvre dans 14 cas, 11 ont guéri, 2 ont été suivis de mort par tuberculose pulmonaire : une fois, la mort a eu lieu sans causes connues, vingt trois jours après l'opération, l'affection datait de quatre ans.

M. Cabot fait l'incision dans le huitième, et, par exception, dans le septième espace intercostal, en avant du muscle grand dorsal ; l'ouverture est ainsi suffisamment basse pour être déclive dans toutes les positions du corps, excepté quand le malade est couché sur son côté sain. A l'aide d'une aiguille cannelée dont il donne le dessin, il pratique d'abord une ponction puis, sur la cannelure de l'instrument, il glisse le bistouri.

Le pansement est celui de Lister appliqué de la façon suivante : 1^o Deux tubes droits, accolés et très courts, ne dépassant pas la paroi interne costale et coupés au ras de la peau ; 2^o gaze chiffonnée trempée dans une solution antiseptique (eau chlorurée) ; 3^o large makintosh ; 4^o 12 à 15 couches de gaze sèche ; et enfin, 5^o une épaisse couche de coton maintenue à l'aide d'une bande de flanelle ou de gaze. Quelque ancienne que soit la date du début de l'affection on doit tenter l'empyème, et si l'on trouve le poumon entouré d'une coque fibreuse, empêchant son expansion, l'on devra pratiquer la résection partielle de plusieurs côtes.—*Revue de chirurgie.*

Pansement des amputations du sein (1).—M. TRÉLAT.—La réunion immédiate et le pansement ouvert sont également applicables au traitement des plaies d'amputation du sein, cela dépend de chaque cas particulier, et sous ce rapport notre manière de voir ne diffère pas essentiellement de celle de M. Verneuil. Il nous dit qu'il exagère un peu sa tendance à rejeter la réunion immédiate, admettons que de notre côté nous exagérions la tendance inverse, et l'accord ne tardera pas à être complet entre nous.

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

M. Desprès nous dit que Velpeau et Nélaton ne faisaient pas de réunion immédiate, cela est vrai, mais il devrait ajouter que s'ils ne la faisaient pas c'est qu'ils ne savaient pas la faire comme nous la faisons aujourd'hui ; c'est surtout et avant tout parce qu'ils ne possédaient pas les éléments de succès dont nous disposons à l'heure actuelle.

Sans doute j'ai reconnu que la réunion immédiate était une manœuvre difficile, qui exigeait des soins divers de la part du chirurgien, mais cette objection est applicable à tout ce que nous faisons, et ne prouve qu'une chose, c'est que pour être chirurgien on a besoin de beaucoup d'exercice.

D'ailleurs, même dans les cas où nous reconnaissons que la réunion totale est impossible, il nous arrive tous les jours de tenter une réunion partielle qui abrège la durée du traitement.

On nous reproche les ablations incomplètes destinées à conserver une étendue de peau suffisante pour la réunion. C'est là une erreur, nous faisons le diagnostic de l'étendue du mal, tout comme les autres chirurgiens, et comme eux nous enlevons largement sans nous préoccuper des pansements ultérieurs. La meilleure preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que nous pouvons citer des exemples de survie pour le moins aussi longue que ceux observés par M. Desprès.

M. POLAILLON.—Je ferai d'abord remarquer à M. Desprès qu'il se trompe en citant l'observation d'une de mes amputées du sein, morte d'infection purulente. Je n'ai pu publier une semblable observation, puisque je n'ai jamais perdu de malade dans de pareilles conditions.

Je suis partisan de la réunion immédiate, mais à la condition, bien entendu, que les lèvres de la plaie puissent arriver en contact. Je favorise même au besoin ce rapprochement par quelques petits tiraillements.

Je fais usage du pansement de Lister en ayant soin de lui faire dépasser largement les limites du mal. Je ne doute pas que c'est à cette circonstance que je dois de n'avoir pas eu d'infection purulente.

M. LE DENTU.—En somme, il paraît bien difficile d'être absolu en pareille matière.

Lorsque l'affrontement des lèvres de la plaie se fait d'une manière pour ainsi dire spontanée, il me semble que la réunion s'impose et qu'elle ne doit pas être faite dans le cas contraire.

Maintenant, il y a une méthode mixte qui consiste à réunir dans une certaine étendue et à laisser le reste librement ouvert. Cette méthode s'applique à la généralité des cas.

En ce qui concerne les accidents possibles, je crois que le mode de pansement joue à cet égard un rôle insignifiant. Je n'ai pas eu plus d'accident en réunissant qu'en ne réunissant pas.

Je crois également que le mode de pansement est sans influence sur la récurrence. D'ailleurs, les conditions de cette récurrence nous sont complètement inconnues.

M. Pozzi.—M. Le Dentu dit que l'on ne doit réunir que lorsque les lèvres de la plaie s'affrontent pour ainsi dire spontanément, sans traction. C'est là un point qui mérite d'être précisé.

C'est ainsi, par exemple, que l'on doit savoir que la réunion de la peau, impossible avant l'apposition des sutures profondes, devient très facile après que ces sutures ont été mises.

J'ajoute qu'une certaine traction exercée sur la peau, lorsqu'elle

n'est pas excessive, est une bonne condition de succès ; elle a pour conséquence, en effet, une compression et une immobilité des parties divisées, ce qui doit toujours être recherché avec soin.

J'ajoute qu'il faut faire une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la plaie, et y placer un tube.

M. MARC SÉE.—Je réunis toutes les plaies, sauf quand c'est mécaniquement impossible, et j'ajoute que cela est possible, même dans le cas où cela semblait impossible *a priori*.

En ce qui concerne le drain, je l'enlève dès le lendemain de l'opération.—*Médecin praticien.*

Traitement du tétanos ; par M. le professeur VERNEUIL. — Les moyens que je mets en usage contre cette terrible maladie sont les suivants :

1^o *Immobilité complète*, que je réalise en plaçant le malade dans une grande gouttière de Bonnet ;

2^o *Température constante et élevée, sudation modérée*, obtenues par l'enveloppement du corps tout entier dans une épaisse couche d'ouate ;

3^o *Sommeil ininterrompu*, coma chloralique continué pendant vingt jours environ.

Assimilant mon malade à la grenouille soumise à l'intoxication strychnique, au tétanos expérimental, je m'efforce d'abolir tout mouvement, de supprimer toute cause d'action réflexe et je le mets à l'abri des spasmes qui en seraient la conséquence.

Pour la chaleur, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on en rencontre l'efficacité ; chacun se rappelle l'histoire du soldat dont parle Ambroise Paré et qui fut guéri après avoir été enterré dans du fumier. Aussi a-t-on souvent cherché à réaliser cette condition au moyen de bains ou de séjours plus ou moins prolongés dans des étuves ; mais les déplacements imposés en pareil cas, les mouvements, les refroidissements inévitables, les frictions nécessaires pour sécher le corps rendent ces moyens dangereux et déterminent des crises d'actions réflexes redoutables. Il n'en est pas de même si l'on enfouit le malade dans un lit de coton, si on l'entoure de 7 ou 8 centimètres d'ouate ; on favorise ainsi, et d'une façon non interrompue, un phénomène normal du tétanos : la transpiration.

Enfin, j'obtiens par le chloral un sommeil continu. La première application que je fis de ce médicament, en pareil cas, date de quinze ans, et j'en communiquai l'heureux résultat à l'Académie des sciences ; depuis cette époque, il m'a donné en moyenne une guérison sur deux cas de tétanos. *A quelle dose doit-on l'administrer ?* Sur ce point, je ne puis faire aucune réponse précise ; pour certains malades, 4 grammes en vingt-quatre heures suffiront, pour d'autres ce n'est pas trop de 15 grammes. Il faut que le coma soit constant et que le sujet retombe dans son sommeil dès qu'on cesse de l'interroger ou de le tenir éveillé pour lui ouvrir la bouche et y faire pénétrer la nourriture. Ce que je puis affirmer, c'est que je n'ai jamais observé d'accidents gastriques, quelle que fût la quantité de chloral ingérée, et que, quand un obstacle m'interdisait la voie stomacale, j'ai eu recours à l'absorption par le rectum, sans m'être vu jamais dans la nécessité d'ouvrir la veine pour y faire pénétrer une substance que Porta et quelques chirurgiens italiens ont d'ailleurs préconisée comme coagulant le sang dans le traitement des varices. *Combien de temps doit durer ce traitement ?* Quinze

à dix-huit jours au moins. Il faut se rappeler, en effet, qu'on ne jugule pas le tétanos, et, si l'on se contente d'un premier soulagement, on s'expose, en cessant l'administration du soporifique, à voir récidiver la maladie au quinzième, au vingtième jour et plus tard encore, et le malade succomber. Deux semaines représentent donc un minimum pour la durée de ce sommeil thérapeutique, et la prudence exige qu'on ne le suspende pas avant quatre jours pleins, écoulés depuis la disparition complète des spasmes et de la contracture. Tout au plus pourra-t-on, si le mieux est très accentué, diminuer progressivement la dose de 12 grammes, par exemple, jusqu'à 6 ou 8 grammes par vingt-quatre heures.

Quand le chloral n'est pas absorbé, ni par l'estomac, ni par le rectum, on peut avoir recours à l'injection intraveineuse; mais cette opération a deux graves inconvénients; le danger des thromboses et l'impossibilité de renouveler quotidiennement l'opération.

Quand la contracture du cœur ou des muscles bronchiques menace de mort le malade, il vous reste deux moyens: les courants continus et la trachéotomie.

Si le malade était exposé à mourir de faim ou de soif par dysphagie, dans ces formes hydrophobiques où la sonde œsophagienne elle-même est repoussée, je me déciderais peut-être à faire la gastrotomie.

