

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Second article

Par le Dr Albert LAURENDEAU, de Saint-Gabriel de Brandon.

Depuis l'article publié par *l'Union Médicale* en mai dernier sur l'éclampsie puerpérale, j'ai recueilli une nouvelle observation.

Le 5 mai 1896, j'ai été appelé auprès de Madame G. B., demeurant à environ cinq milles de ma résidence, pour l'accoucher. Primipare,—20 ans. Deux heures après mon arrivée, accouchement terminé par une application de forceps vers cinq heures après-midi. Durée totale des douleurs entre le début et la terminaison : dix heures. Environ trois heures avant l'accouchement, la malade commence à se plaindre de douleurs vives à la tête. Dès mon arrivée je constate que la vision n'est pas parfaitement distincte. Ces symptômes me font songer à l'éclampsie; mais d'un autre côté, la garde-malade m'affirme que la parturiente a uriné deux fois dans la journée, sans pouvoir préciser la quantité. Du reste elle passa en ma présence environ trois onces d'urine en une fois. Malheureusement j'ignorais si cette femme était albuminurique, parce que n'ayant pas été consulté préventivement, je n'avais eu aucune occasion de faire l'examen de son urine. A tout événement, les douleurs étant vives et fréquentes, et redoutant, non sans motifs, l'explosion de l'éclampsie, je commençai à administrer le chloroforme par voie atmidiatricque à petites doses fréquemment répétées. En même temps je fais prendre environ 75 grains de bromure de potassium.

Après la délivrance; pouls et température normaux; douleur à la tête modérée; cependant la dysopie qu'elle accusait au début semblait avoir augmenté. Bref, je la quittai vers six heures du soir, sans trop d'apprehension, emportant un peu de son urine pour en faire l'examen. Au laboratoire je constatai que cet échantillon était chargé d'albumine. Je prévins alors son mari des craintes que j'entretenais.

Comme je l'avais prévu, vers neuf heures le même soir elle eût une attaque d'éclampsie. J'arrive auprès de la malade en toute hâte vers onze heures et demie pour assister au quatrième accès. A la suite, la malade est inconsciente. Pupille normale, pouls, 130, température 98½ F. Saignée au bras, environ deux

livres de sang. Impossible de faire rien avaler à la malade à cause surtout de violentes contractures des masséters et de l'aphagie qui est complète. Je fais dissoudre vingt grains de chloral dans dix centimètres cubes d'eau bouillie, pour une injection hypodermique, faite au flanc droit, avec la seringue à sérum du Dr Roux. A deux heures le matin, le pouls est tombé à 96. Je quitte ma malade vers neuf heures avant midi, consciencieuse. Je prescris : régime lacté, rien autre chose et la convalescence s'établit franchement. Dès la fin de la première semaine toute trace d'albumine était disparue.

INTERPRÉTATION : La seule chose digne de remarque dans le cas ci-dessus est le fait que chez cette femme les fonctions uropoïétiques semblent avoir été peu entravées, ce qui tendrait à infirmer la théorie de l'infection urémique, que je soutenais dans l'article paru en mai dernier. C'est en ce fait que réside tout l'intérêt de cette observation.

Je dirai de suite que les quelques recherches que j'ai faites à ce sujet, dont je donnerai un résumé succinct et raisonné tantôt, ainsi que l'interprétation des phénomènes rapportés dans le présent cas, n'ont pas ébranlé, tout au contraire ma conviction ferme, que l'accès éclamptique est d'origine autotoxique. Et la genèse de cette intoxication réside dans la perturbation, l'arrêt ou seulement la diminution des fonctions du rein pendant la parturition.

Si dans le cas relaté plus haut il semble y avoir infirmation de cette théorie, c'est dû au manque de précision des renseignements. En effet, la parturiente en observation a passé de l'urine à trois reprises durant les dix ou douze heures précédant l'accouchement, mais en quelle quantité? Le champ excrétoire du rein était diminué, j'en suis convaincu, vu la densité et l'état albumineux de l'échantillon de l'urine que j'ai examinée. La détermination quantitative de l'urée contenue dans le sang aurait bien fourni des données exactes, précises pour trancher cette question, malheureusement je n'ai pas l'outillage requis pour faire cet examen.

D'autre part étant donné comme je le dis dans mon article de mai, que tous les systèmes nerveux ne possèdent pas la même susceptibilité de l'appareil locomoteur et le même pouvoir contrôlant sur cet appareil, l'on peut admettre que dans le cas qui nous occupe, une intoxication légère a pu déterminer les crises éclamptiques. Et ce qui me fixe davantage quant à la théorie que je soutiens, c'est qu'en procédant par voie d'exclusion, j'en arrive à infirmer toute les hypothèses émises à l'encontre de l'auto-intoxication.