En tout cas il ne faudra jamais perdre de vue la trilogie de ma formule thérapeutique: tranquillité, chaleur et sommeil constants.—*Revue de médecine de Toulouse.*—*Revue médicale*

Variété de fausse réduction des hernies (1).—La réduction d'une hernie étranglée, après la kélotomie, est un temps opératoire qui souvent présente de sérieuses difficultés; soit que la hernie soit très volumineuse, que l'anneau soit trop serré, ou qu'il y ait des adhérences, soit encore qu'il existe quelque disposition anormale dans le sac ou autour de lui, on éprouve une résistance plus ou moins difficile à vaincre. Le Dr Berger a étudié à fond, dans son intéressant travail, les accidents qui peuvent alors survenir. Voici en quelques mots en quoi ils consistent: l'intestin ne peut repasser dans le trajet herniaire, ni traverser l'orifice abdominal qui, souvent très profond, n'a point été atteint par le débridement; refoulant alors le péritoine, il vient, après avoir passé à travers l'incision pratiquée au sac, se loger entre le péritoine décollé et la face profonde des aponévroses de l'abdomen. Depuis le livre d'Arnaud, en 1730, jusqu'à nos jours, il n'existe que douze à quinze observations très authentiques de faits de ce genre; mais il est possible et presque certain que ces accidents sont plus fréquents qu'on ne le croit.

On les a observés aussi souvent dans les hernies inguinales que dans les crurales; mais, dans les deux cas, la place que va occuper l'intestin est différente. Dans les inguinales, en effet, il va se loger en haut et en dehors dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, tandis que dans les crurales il est refoulé soit en bas et en arrière dans le petit bassin, soit en dedans derrière la symphyse pubienne et devant la vessie.

Dans tous les cas l'anse était hors du sac herniaire, mais la cause de l'obstacle a quelquefois échappé à l'observation: dans quelques faits,

(1) Berger, in *Revue de Chirurgie*, 1884, octobre et décembre.

l'ectopie du testicule à l'anneau explique le fait ; une fois l'artère ombilicale formait une bride saillante s'opposant à la rentrée de l'anse dans le ventre. De l'enclavement dans cette cavité pré-abdominale résulte une coudure très-brusque de l'intestin au niveau du collet du sac et un obstacle insurmontable à la circulation du sang et des matières.

Presque toujours on relève dans les procédés opératoires quelques fautes qui ont pu favoriser la fausse réduction. D'abord, pour les hernies inguinales, on a presque toujours eu affaire à des hernies congénitales ; on sait que, dans ces variétés, le trajet est souvent très long et l'orifice assez profond. Alors, si l'on a pas le soin de bien pénétrer jusqu'à l'obstacle réel, on laisse subsister l'étranglement et on ne le débride pas. Dans tous les cas la difficulté de la réduction a fait exécuter aux opérateurs des manœuvres violentes, des débridements nombreux, qui ont eu pour résultats de dissocier les tissus, de dilater le passage de la hernie à travers l'orifice fait au sac et, en définitive, on a placé l'intestin dans une nouvelle position.

La plupart du temps on ne s'est point aperçu, aussitôt après l'opération, de la maladresse commise ; cependant quelques opérateurs ont remarqué que l'anse intestinale n'avait pas filé à la fin de la réduction, aspirée pour ainsi dire par l'abdomen comme on le voit d'ordinaire ; de plus ils ne trouvaient pas le trajet libre comme il doit l'être après une réduction complète, néanmoins ils passaient outre. Les phénomènes d'étranglement continuaient et amenaient la mort.

M. le Dr Berger tire de ces faits des conclusions qui intéressent au plus haut point le praticien. Il faut s'assurer exactement du point où siège l'obstacle. On fait alors un petit débridement, et on essaie de réduire ; si l'intestin résiste, de peur de le refouler au lieu de le réduire il faut agrandir les incisions extérieures et bien pénétrer couche par couche jusqu'au siège précis, parfois très profond, de l'étranglement. L'écoulement du liquide péritonéal est un excellent signe de la rentrée de l'intestin, et, quand celui-ci est réellement rentré, le doigt peut librement explorer le voisinage de l'orifice dans l'abdomen et sentir les anses intestinales libres. Quand on arrive près d'un malade qui a été victime d'une fausse réduction, on s'en assure en constatant que l'orifice n'est pas libre ; on doit alors retirer l'intestin de sa mauvaise position, tâcher d'aller lever l'obstacle réel, s'assurer que l'intestin n'est pas malade. Si ces manœuvres ne peuvent se faire facilement, M. Berger conseille d'inciser largement la paroi abdominale, de faire une laparotomie latérale pour arriver directement sur l'obstacle. — *Concours médical.*

Traitement de l'entorse.—Suivant M. Marc SÉE, le traitement de l'entorse comporte deux indications :

- 1^o Provoquer, dans le plus court espace de temps possible, la résorption des liquides épanchés autour ou dans l'intérieur de l'articulation ;
- 2^o Favoriser la cicatrisation des parties lésées, en assurant l'immobilité de la jointure.

Or, tous les traitements institués jusqu'alors ne remplissaient pas ces deux indications. De plus, certains d'entre eux étaient absolument insuffisants, quand ils n'étaient pas préjudiciables au malade. Seul, le massage, qui jouit encore d'une très grande vogue, paraissait présenter de réels avantages. Mais, à y regarder de près, il ne peut être

d'un grand secours dans le cas d'entorses graves ; il n'a jamais pu guérir que des entorses légères, et, dans ses cas, le repos seul aurait aussi bien agi.

Le traitement que M. Marc Sée propose, et qu'il a employé avec succès, est des plus simples. Il ne demande ni le temps, ni la patience, ni l'habileté qu'un bon masseur doit posséder. De plus, il possède les avantages du massage, sans en avoir les inconvénients.

Une bande de caoutchouc, longue de 1 à 2 mètres et large de 6 centimètres, est appliquée sur l'articulation entorsée. On a soin de garnir les méplats avec de l'ouate et d'éviter une trop forte compression sur les saillies pour ne pas déterminer d'eschares. Il ne faut pas non plus que la bande fasse éprouver de douleur au malade. Dans ce cas, on l'enlèverait pour l'appliquer de nouveau.

Cette bande agit, comme le massage, en provoquant la résorption des liquides épanchés. Elle remplit la première indication du traitement. De plus, elle amène l'immobilité, qui est la seconde indication. Cette immobilité pourrait être mieux assurée en enveloppant le membre d'ouate et roulant une bande de toile par-dessus, ou même en appliquant un petit appareil.

Ce traitement serait, suivant M. Marc Sée, tout autant efficace dans les entorses avec arrachement osseux que dans les entorses les plus simples, ce qui constitue sa supériorité sur le massage, qui ne pourrait être que dangereux dans les cas où des fractures accompagnent l'entorse.—*Revue médicale.*

Des vomitifs dans les cas de corps étrangers de la gorge.—Le Dr James Grey GLOVER fait observer que dans les meilleurs livres classiques de chirurgie, les vomitifs ne sont pas indiqués comme moyen d'expulser les corps étrangers logés dans la gorge ; aussi, à l'appui de cette thèse, vient-il apporter le fait d'une femme ayant avalé un morceau d'os et présentant tous les symptômes des corps étrangers des voies aériennes. L'auteur prescrit un vomitif (sulfate de zinc), et, après quelques efforts de vomissements, la malade ne tarda pas à rejeter le corps du délit, qui était un os de mouton. Dans deux autres cas, il put agir de la même manière avec un pareil succès.

Les vomitifs sont, en effet, un bon moyen pour déloger les corps étrangers de la gorge ; mais l'auteur aurait peut-être dû faire remarquer tout d'abord qu'il faut être fixé sur le siège exact des corps étrangers. En effet, si ce dernier siège dans l'arrière-gorge, en dehors du larynx, les vomitifs donnent d'excellents résultats ; si, au contraire, il est dans l'organe vocal ou la trachée, le vomitif amène parfois son déplacement sans parvenir à le faire rejeter, et, dans ce cas, la mort du malade peut être la conséquence d'une manœuvre intempestive et faite un peu au hasard.—*Lancet.*—*Revue bibliographique des sciences médicales.*

Traitement de l'hydarthrose par les lavages phéniqués.—On sait combien sont rebelles certaines hydarthroses du genou ; les injections modificatrices de teinture d'iode ont souvent donné ou des accidents ou des résultats imparfaits. Le Dr DELENS, cherchant un moyen plus efficace, a essayé les lavages articulaires avec une solution d'acide phénique à 2½ pour 100 et il présente une série de huit cas où ce traite-

ment a pleinement réussi. Il pratique une ponction avec un moyen trocart, à la partie supérieure et externe du genou, c'est-à-dire au niveau du plus grand cul-de-sac de la synoviale; le liquide contenu dans l'article s'écoule; alors on injecte la solution phéniquée, on masse légèrement la jointure, et on lui imprime quelques petits mouvements afin que le liquide baigne bien tout l'intérieur de la synoviale, puis on le laisse ressortir, et on recommence la même manœuvre jusqu'à ce qu'il ressorte parfaitement clair. On place ensuite le membre dans une gouttière et on établit une légère compression ouatée. Au bout d'un jour, en moyenne, l'articulation devient douloureuse, et, dans sept cas sur huit, au second jour, il y avait un mouvement fébrile montant à 39°. Il dure peu, et bientôt les phénomènes inflammatoires se calment, le liquide articulaire, reproduit dans les deux premiers jours après l'opération, se résorbe et les malades, opérés par M. Delens, ont pu se lever et marcher très bien au bout de 12 à 30 jours. L'appareil aspirateur de Dieulafoy, avec le trocart à double courant, est l'instrument le plus commode pour pratiquer cette opération et éviter l'introduction de l'air dans la jointure.—*Concours médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Emploi des anesthésiques durant le travail.—Le professeur PARVIN recommande beaucoup l'usage des anesthésiques durant le travail de l'accouchement, et enseigne "que non seulement on peut les employer en toute sécurité, mais aussi qu'ils peuvent rendre de véritables services en abrégant la durée du travail." L'éther doit être préféré, vu que le chloroforme, d'après l'auteur, est plus apte à être suivi d'une diminution dans l'intensité des douleurs. L'anesthésie doit être obstétricale et non chirurgicale, c'est-à-dire être poussée au point de diminuer seulement la sensibilité douloureuse et non pas d'abolir tout-à-fait la volonté. La sécurité des anesthésiques dans ces cas repose sur l'intermittence des inhalations (durant les douleurs seulement) et sur le fait que les contractions de l'utérus stimulent la respiration et favorisent la congestion du cerveau. La douleur est une indication de l'anesthésie surtout au moment où la dilatation de l'os se termine et quand la tête franchit la vulve. L'anesthésie peut devenir dangereuse et doit en conséquence être suspendue quand, dans les présentations du siège, les hanches sont expulsées. Par l'emploi des anesthésiques, la plupart des femmes ont une maladie plus heureuse, leur convalescence étant également plus rapide et plus normale.—*College and Clinical Record.*

Emploi et abus du forceps.—Extrait d'une clinique de M. le professeur GOODELL à l'hôpital de Philadelphie.—Les déchirures du périnée arrivent, que l'accoucheur se soit ou non servi du forceps, mais dans la plupart des cas, elles résultent de l'emploi, ou mieux, de l'abus de cet instrument. Laissez-moi ici vous donner un conseil. Quand le temps est arrivé d'appliquer le forceps, appliquez-le et attirez hardiment la tête en bas, mais quand celle-ci est assez descendue sur le périnée pour commencer à le distendre, enlevez alors l'instrument. Je

ne crois pas qu'aucun de vous soit actuellement en état de pratiquer la délivrance de la tête au moyen du forceps. La tentation qui se présente alors est de faire tourner la tête trop tôt. Si vous enlevez le forceps, il vous arrivera rarement d'avoir ce qu'on appelle une mauvaise déchirure, et si cette dernière se prodnît nonobstant, vous n'en-courrez aucun blâme. Pour ma part, il m'arrive bien rarement de terminer le travail au moyen du forceps. Quand le périnée commence à proéminer, je me contente de soutenir les lames de l'instrument afin de m'assurer si les contractions utérines sont assez fortes pour terminer le travail. Si oui, j'enlève le forceps.

On fait parfois un tel abus de cet instrument que Baudelocque a eu, je crois, raison de dire que le forceps avait fait plus de mal que de bien. Il faut beaucoup de savoir et de jugement pour terminer un accouchement par le forceps. Un accoucheur inexpérimenté ou démoralisé par la longueur et la difficulté du travail est porté à exercer d'inutiles violences, à délivrer la tête trop tôt ou à faire des tractions dans une fausse direction. J'ai moi-même déchiré le périnée et ai vu nombre de bons médecins le faire aussi. C'est pour cela que je vous recommande fortement d'enlever le forceps au moment où la tête est arrivée au périnée, à moins qu'il n'y ait indication contraire positive. Quelquefois, une des cuillers a été appliquée sur une oreille et il est plus ou moins difficile de la dégager, mais vous réussirez dans la plupart des cas et c'est précisément là ce qu'il faut faire.—*Phil. Medical and Surgical Reporter*.

Délivrance de la tête dans l'accouchement par le siège.—FREN-
DENBERG a publié à ce sujet, dans *Archiv. für Gynäkologie* la statistique de vingt-un cas observés à la clinique de Birnbaum, et cette statistique est très élaborée. L'auteur en vient à la conclusion que la meilleure méthode de délivrance est celle connue sous le nom de méthode de Prague et qui consiste à placer la main droite sur les épaules de l'enfant, les doigts sur l'occiput, et à extraire la tête en saisissant les pieds de la main gauche et exerçant des tractions d'abord en bas puis en haut vers l'abdomen de la mère. Si ce moyen ne réussit pas, il faut avoir immédiatement recours au forceps qui devient indiqué dans les cas suivants : 1^o Dans la rotation de l'occiput en arrière et l'extension du menton sous l'arcade pubienne ; 2^o dans la rotation en arrière ou latérale de la face avec absence de flexion et enclavement ; 3^o quand il est indiqué de terminer promptement l'accouchement ; 4^o dans le cas de rétrécissement ou de rigidité de la vulve ou du vagin ; 5^o quand la main s'est fatiguée dans les efforts faits pour amener la délivrance ; 6^o quand la tête est restée dans le bassin, tournée latéralement ; 7^o quand l'état de la mère exige une prompte délivrance, v.g. dans le cas de métrorrhagie, d'éclampsie, etc., l'enfant étant mort, et la délivrance manuelle impossible.

Les contre indications sont : 1^o La contraction spasmodique de l'os autour du cou de l'enfant ; 2^o une forte difformité du bassin ; 3^o le volume exagéré de la tête du fœtus.—*Analectic*.

Traitement de l'état puerpéral par les applications intra-utérines d'iodoforme.—Le Dr Émile EHRENDORFER a rendu compte dans un intéressant article publié dans les *Archiv für Gynäkologie*, de la mé-

thode de traitement de l'état puerpéral qu'on pourrait appeler la méthode de Vienne et qui a pour base l'action antiseptique de l'iodoforme.

Les gynécologistes, observateurs scrupuleux de la prophylaxie puerpérale, admettent à l'unisson qu'il est indispensable d'irriguer la cavité utérine à l'aide de solutions antiseptiques, chaque fois que la main ou un instrument quelconque ont pénétré dans cette cavité. Pour obvier aux inconvénients des manœuvres trop souvent répétées pour pratiquer les irrigations, les accoucheurs viennois ont cherché à mettre l'utérus à l'abri de l'infection pendant tout le stade post puerpéral, à l'aide d'un topique, et ont eu recours à l'iodoforme.

Cette substance agit-elle en détruisant directement les microbes, ou bien en agissant sur le milieu de façon à empêcher leur pullulation? la chose est encore non élucidée. Toujours est-il que les résultats de cette méthode thérapeutique sont satisfaisants.

La quantité d'iodoforme qu'on peut sans crainte de toxémie introduire dans l'utérus est de 100 grains. König et d'autres auteurs ont démontré que cette substance est inoffensive tant qu'on ne dépasse pas la dose de 180 grains. Kowalski, qui s'est assuré des effets de cet agent thérapeutique dans 326 cas de sa propre pratique, n'a jamais eu à noter de phénomènes toxiques avec l'emploi d'une dose quotidienne de 100 grains.

Ce médicament doit être préparé sous forme de suppositoires longs de 5 à 6 centimètres, terminés par une ampoule, qui doivent être dirigés vers le fond de l'utérus. Ces suppositoires sont ainsi formulés :

P. Iodoforme pulvérisé.....	360 grains	
Gomme arabique		} à à 36 grains
Glycérine.....		
Amidon.....		

pour six bâtonnets.—*Revue médicale.*

Influence réciproque de l'épilepsie et de la grossesse.—Malgré les travaux faits sur ce sujet, cette question présente encore quelques obscurités. M. le docteur Raoul BRAUD, dans sa thèse, s'applique surtout à refuter deux erreurs encore assez répandues : la prétendue nocuité pour le fœtus de l'administration des bromures alcalins chez les épileptiques enceintes, et l'influence curative plus ou moins mystérieuse du mariage sur l'épilepsie.

L'analyse d'un grand nombre d'observations montre tout d'abord que la grossesse survenant chez une épileptique a un résultat assez variable. Dans certains cas, cette influence est défavorable ; dans d'autres, elle est ; nulle dans le plus grand nombre elle est favorable, en ce sens que pendant la grossesse les accès sont fréquemment suspendus ou diminués dans leur intensité, mais cette influence est absolument passagère, car, après l'accouchement, l'épilepsie reprend son cours habituel. Cette influence passagère ne justifierait donc en aucune façon le mariage, qui a des inconvénients bien plus sérieux que cette amélioration apparente. Il est démontré en effet que la copulation exerce une action des plus funestes sur les épileptiques et aggrave toujours leur état. En outre, le seul fait de la menace de l'hérédité pour les enfants doit faire écarter le mariage que beaucoup d'autres raisons contre-indiquent encore.

Quant à l'influence de l'épilepsie sur la grossesse, elle paraît en général avoir peu d'importance. Les attaques ont pu parfois se multiplier au point d'être subsistantes, sans avoir de retentissement sur l'utérus gravide ; elles n'ont produit ni avortement ni accouchement prématuré. Enfin le travail même n'a jamais paru influencé par les attaques, pas plus que lui-même n'a paru provoquer les accès.

Un fait qui frappe lorsqu'on étudie l'influence de la grossesse sur l'épilepsie, c'est le cachet d'uniformité de cette influence chez une même femme ; si par exemple les attaques sont suspendues dans une première grossesse, il en sera de même dans les suivantes. Cette tendance à l'uniformité, à la reproduction exacte de la même série de phénomènes chez un même sujet, est du reste une des caractéristiques de l'épilepsie et s'observe dans la plupart de ses manifestations.

Quant à l'action de la bromuration pendant la grossesse, elle est bien connue surtout depuis les travaux de M. Legrand du Saulle. Dans la majorité des cas, la mère retire les meilleurs effets de la médication.

D'autre part, ainsi que le montrent de nouveau les observations de M. Béraud, jamais le bromure, quelle que soit sa dose (12 grammes par jour), n'a eu la moindre influence nocive sur la santé et le développement du fœtus. D'où cette conclusion : le bromure, utile à la mère, n'est pas nuisible à l'enfant.—*Jour. de méd. et chir. prat.*

Cardiopathie de la ménopause.—M. le docteur CLÉMENT range cette affection dans le groupe des maladies du cœur décrites par Sée sous le nom de formes fonctionnelles ; il a en vain consulté les auteurs pour trouver quelque chose qui se rapportât à cette affection ; seul William Stokes en dit quelques mots.

Quant à la pathogénie des accidents, l'auteur la résume de la façon suivante :

“ Par suite peut-être d'une disposition spéciale créée par la ménopause, il y a en premier lieu une modification profonde de l'innervation du grand sympathique ; ou bien le point de départ de cette modification est une action réflexe dont l'origine serait dans l'appareil sexuel. Quoi qu'il en soit, elle se traduit par une excitation des nerfs accélérateurs et par un spasme vasculaire.

A cet élément nerveux s'ajoute bientôt l'influence de l'anémie, qui va contribuer dès lors à aggraver tous les désordres. Par l'aglobulie, elle amène de l'accélération, elle augmente les palpitations, elle favorise l'infiltration des téguments. Par l'anémie du bulbe, elle accroît la dyspnée, et, faisant perdre de sa puissance au centre modérateur, elle laisse, pour ainsi dire, agir sans contrepoids l'excitation du système accélérateur.

Ainsi se trouvent coalisées dans le même organisme les causes les plus puissantes, en dehors des lésions valvulaires, qui peuvent bouleverser la fonction cardiaque. Les désordres qui résultent de cette coalition atteignent au maximum d'intensité, et ne sont comparables, dans leur violence, qu'à ceux qui dépendent d'une lésion anatomique.

Faut-il s'étonner, dès lors, que la confusion entre cette forme nerveuse fonctionnelle, et une maladie organique du cœur, soit inévitable pour tout observateur non prévenu ?

C'est la digitale qui est le médicament héroïque pour combattre la maladie. Dans les premiers accès, l'infusion de poudre de feuilles doit

être donnée à la dose de 0,50 cent. le premier jour, puis 0,40 et 0,30 et au bout d'une semaine au plus les accidents disparaissent. Lorsque les malades ne supportent plus la digitale, l'auteur emploie l'extrait hydroalcoolique de *convallaria maialis* à la dose de 1 gramme à 1 g. 50. Mais il est moins actif que la digitale, et presque toujours il a été forcé de revenir à l'emploi de la digitale, choisissant cette fois la formule du vin de Trousseau.

Contre les paroxysmes de la dyspnée, il emploie les préparations opiacées, et spécialement la morphine.

Pendant les rémissions, la médication tonique.

Enfin les malades doivent s'abstenir de tout mouvement et de tout acte qui puissent exagérer l'activité cardiaque."—*Arch. de tocologie.*

Polypes intra-utérins.—Dans une leçon clinique, reproduite par la *Gazette des hôpitaux*, le docteur Després rappelle qu'un certain nombre de ces polypes ne deviennent apparents et ne débordent l'orifice du col qu'au moment des hémorragies menstruelles ou autres. C'est pendant ces hémorragies qu'on peut reconnaître leur existence au moyen du toucher vaginal; une fois l'hémorrhagie passée, le polype remonte dans la cavité utérine. D'où le précepte que, chez une femme atteinte de métrorrhagies, il faut toujours avoir le soin de pratiquer le toucher pendant l'hémorrhagie même, pour s'assurer que les accidents ne sont pas dus à un polype.

Le docteur Després n'a recours qu'avec répugnance à l'ergotine pour arrêter les hémorragies occasionnées par des polypes de cette espèce. Il craint que l'ergotine fasse contracter le col, et rende ainsi plus difficile l'opération nécessaire. Il conseille de préférence, comme moyen hémostatique en pareille circonstance, le café noir. Il conseille d'administrer tous les quarts d'heure une demie-tasse, jusqu'à concurrence de cinq. Il explique l'heureux effet de cette médication par l'action de la caféine sur la contractilité des vaisseaux.

Assez souvent on est obligé d'avoir recours à la dilatation forcée du col utérin pour rendre ces polypes accessibles à l'action du chirurgien. L'auteur signale le danger de l'emploi de l'éponge préparée pour obtenir cette dilatation. La rétention dans la cavité utérine des liquides plus ou moins septiques que secrètent ses parois pourrait, d'après lui, amener des accidents de nature à rendre cette opération aussi dangereuse que l'ouverture du péritoine. Aussi conseille-t-il de remplacer l'éponge par des tiges de *laminaria* préparées de manière à laisser au milieu d'elles des espaces vides qui peuvent servir de drains et permettre l'écoulement des liquides intra-utérins.—*Lyon médical.*

PÆDIATRIE.

De la coqueluche.—Clinique de M. JOFFROY à l'hôpital des Enfants-Malades.—Considérée, tout d'abord, comme une névrose, puis, comme une maladie catarrhale, et enfin, par M. le professeur Germain Sée en particulier, comme une maladie infectieuse, la coqueluche, qui a fait son apparition sous la forme d'épidémies excessivement graves est arrivée, en résumé, à être, selon la définition de Trousseau, une affection générale, avec catarrhe spécifique et névrose. Tant qu'à moi,

je trouve que ce dernier mot mérite d'être retranché parce que le système nerveux est, de même que dans la rage, influencé par un poison dont nous ne faisons encore que soupçonner l'existence. En effet, si Lezerich, d'une part, affirme avoir produit des accidents semblables à ceux de la coqueluche en inoculant une certaine portion de la culture de champignons trouvés sur les amygdales et sur le pharynx, Rossbach, d'autre part, après avoir été dans la reprise de ces expériences jusqu'à trachéotomiser des animaux afin d'introduire plus directement les organismes inférieurs qu'il avait trouvés être semblables à ceux qu'on rencontre chez les gens atteints de bronchite, prétend être toujours arrivé à un résultat absolument nul.

De même que la rougeole et la scarlatine, la coqueluche a son âge spécial. S'observant fréquemment chez les jeunes enfants de deux mois à cinq ans, elle devient assez rare à parur de dix ans. Enfin, elle présente encore deux caractères qui la rapprochent des maladies infectieuses : ce sont l'innocuité d'une part, et la contagion d'autre part. Niée autrefois par Guersant, par Blache, par Laënnec, et n'étant plus aujourd'hui une chose douteuse pour personne, la contagion est impossible à démontrer parce qu'on peut tout mettre sur le compte de l'épidémie. Quant au moment où elle se produit, bien que nous ne sachions pas si on doit éloigner l'enfant dès la première période ou seulement lorsque les quintes font leur apparition, il est néanmoins très probable que le danger ne commence qu'avec l'apparition des matières filantes.

La coqueluche comprend trois périodes : une première de bronchite simple, une deuxième de quintes, et une troisième de résolution. Au bout d'un jour, de deux jours, et même de deux septenaires, de telle sorte qu'on ne connaît pas la durée de l'incubation, l'enfant, après avoir présenté un peu de malaise, se met à tousser pendant trois jours, dix jours, quinze jours, et même six semaines avant de présenter la quinte caractéristique de la coqueluche et de la deuxième période, dont la durée ne peut, elle aussi, être évaluée. Puis arrive la troisième période. En général, les choses s'améliorent assez vite, les quintes diminuent d'intensité, la toux redevient peu à peu normale, les matières expectorées, de muqueuses, filantes et claires qu'elles étaient, deviennent opaques, verdâtres et mêmes purulentes, et la guérison arrive au bout de trois, quatre ou cinq semaines. Tout est alors, en général, fini ; cependant, une rechute peut survenir ; mais, dans ce cas, la durée est bien moins longue.

Parmi les complications de la coqueluche, l'une des plus redoutables, sans contredit, est la broncho pneumonie ; aussi laissez-moi vous rapporter en détail l'observation suivante : il s'agit d'un enfant de 4 ans qui est entré le 10 septembre dans le service des chroniques pour une coxalgie. Malgré l'apparition d'un abcès, vu la bonne mine de l'individu, on pouvait croire à une guérison, quand, à la suite d'un contact avec des enfants atteints de coqueluche, apparut, le 10 octobre, chez ce malade, une affection aiguë qu'on pouvait penser en raison de la toux, être la rougeole. Cette indécision, toutefois, ne fut pas de longue durée, car, au bout de deux jours, l'enfant eut des quintes de coqueluche dont le nombre alla en augmentant rapidement. Tout semblait marcher régulièrement, l'enfant mangeait assez bien pendant les intervalles de repos, il n'avait ni fièvre, ni vomissements, lorsque

Le 16 au matin, c'est-à-dire six jours après le début, nous le trouvâmes abattu et en proie à une fièvre assez vive. En présence de pareils symptômes, on pouvait affirmer qu'il existait une affection pulmonaire. L'auscultation, en effet, nous ayant révélé, outre la présence de râles disséminés dans toute la poitrine, l'existence d'un foyer de râles à la base gauche, nous portâmes le diagnostic de broncho-pneumonie. Ce n'est la toutefois qu'un début qui ne comporte aucun pronostic. Sans doute, une semblable affection est à l'hôpital chose grave, mais non fatale, tout dépendant de l'origine.

Comment faut-il donc procéder pour savoir s'il s'agit d'une broncho-pneumonie tuberculeuse dont la terminaison est invariable aussi bien en ville qu'à l'hôpital? Comme si la coqueluche n'existait pas, il faut tenir compte des antécédents héréditaires et personnels, et des signes physiques. Comme antécédents héréditaires, je n'en trouve pas. Quant aux antécédents personnels, ils sont d'une importance capitale en ce sens qu'ils nous apprennent que cet enfant est scrofuleux et peut être, par conséquent, considéré comme prédisposé à la tuberculose. Maintenant, si nous passons à l'examen des signes physiques, nous voyons qu'outre un foyer de broncho-pneumonie, ce que vous savez du reste déjà, il existe, au sommet droit, un second foyer de râles. Nous basant sur ce siège, sur les antécédents et sur la marche de la maladie, nous avons porté le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Quant à la recherche des bacilles dans les produits expectorés, ce nouveau mode d'exploration ne peut pas être employé chez les enfants, parce qu'ils ne crachent pas. Il serait peut être bon cependant de faire une exception pour ceux qui ont la coqueluche; mais quoi qu'il en soit, je ne sache pas que cet examen ait encore été fait, aussi passerai-je immédiatement à l'étude du traitement.

Et tout d'abord, je commencerai par vous prémunir contre certains médicaments tels que la belladone, le bromure de potassium, le salicylate de soude, le chloroforme et le sulfate de quinine. La belladone, préconisée par Trousseau, n'a jamais produit, quant à moi, d'effets salutaires sous quelque forme qu'elle ait été administrée. Le bromure de potassium, qu'on donne moins maintenant, est un médicament dangereux, surtout dès qu'il y a un peu de bronchite parce qu'en anesthésiant les muqueuses, s'il diminue, d'un côté, les quintes et procure par suite un peu de repos, il laisse par contre aux bronches le temps de s'oblitérer. Je ferai le même reproche au salicylate de soude. Le chloroforme peut être donné sans danger à l'enfant; mais, vu son maniement un peu délicat, il est préférable de ne pas s'en servir que de le confier à une garde-malade ou à la mère. Quant au sulfate de quinine, dont la dose doit varier suivant l'âge depuis 0,25 centigr. à 0,60 centigr., outre son action sur la fièvre dans les cas où elle existe, il diminue aussi un peu le nombre des quintes. Ceci dit, arrivons maintenant à l'étude du médicament par excellence, c'est-à-dire à l'hydrate de chloral employé en France, en Angleterre et en Allemagne. Sous quelle forme, à quelle dose, et à quel moment devez-vous l'employer? Voilà les différentes questions qui me restent à résoudre. Donner une préparation qui soit acceptée par l'enfant est une condition essentielle aussi, pour ma part, je fais toujours prendre la poudre dans la gelée de groseille; aux petits enfants de 15 mois à 2 ans, je donne en général, de 0,75 à 0,80 centigr., dans un jour; à ceux de 3 ans, 1 gr., et enfin,

aux plus âgés, 1 gr. 50 et même 2 gr. Quant au moment de l'administration, cela a une très grande importance. Il faut produire l'anesthésie des muqueuses d'une façon passagère de manière à procurer le repos nécessaire pour manger, tout en laissant à la maladie le temps de se refaire afin de faciliter le dé-emplissement des bronches. Donnez donc le médicament le soir et le matin. Vous ménagerez, en agissant de la sorte, le sommeil, et procurerez, le matin, lorsque les quintes seront passées, encore quelque temps de repos.—*Praticien.*

Soins à donner aux nouveaux-nés.—Dans les soins que nous donnons à l'enfant nouveau-né, nous nous rapprochons graduellement des procédés mis en œuvre par la nature elle-même. Ainsi, dans le service d'accouchements de l'hôpital des femmes, à Philadelphie, on procède comme suit :

Aussitôt que la tête est dégagée, les yeux sont lavés au moyen d'une solution antiseptique. Quand tout le fœtus a été expulsé, on le laisse là, dans le lit, en attendant la sortie du délivre. On ne fait aucune tentative d'extraction du placenta avant qu'il se soit écoulé une demi-heure ou trois quarts d'heure, la plupart du temps, la nature en a opéré l'expulsion avant cela. Le placenta une fois expulsé, on le place dans un vase, puis, l'enfant bien enveloppé de couvertures est mis à côté, encore attaché à l'arrière faix. Toute l'attention se porte alors vers la mère à laquelle on donne tous les soins nécessaires. Cela fait, on revient au baby. Les pulsations du cordon ont alors cessé depuis longtemps; on sectionne celui-ci, et l'on exprime soigneusement le sang du bout fœtal, mais on n'y applique aucune ligature. Le moignon n'est pas pansé, et on ne met pas de bande autour du corps de l'enfant. On ne lave pas non plus l'enfant ni on ne lui fait toilette. On se contente tout simplement de lui passer une petite robe, puis, après l'avoir chaudement enveloppé, on le met dans un petit lit. Au bout de vingt-quatre heures on le porte dans la salle de bain des enfants (convenablement chauffée) et on l'y lave et habille. Le Dr Tyng, médecin en charge de ce service, nous dit que depuis l'adoption de ce système, les enfants s'en trouvent beaucoup mieux. Nous fûmes environ une heure dans les salles de ce département, mais nous n'entendîmes pleurer aucun enfant. Tous nous ont paru heureux et contents, et se porter à merveille. Nous sommes convaincus que laver l'enfant immédiatement après la naissance et le tenir à demi-nu durant tout le temps d'une toilette souvent minutieuse n'est pas une pratique à recommander.—*Weekly Medical Review.*

De l'œdème des nouveaux-nés.—Chez les nouveau-nés, il survient quelquefois, comme chez l'adulte, une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané, qui reconnaît des causes semblables et que l'on a souvent confondu avec le sclérôme ou œdème algide.

L'œdème des nouveaux-nés n'est pas le sclérôme, et réciproquement, bien que le sclérôme s'accompagne souvent d'œdème, d'où le sclérôme œdémateux.

On voit souvent l'œdème local sus-pubien et scrotal, vulvaire ou des extrémités, sans que la peau soit durcie. C'est un état cachectique chez les enfants dont la respiration et la circulation ne s'établissent pas complètement, soit par faiblesse de naissance, soit par travail difficile

et prolongé, soit par inanition, soit par refroidissement dans les familles pauvres, soit enfin par gastro-entérite aiguë ou quelque autre maladie grave.

La différence entre l'œdème et la sclérème est que dans cette dernière maladie la peau est dure, comme si elle était gelée et sans mobilité aucune.

Le traitement consiste dans l'allaitement au sein, dans l'enveloppement d'ouate, dans le séjour dans une couveuse artificielle et dans le massage plusieurs fois répété chaque jour.—*Paris médical.*

Complications pleurales du rhumatisme chez les enfants.— Dans le cours du rhumatisme articulaire, outre les complications cardiaques, il y a souvent des complications du côté de la plèvre. Dans sa thèse, le Dr Durieux rapporte un grand nombre d'observations et il termine son travail en disant :

Les complications pleurales du rhumatisme articulaire sont loin d'être rares chez les enfants, puisqu'on les y rencontre dans la proportion de 18 p. 100 environ. Chez l'adulte, elles sont beaucoup moins communes et ne s'observent guère plus de 5 à 6 fois pour 100.

Il y a chez l'enfant une susceptibilité de la séreuse pleurale bien plus grande qu'à tout autre époque de la vie. C'est cette susceptibilité que nous avons essayé d'expliquer en invoquant :

1^o L'extrême impressionnabilité pendant le jeune âge à l'action des causes morbifiques de tous les organes, qui sont non seulement délicats et imparfaits, mais qui ont en outre un double but à remplir, se développer et s'acquitter de leurs fonctions.

2^o Une exagération notable dans l'activité fonctionnelle de la plèvre. Ce qui nous a permis jusqu'à un certain point de comparer celle-ci au péricarde de l'homme.

3^o La pleurésie rhumatismale siège à gauche dans la grande majorité des cas et, lorsqu'elle est double, c'est presque toujours l'épanchement gauche qui présente le plus de persistance et d'intensité. N'est-il pas naturel d'expliquer cette prédominance du siège à gauche par la présence dans ce même côté de complications cardiaques : endocardite et surtout péricardite, lesquelles, du reste, ne font pour ainsi dire jamais défaut et précèdent le plus souvent l'apparition de l'épanchement ? Il y aurait alors une simple extension de l'inflammation à la séreuse pleurale.

4^o Cette complication est essentiellement bénigne, puisque nous n'avons pu citer un seul cas de mort qui soit de son fait.

5^o C'est donc plutôt une affection à surveiller qu'à traiter ; mais comme son évolution est très insidieuse, on ne devra jamais négliger l'examen de la poitrine, qui, seul, dictera la conduite à tenir.—*Paris médical.*

De la trachéotomie, par M. de Saint-Germain, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.— Le procédé de trachéotomie rapide, qu'on appelle procédé de Saint-Germain, a été indiqué par Vicq d'Azyr. Il consiste à ouvrir la trachée comme on ouvre un abcès ou une veine. Il ne convient qu'aux enfants, les vaisseaux pré-laryngiers, chez eux, ne donnant pas de sang lorsque la trachée est largement ouverte.

C'est l'opération la plus facile à pratiquer pour tout le monde. Elle

n'exige, quoi qu'on en ait dit, aucune habileté spéciale. Il ne s'agit que de fixer solidement le larynx. Tout est là.

L'enfant étant maintenu, le cou saillant, on se place à sa droite. De la main gauche on lui pince le larynx, comme si on voulait passer les doigts derrière lui, comme le davier saisit la dent.

Lorsque le larynx est saisi de cette façon, la peau est tendue. On observe alors une dépression transversale au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. C'est là que le bistouri doit pénétrer. Si on faisait l'incision trop bas, on s'exposerait à ouvrir le tronc brachio-céphalique.

On maintient toujours le larynx de la main gauche, qui ne doit pas bouger, et on enfonce le bistouri de un centimètre à un centimètre et demi, selon l'épaisseur des téguments, en ayant soin de serrer la lame entre les doigts placés sur elle à la distance choisie. On incise dans une étendue de deux centimètres environ, en imprimant à la lame un mouvement de scie.

On introduit alors un doigt dans la plaie, ce qui permet de se rendre compte de son étendue, en même temps qu'on arrête le sang. Le dilatateur est glissé sur ce doigt, et quand il est placé, il permet souvent à l'enfant d'expulser des fausses membranes pendant les efforts d'expiration qui ont lieu à ce moment.

Il ne faut pas trop ouvrir le dilatateur, pour ne pas faire de la plaie une boutonnière serrée qui s'oppose à l'introduction de la canule. Si cette canule ne veut pas entrer, on peut introduire d'abord une sonde molle et glisser la canule sur la sonde. C'est le procédé qu'employait Guersant.

Il est arrivé, dans des cas où la trachée était tapissée de fausses membranes épaisses, que la canule détachait ou refoulait ces membranes, déterminant ainsi une asphyxie rapide, et que le petit malade mourait entre les mains du chirurgien. Il faut avoir cette éventualité présente à l'esprit et ne pas manquer de prévenir la famille que la trachéotomie est une opération dangereuse.—*Journal de la santé publique.*

De la bronchite chronique chez les enfants.—A la suite d'une étude très intéressante sur ce sujet, publiée dans le *Progres médical*, M. le Dr J. COMBY en vient aux conclusions suivantes :

Il existe chez les enfants une *bronchite chronique simple* qui diffère absolument de la bronchite chronique avec emphysème qu'on observe chez l'adulte et le vieillard. Cette bronchite peut survenir dès l'âge le plus tendre et succéder soit à une bronchite aiguë, soit à une bronchite spécifique (rougeole, coqueluche). La chronicité de cette bronchite trouve sa raison d'être dans le terrain sur lequel elle évolue. La plupart des enfants qui en sont atteints sont des scrofuleux ou des lymphatiques issus de parents scrofuleux ou tuberculeux.

La *réaction fonctionnelle* est peu vive : pas de fièvre, peu ou pas de dyspnée ; toux plus ou moins opiniâtre, expectoration muco-purulente à partir d'un certain âge.

Les *signes physiques* sont ceux d'une bronchite simple généralisée : sonorité et vibrations normales, râles sonores et bullaires disséminés, pas de signes de foyer. Cet état morbide persiste indéfiniment avec des rémissions et des recrudescences en rapport surtout avec les variations atmosphériques.

Le pronostic n'est pas très grave si les enfants vivent dans un milieu sain, à l'abri de la contagion : la rougeole, la coqueluche, la tuberculose, les surprenant dans cet état de bronchite, les exposeront aux plus grands dangers. C'est pour cela qu'il faut éloigner ces petits malades des hôpitaux d'enfants où ils trouveraient une mort presque certaine.

Il faut faire deux parts du traitement : 1^o attaquer la bronchite à l'aide des vomitifs et des révulsifs ; 2^o modifier l'état général à l'aide d'une bonne hygiène, d'un régime tonique et reconstituant, et surtout à l'aide de l'huile de foie de morue employée à doses massives.

Traitement de l'incontinence d'urine.—Le Dr ROCHE (*Columbus Medical Journal*) affirme que la teinture de cantharides, à dose de cinq gouttes, trois fois par jour, est un bon remède à administrer dans l'incontinence d'urine des enfants. Il a pour effet d'augmenter la sensibilité du col de la vessie, ce qui fait que l'urine, par sa seule présence, stimule la contractilité du sphincter qui n'obéit alors qu'à la volonté quand le besoin d'uriner se fait sentir. Chez les enfants, c'est le défaut de contraction du sphincter et non pas l'excès de sensibilité ni la contraction spasmodique du corps de la vessie qui est la cause la plus fréquente de l'incontinence d'urine.

De son côté, le Dr ADAMS divise les cas d'incontinence en trois catégories.—La première comprend les malades chez lesquels l'urine coule goutte à goutte et d'une façon incessante nuit et jour. Cette incontinence est presque toujours causée par la présence d'un calcul. Le traitement est donc tout indiqué.—La seconde catégorie comprend les faits dans lesquels l'incontinence est intermittente, mais se présente aussi bien la nuit que le jour. Ce sont surtout les petites filles qui y sont sujettes, et la cause tient souvent à de la vulvite ou à de l'urétrite occasionnée par la présence d'ascarides dans le vagin.—La troisième catégorie renferme les cas de beaucoup les plus intéressants, parce qu'ils sont les plus fréquents. Chez les garçons l'émission d'urine a lieu lorsque la verge est en érection. On peut accuser les repas pris tard dans la soirée, le sommeil très profond. Chez l'adulte ces mêmes causes provoquent l'éjaculation nocturne. Parmi les autres causes il faut citer un estomac surchargé d'aliments, l'intestin rempli de matières fécales, les vers intestinaux, la coxalgie, l'adhérence balano-préputiale et le phimosis. Quant au traitement, Adams rejette le chloral et conseille les bromures ou la belladone à haute dose. Ce dernier médicament constitue le remède par excellence. On le donne sous forme de teinture et goutte à goutte le soir au moment du coucher. Lorsque l'incontinence tient à de la faiblesse musculaire de la vessie ou du sphincter, c'est la strychnine qu'il faut employer.

Si l'incontinence est causée par le phimosis, il faut pratiquer la circoncision.

EULENBERG croit à l'efficacité de l'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice et dit que si l'on n'en obtient pas de meilleurs résultats, c'est qu'on administre le médicament en poudre ou en pilule au lieu de le donner en injection hypodermique. Avec l'argent, il emploie la réfrigération, les courants continus et la strychnine.

FORMULAIRE.

Catarrhe gastrique alcoolique.—*Da Costa.*

P.—Nitrate d'argent.....	1/8 grain
Extrait de belladone.....	1/16 "

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Constipation opiatre.—*Bartholow.*

P.—Extrait de fève de Calabar.....	
Extrait de noix vomique..	
Extrait de belladone, de chaque	1/2 grain
Extrait d'aloès.....	2 grains
Sulfate de fer.....	1/2 grain

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Calculs biliaires et colique hépatique.—*Bartholow.*

P.—Cholate de soude.....	30 à 40 grains
Extrait de noix vomique.....	2 1/2 grains

M.—Faites dix pilules.—*Dose* : Une pilule trois fois par jour.—*College and Clinical Report.*

Tænia.—*Dr F. H. Enders.*

P.—Chloroforme.....	1 drachme
Extrait éthéré de fougère mâle.....	1 "
Emulsion d'huile de ricin.....	3 onces

M.—A prendre en une seule dose, le matin, à jeun.—*N.-Y. Medical Record.*

Irritabilité de la vessie.—*Pancoast.*

P.—Lupulin	1 drachme
Teinture d'opium camphrée.....	1 "
Infusion de buchu	3 onces
Sirop d'orgeat.....	2 "

M.—*Dose* : De une cuillerée à thé à une cuillerée à dessert, dans de l'eau, quatre fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Diathèse urique.—*Billroth.*

P.—Acide benzoïque.....	18 grains
Sirop de framboises.....	6 drachmes
Eau distillée.....	4 onces

M.—A prendre dans les vingt-quatre heures.—*Revue de thérap. méd.-chirurg.*

Mammite.—*Dr. Whilla.*

P.—Extrait de belladone.....	1 once
Glycérine.....	q.s.

M.—Une petite quantité de ce mélange, étendue sur un morceau de charpie, est appliquée sur le sein et recouverte de soie huilée.—*Analectic.*

Fissures du mamelon.—

P.—Sucre blanc.....	}	ââ 5 parties
Oxyde de zinc.....		
Mucilage.....		
Glycérine.....		

M.—Usage local.—*Analectic.*

Rhumatisme articulaire.—Bartholow.

P.—Huile de gaulthérie.....	1 drachme
Acide salicylique.....	4 scrofules
Borate de soude.....	1 drachme
Sirop de goudron.....	
Eau d'anis, de chaque	2 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à café toutes les quatre heures.—*College and Clinical Record.*

Chute des cheveux.

P.—Glycérine.....	4 onces
Tannin.....	1 scrupule
Teinture de cantharides.....	1 drachme
Huile de capsicum.....	10 gouttes

M.—En humecter le cuir chevelu, matin et soir.—*Med. Summary.—Analectic.*

Ephélides.—

P.—Sel ammoniac pulvérisé.....	1 drachme
Eau distillée	1 chopine
Eau de Cologne.....	2 onces

M.—En applications au moyen des doigts, matin et soir.—*Med. Summary.—Analectic.*

Gale.—

P.—Oxyde de zinc.....	}	ââ 30 parties
Baume du Pérou.....		
Mucilage.....		
Glycérine.....		

M.—Usage local.—*Analectic.*

Urticaire chronique.—

P.—Bromure d'ammonium.....	160 grains
Eau d'orange.....	4 onces

M.—*Dose* : Deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, toutes les deux ou trois heures jusqu'à soulagement.—*Analectic.*

Sueurs fétides des pieds.—

P.—Permanganate de potasse.....	6 parties
Eau.....	6 onces

M.—Usage fréquent.—*Analectic.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, AVRIL 1885.

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

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

M. 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 seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

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

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

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

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

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

Bureau central d'examens.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs, et plus particulièrement à celle des membres du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens, la lettre que nous adresse M. le Dr L. LaRue, de Québec (voir page 153).

La communication de M. le Régistrateur du Collège ne fait que confirmer, en l'appuyant, notre manière de voir à ce sujet. Voilà déjà un an ou plus que le Bureau des Gouverneurs est saisi de cette question d'un bureau central d'examens, mais aucune discussion n'a encore eu lieu. Nous espérons qu'à la réunion de mai prochain, nos Gouverneurs voudront bien s'en occuper.

La profession médicale compte un grand nombre d'ennemis qui tous lui font une guerre des plus actives, mais avant de combattre les adversaires du dehors, elle doit se débarrasser d'abord des ennemis du dedans, et ce n'est pas là la plus mince tâche, croyons-nous. L'ennembrement en est un, et on s'en plaint un peu partout. Les causes en sont connues, et l'on sait qu'aujourd'hui la principale cause gît dans le privilège que possèdent nos universités d'octroyer un diplôme donnant droit de pratiquer. Qu'il y ait donc un bureau central pour l'admission à la pratique comme il y en a un déjà pour l'admission à l'étude. L'établissement de ce dernier a pour effet d'éloigner chaque année un certain nombre de candidats incapables; en créant le premier, nous verrons se produire un résultat semblable, ou nous nous trompons fort.

Après tout, qui peut donc raisonnablement s'y opposer ? Si nos universités et écoles donnent à leurs élèves une éducation médicale de premier ordre, si en outre elles leur font subir des examens réellement sérieux, nous ne voyons pas ce qu'elles peuvent craindre ni pourquoi elles songeraient à s'opposer à l'établissement d'un bureau central qui, en examinant leurs gradués, ne ferait que mettre davantage en relief l'excellence de leur enseignement. Ce devrait même être là un moyen d'établir entre elles une louable rivalité. Si, au contraire, il y a quelque part ce qu'on appelle des examens *faciles* grâce auxquels des élèves de médiocre savoir parviennent à se faufiler en contrebande dans le corps médical, la création d'un bureau central devient d'une impérieuse nécessité.

Aux Etats-Unis, l'on cherche aussi, depuis plusieurs années, à établir de ces bureaux d'examens, et comme ici, ce n'est pas tout à fait sans besoin. Dans une communication à la *Société de jurisprudence médicale* de l'état de Pensylvanie, le Dr John B. Roberts, professeur à la Polyclinique de Philadelphie, exposait les principales raisons qui, selon lui, militent en faveur de l'établissement d'un bureau central dans chaque état, et ces raisons sont aussi les nôtres. Nous les avons déjà exposées à nos lecteurs, aussi ne ferons-nous que les indiquer ici sommairement : 1° Le public se trouvera plus efficacement protégé contre l'ignorance de praticiens incapables ; 2° Il sera beaucoup plus facile de forcer chaque médecin à s'enregistrer ; 3° Le niveau des études médicales en sera nécessairement relevé ; 4° Les examens seront beaucoup plus sévères, et les candidats incapables facilement éliminés. Le Dr Roberts ajoute : Enfin, s'il arrive qu'un médecin ainsi examiné et licencié par le bureau central se rende coupable de quelque infraction grave aux lois de la déontologie médicale ou de *malpractice*, le bureau pourra lui retirer sa licence et lui enlever par là, pour un temps plus ou moins long, le droit de pratiquer.

Ce dernier point pourra sembler un peu sévère, mais nous croyons que s'il pouvait entrer dans notre législation médicale, ce serait tant mieux. Actuellement le médecin diplômé jouit d'une immunité pour ainsi dire absolue et personne n'est en droit de lui contester le droit d'exercer son art—le fit-il à tort et à travers—tant qu'il paie sa contribution annuelle. Le Bureau des Gouverneurs lui-même ne peut guère exercer de contrôle en semblable occurrence ; encore moins peut-il (sauf dans les cas de félonie) révoquer la licence de celui à qui il l'a accordée une fois et qui s'en servirait au détriment du public. Ce dernier point ne serait donc pas à dédaigner et mériterait, à notre sens, d'entrer dans les attributs du nouveau bureau d'examens.

Dans quelques semaines, nos Gouverneurs vont être appelés à discuter et à décider cette importante question. Nous les prions instamment d'y apporter toute leur attention et de bien considérer le pour et le contre. Ils voudront bien, par la même occasion, méditer ce que le prof. Roberts disait des écoles de médecine des Etats-Unis, et qui s'applique également aux nôtres. "Tant que la prospérité des écoles de médecine des Etats-Unis tiendra au nombre de leurs élèves et tant que les examens subis devant les facultés de ces mêmes écoles constitueront la seule preuve de savoir et de capacité de ces élèves, un diplôme quelconque, fut-il émané par l'institution la plus digne de confiance, ne constitue plus qu'une preuve bien faible en faveur de l'éducation de

« celui à qui il a été octroyé. Le vieux proverbe latin disait : *Caveat emptor*, que l'acheteur soit sur ses gardes. Je dirai : *Caveat æger*, que le malade prenne garde aussi, s'il est sous l'impression que le fait d'avoir pris ses degrés dans une institution à grand renom confère, à lui seul, au médecin qui en est porteur, l'intelligence et le savoir. »

Assemblées semi-annuelles du Bureau provincial de médecine.

Nous prenons la liberté de suggérer au Bureau des Gouverneurs la mise à l'étude de la question suivante : Ne serait-il pas préférable, pour le Bureau et pour ceux qui y ont affaire, de se réunir une seule fois dans l'année au lieu de deux fois ?

La nécessité des réunions semi-annuelles est, à notre sens, fort contestable. Les affaires que transige ordinairement le Bureau, ne sont ni si nombreuses ni si pressantes qu'elles ne puissent être réglées une fois l'an seulement. Presque toujours, et l'on peut s'en convaincre en examinant les procès verbaux de ces séances, le Bureau n'a, sauf l'octroi des licences, à transiger que des affaires de routine. Quand d'importantes questions se présentent, on les examine très à la hâte, plus ou moins superficiellement, et si on ne peut les expédier dans la journée, elles sont renvoyées à la séance suivante, à six mois. Au point de vue de l'expédition des affaires, la différence ne serait donc pas grande. On pourrait faire durer la séance deux jours au lieu d'un et tout serait pour le mieux.

Mais le plus grand avantage serait en faveur des candidats à l'étude et à la pratique. Les premiers se présentent toujours en plus grand nombre à la séance du mois de mai. Or, pour ce faire, ils sont obligés de sacrifier la moitié de leur dernière année d'études. Souvent l'année toute entière y passe. Or cette année est en grande partie consacrée à l'étude de la physique et de la chimie, matières sur lesquelles il importe que l'élève ait à l'avance de bonnes notions élémentaires.

Quant aux candidats à la pratique, il est vrai qu'actuellement la plupart d'entre eux terminent leurs études au printemps, mais le moment approche où, grâce au système des cours de neuf mois, qui ne tardera pas à être adopté par toutes les facultés, ils devront subir leurs examens vers la mi-juin. Pour eux, une assemblée du Bureau au commencement de juillet conviendrait parfaitement. De la sorte ils ne seraient pas obligés d'attendre au mois de septembre pour l'obtention de leur licence.

À tous égards, le commencement de juillet nous semble donc la plus favorable pour l'assemblée annuelle du Bureau et nous applaudirions de tout cœur à l'adoption d'un règlement tendant à modifier dans ce sens la constitution du Collège.

Les douleurs de l'accouchement.

Pour un grand nombre de praticiens, les douleurs de l'accouchement sont considérées comme chose sacrée et doivent être respectées à tout prix. On craint d'intervenir à la première période du travail, de peur d'apporter un obstacle à la dilatation du col ; à la seconde période

aussi, de crainte d'entraver les contractions du corps de l'utérus. Le résultat en est que la femme est forcée de traverser les différentes phases de l'accouchement, si douloureuses qu'elles soient, sans espérer qu'un soulagement quelconque sera apporté à ses souffrances.

Cette abstention est-elle de bonne pratique ? Les douleurs de la parturition sont-elles nécessaires à la sécurité du travail ? Est-on justifiable de chercher à les modérer, à les réduire à leur minimum, ou même de les faire cesser tout-à-fait, si la chose se peut faire sans compromettre la santé de la femme ?

Sans vouloir traiter à fond cette question, nous tenons à constater que depuis quelques années l'on semble s'occuper davantage des moyens à prendre pour diminuer, dans les limites du possible, les souffrances parfois atroces qu'endure la femme en travail, et que l'on ne considère plus, ainsi qu'on le faisait autrefois, comme étant indispensables à la sécurité d'un accouchement.

Plusieurs des moyens proposés dans ce but sont purement mécaniques et n'agissent que d'une manière palliative. Le symptôme douleur n'en continue pas moins. Trois médicaments entre autres peuvent, entre les mains de l'accoucheur, rendre les plus grands services : ce sont l'opium, le chloral et le chloroforme. Nous y joindrons un autre qui, bien que tout récemment entré dans la thérapeutique, a déjà donné d'heureux résultats : nous voulons parler de la cocaïne.

Trois variétés de douleurs demandent à être soulagées au cours d'un accouchement : les douleurs irrégulières appelées fausses, qui ne s'accompagnent d'aucune dilatation de l'os et qui n'ont d'autre résultat que d'affaiblir inutilement la malade ; les douleurs inhérentes à la dilatation du col, douleurs que la patiente supporte en général avec tant d'impatience et qui sont peut-être celles qui l'épuisent le plus ; enfin les douleurs, dites expulsives, qui accompagnent la 2^e période et qui se terminent par la naissance du fœtus.

Aux fausses douleurs nous avons à opposer le chloral et l'opium. Rien, en effet, n'est plus efficace, dans ces cas, qu'une dose de 20 à 25 grains de chloral ou 10 grains de poudre de Dover. La femme, en même temps qu'elle éprouve un grand soulagement à ses souffrances, peut prendre un repos dont elle a le plus grand besoin. La plupart du temps, les douleurs qui étaient auparavant irrégulières et véritablement insupportables, reviennent avec régularité et sont alors vraiment efficaces. Mais même en face des douleurs régulières et normales de la période de dilatation nous ne sommes pas tout-à-fait désarmés, et très souvent nous pouvons intervenir sans nuire en rien à la rapidité de la dilatation. Non pas qu'il faille intervenir dans tous les cas ; car il est des parturientes chez lesquelles les douleurs se réduisent à fort peu de chose ou durent trop peu de temps pour que l'on songe à les calmer. Mais si la dilatation dure longtemps et s'accompagne de beaucoup de souffrances, comme cela se rencontre la plupart du temps chez les primipares, on peut faire beaucoup de bien par l'administration d'une dose de chloral ou même de morphine. Quelques auteurs ne craignent pas de donner alors du chloroforme, à petites doses, cela se comprend. Ils choisissent de préférence le moment où ces douleurs sont les plus vives, c'est-à-dire vers la fin de la dilatation. L'emploi d'un anesthésique local serait de beaucoup préférable on le comprend, aussi n'a-t-on pas manqué d'en mettre plusieurs à l'essai. Dans une

communication récente, M. DOLÉRIS dit s'être très bien trouvé de l'usage de la cocaïne en badigeonnages sur le col utérin durant la dilatation de celui-ci. Le médicament aurait donné six succès sur huit cas. Il est donc à désirer que cette nouvelle application de la cocaïne soit de nouveau mise à l'épreuve.

Durant la période d'expulsion, surtout au moment où la tête, arrivée au détroit inférieur, a opéré sa rotation interne et se présente à la vulve, on doit donner la préférence au chloroforme ou à l'éther. A notre avis, ces deux agents pourraient être administrés plus souvent qu'on ne le fait généralement. Le point important à observer dans leur administration est de ne les donner qu'en autant que le demande l'intensité même de la douleur. Dans la généralité des cas il n'est point nécessaire de pousser l'anesthésie au point d'amener une insensibilité complète. Comme le dit si à propos le professeur PARVIN, l'anesthésie doit être obstétricale et non chirurgicale: inhalations intermittentes et modérées. Donné de cette façon, le chloroforme ou tout autre anesthésique nous a toujours paru être exempt d'inconvénients. Nous nous sommes particulièrement bien trouvé du mélange anesthésique A. C. E. La quantité nécessaire pour amener un état de demi-sommeil est relativement petite, et les contractions utérines, bien loin d'être amoindries, nous ont, au contraire, paru s'intensifier et se régulariser. Au reste cette dernière remarque a déjà été faite pour le chloroforme seul par plusieurs observateurs qui ne craignent pas d'en recommander l'usage dans presque tous les cas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Revue bibliographique universelle des sciences médicales, publiée par fascicules mensuels, grand in 8, par le Dr Cie Meyners d'Estrey.—Chroniques mensuelles, comptes rendus, résumés analytiques, traductions analectes, librairie médicale, presse médicale, travaux en langues étrangères, mémoires, variétés, notes de thérapeutique, informations, communications.

Index alphabétique annuel de la presse et de la librairie médicale, volume supplémentaire de la *Revue bibliographique universelle des sciences médicales*, formant un répertoire général des travaux de l'année précédente.

Abonnements : *Revue et Index*, un an 30 francs. *Revue seule*, 15 fr. ; *Index seul*, 20 fr. Un numéro de la *Revue* : 1 fr. 50. Administration et Rédaction, 6, place Saint-Michel, Paris. Vente au numéro à la librairie Berthier, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

DALY.—*Extensive burns involving the cavity of the knee-joint*, by W. H. Daly, M. D. Pittsburg Penn. U. S.

DALY.—*Address in medicine delivered before the Medical Society of the State of Pennsylvania*, by W. H. Daly, M. D.

VON KLEIN.—*Medical jurisprudence in divorce*, by earl H. Von Klein Am M. D., Dayton, Ohio, 1885.

BAKER.—*Typhoid fever and low water in wells*, by Henry B. Baker, M. D., Lansing, Mich. 1885.

Statement of the Receipts and Expenditures of the Province of Quebec, from all sources from 1st July 1884 to 28th February 1885.

Etat indiquant les dépenses de certains services pour l'exercice financier expirant le 30 1886.

Budget des dépenses (supplémentaires) de la Province de Québec pour l'exercice en cours, et pour l'exercice finissant le 30 juin 1886.

Etat des recettes et dépenses de l'Assemblée Législative de Québec pour l'année financière expirée le 30 juin 1884. Québec 1884.

Etat financier du Surintendant de l'Instruction Publique de la Province de Québec, pour l'année fiscale terminée le 30 juin 1884.—Québec, 1884.

NOUVELLES MÉDICALES.

—M. le Dr Catellier, professeur à l'Université Laval (Québec), et médecin interne de l'hôpital de la Marine vient de partir pour les Etats-Unis où il devra passer plusieurs mois à visiter les grands hôpitaux des principales villes de la République modèle.

—Le 14 février dernier, le Collège des Médecins et des Chirurgiens de la Province de Québec a obtenu jugement, à Sherbrooke, contre William McDermitt, charlatan de Milton Corner, comté de Shefford, pour pratique illégale de la médecine.

L'*Index Medicus* dont la publication semblait devoir être suspendue par la mort de son éditeur, M. Fred. Leyboldt, sera à l'avenir publié par M. Geo. S. Davis, de Détroit. M. Davis est, à tous égards, digne de la confiance qu'on lui témoigne. Les succès avec lequel il a déjà entrepris la publication de trois autres journaux : la *Therapeutic Gazette*, le *Detroit Lancet* et le *Medical Age*, est une garantie de la réussite de cette nouvelle entreprise à laquelle nous souhaitons tout le succès possible.

Nécrologie.—A Philadelphie, Ellerslie WALLACE, M.D., professeur émérite d'obstétrique au *Jefferson Medical College* ; à Berlin, Fr. Th. FRIEDRICH, professeur de clinique médicale à l'université de Berlin.

Faculté de médecine de Paris.—Par décret en date du 12 mars 1885, M. Bouchardat, professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur honoraire.

Hopital Notre-Dame.—M. le Dr E. P. Lachapelle a été nommé surintendant de cette institution.—M. le Dr A. David a donné sa démission comme médecin interne de l'hôpital et a été remplacé par M. le Dr T. Brennan.—Par suite du départ de MM. Jos. Houle et Gaston Smith, assistants-internes, qui viennent de prendre leurs degrés à l'Université Laval, la place d'assistant-médecin interne va être mise au concours.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la Licence et le Doctorat en médecine ont eu lieu dans le cours de la dernière semaine de mars. Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

Pathologie interne : Gastrite aiguë ; symptômes et traitement.

Pathologie externe : Tumeurs ; diagnostic, pronostic, traitement.

Matière médicale et Thérapeutique : Aconit et aconitine.

Tocologie : Traitement de l'hémorrhagie après l'accouchement.

Ophthalmologie et Otologie : Complications, pronostic et traitement de l'otite moyenne purulente chronique.

Toxicologie : Empoisonnement par l'acide carbolique.

École de médecine et de chirurgie.—Les examens annuels ont eu lieu dans le cours de la dernière quinzaine de mars. Voici les noms des gradués :

Primaires : N. A. PrunEAU, H. Gendreau, C. A. Dugas, H. Désilets, H. Gareau, C. J. Carle, J. Cornu, C. Tremblay, L. V. Cabana, C. T. Morel, C. N. Poitras, J. P. Roulier, A. Deschambault, H. de Grandpré, J. A. Gadoury, F. H. Boileau, M. Gervais, A. A. Chrétien, H. Bastien, S. Rochette, W. Gadbois, L. Bissonnette, Ls Rochette, P. E. Gervais, A. Lagacé, N. Picotte, J. Lespérance, J. A. Michaud, H. Dauth, A. Mignault, G. A. Lacombe, N. Ferland, J. D. Fontaine, P. Pelland, N. Dumont, P. U. Laberge, J. Michaud, C. E. Laferrière, Alfred Mallette, C. Rodier.

Finales : T. C. Brodour, A. Toupin, R. Charest, H. Gendreau, P. Monakey, A. Thibault, J. H. Chalifoux, O. Bussièrès, L. Jeannotte, J. U. Caudal, P. O. Lauzon, J. Jetté, Ed. Grignon, A. Deschambault, O. Desrosiers, O. Cloutier, E. Laferrière, A. Laurendeau, D. Caisse, P. M. Martin, P. Leblanc, J. D. Delisle, A. Cheval, P. de Grandpré, F. H. Tremblay, Alf. Morin, C. Uric, F. H. Demers, J. Piedalue, J. Sanche, J. C. Poissant, F. Simard.

Congrès français de Chirurgie.—Un congrès de chirurgie se tiendra à Paris dans le cours du présent mois. Bon nombre de travaux y seront présentés et nos échanges de Paris nous en donnent une liste détaillée. Nous remarquons entre autres, des communications de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Boeckel (de Strasbourg), Humbert, Kockerlé (de Strasbourg), D. Mollière (de Lyon), Panas, G. Richelot, Thiriar (de Bruxelles), Alph. Guérin, J. Bousquet, Championnière, Péan, etc., etc.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

ADMISSION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE.

PROGRAMME DE L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE (POUR 1885-1886.)

MATIÈRES OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Commentaires de César*, liv. V.—*Enéide* de Virgile, liv. V.—*Odes d'Horace*, liv. I.

FRANÇAIS.—*Les aventures de Télémaque.*—Une pièce dramatique française, savoir : *Le Misanthrope* pour 1885 et *Esther* pour 1886.

ANGLAIS.—*Sprague's "Six selections from Washington Irving's Sketch Book."* Une pièce de Shakespeare, savoir : *Richard II* pour 1885 et *Midsummer Night's Dream* pour 1886.

BELLES-LETTRES.—Principes, histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre et de Louis XIV en France.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la Géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage; racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres dans Eysséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

MATIERES FACULTATIVES.

(Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes.)

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Atkinson.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur la logique et la morale. (*Jaffre* ou *Valet*, *Jevon's logic* et *Calderwood's Hand-book of moral philosophy*.)

Le candidat doit avoir une connaissance suffisante de la grammaire des langues ci-dessus mentionnées. L'ignorance du latin, de l'arithmétique et de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages de Washington Irving et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique, au point de vue grammatical et littéraire, des ouvrages français cités plus haut. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Corneille, Molière ou Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de *Télémaque* pour 1885, dans la seconde pour 1886. Ils devront de plus connaître la grammaire française et l'analyse. On exigera encore d'eux une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises indiquées plus haut. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou à se servir de livres, notes, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ASSIGNÉS A CHAQUE MATIERE.

Latin.....	2 hrs.....	300 points.	Arithmétique.....	1½ hrs.....	150 points.
Français.....	1½ ".....	150 "	Algèbre.....	1½ ".....	150 "
Anglais.....	1½ ".....	150 "	Géométrie.....	1½ ".....	150 "
Belles-lettres	1 ".....	100 "	Grec.....	1½ ".....	150 "
Histoire.....	1 ".....	100 "	Philosophie.....	1½ ".....	150 "
Géographie ..	1 ".....	100 "	Physique.....	1½ ".....	150 "

Examineurs : { H. ASPINWALL HOWE, LL. D.
 { H. A. VERREAU, LL. D.
 { M. MILLER.
 { J. C. K. LAFLAMME, S. T. D.