Ainsi : Gerdes a isolé des organes d'une femme morte d'éclampsie un bacille pathogène pour la souris et le rat et auquel cet auteur attribue un rôle pathogénique dans la production de l'accès, par l'intermédiaire des toxines qu'il sécrète. Mais d'une part ce bacille de Gerdes est mal défini, et d'autre part des bactériologistes éminents, tels que Doederlein, Hagler et Hofmeister n'admettent pas ce bacille. Doederlein dans huit cas d'éclampsie a examiné le sang, l'urine de la mère et de l'enfant, ainsi que le placenta, et tous les examens et les ensemencements sont demeurés stériles. Pour Hofmeister, le bacille de Gerdes est sim-

plement le proteus vulgaris de Hauser. Or d'après le Dr Trouessart (1) le proteus vulgaris est un microbe mal défini dans sa forme et ses propriétés biologiques. Ce microbe suivant Krogius a été trouvé dans du pus de diverses provenances ainsi que dans l'infection urinaire, mais aucun auteur à ma connaissance n'en fait mention dans l'éclampsie.

Passons. Dans quatre cas d'éclampsie, des examens bactériologiques répétés du sang ont permis à Combemale et Bué de trouver quatre fois le staphylocoque. Bar et Renon ont examiné le foie de trois femmes éclamptiques, aussitôt après la mort. Une fois ils ont trouvé les staphylocoques blancs et dorés, et l'examen des deux autres cas fut négatif et les ensemencements stériles. Favre a isolé d'un infarctus, dans un cas d'éclampsie un microcoque qui d'après lui pourrait déterminer la néphrite des femmes en couches et l'éclampsie; mais ce microbe est aussi mal défini, et si l'on se rappelle qu'assez souvent le staphylocoque se montre sous la forme de microcoque, de diplocoque, l'on aura de fortes présomptions de croire que le microbe de Favre est un staphylocoque, ou peut-être un streptocoque. Je ne parlerai pas du microbe que Blanc a prétendu isoler dans deux cas d'éclampsie, parce que l'auteur lui-même tout en concluant aux effets pathogènes de ce microbe inoculé au lapin, n'affirme rien quant à ses propriétés biologiques ou au pouvoir convulsivant de ce microbe ou de ses toxines.

Or, si l'on se rappelle que à l'état pathologique l'habitat du proteus, des microcoques streptocoques et staphylocoques se trouve dans le pus, les abcès, les lésions inflammatoires des téguments, des muqueuses à épithéliums; si l'on sait que toutes les éclamptiques sont porteurs de néphrites épithéliales ou même interstitielles, pourquoi, dans les quelques cas où l'on a trouvé dans le rein, le sang, le placenta ou ailleurs, ces microbes ne pas conclure à une infection généralisée d'origine rénale? Le rein malade se trouve dans d'excellentes conditions de réceptivité et de culture pour les bactéries, lesquelles sont ensuite diffusées dans l'économie.

Il faudra de plus se rappeler qu'en France et en Allemagne d'où je tire les observations relatées plus haut, l'autopsie ne peut se faire légalement que vingt-quatre heures après décès, et il est connu que souvent certains organes aseptiques peu de temps avant la mort sont déjà infestés de microbes deux ou trois heures après le décès. Et d'ailleurs, pourquoi tel microbe que l'on rencontre fréquemment dans les phlegmons, abcès, péritonites, épanchements, etc., produirait-il des convulsions au terme de la grossesse tandis qu'il serait inoffensif sous ce rapport dans toutes autres circonstances. Je partage bien l'opinion de Wurtz (2) qui résume la situation en ces mots: "disons que l'origine infectieuse de l'éclampsie n'est pas admise par tous les gynécologistes. Elle est d'ailleurs loin d'avoir été démontrée."

Aussi malgré que l'on n'ait pas encore pu isoler le principe convulsivant qui existe dans l'organisme durant l'état éclamptique, l'on est autorisé, jusqu'à

(1) Diagnostique bactériologique des maladies microbiennes par le Dr Trouessart.— Edition 1896.

(2) Précis de bactériologie clinique par Wurtz—1895.

plus ample informé à admettre que ce principe est normalement éliminé par les reins avec les urines, et que les accès provoqués sont dus à la rétention de ce principe dans l'économie.

Si cet article n'était suffisamment long, je ferais voir toutes les analogies qui existent entre les accès convulsifs des éclamptiques, des brightiques et des glycosuriques : tous états qui sont sous la dépendance d'un même ordre étiologique ; et de ces analogies surgiraient des déductions qui pourraient probablement guider dans les investigations à faire pour saisir, isoler et étudier le principe convulsivant, identique, je n'en doute pas dans ces trois entités pathologiques.

La plus singulière hypothèse que j'ai rencontrée, est celle de Kaltenbach qui croit à une toxicohémie ayant pour origine la pénétration dans le sang de toxines résorbées au niveau du placenta. Mais cette hypothèse ne résiste pas à un examen sévère. Comment ces toxines peuvent-elles être actives pour l'utérus et inertes pour le placenta ? Comment peuvent-elles être morbides pour la mère et indifférentes pour le fœtus ? L'expérimentation a démontré que la moitié des examens bactériologiques et histologiques de ces organes ont donné des résultats négatifs.

Je ne puis terminer sans ajouter un mot à l'occasion d'un traitement que je crois rationnel et auquel j'ai fait allusion dans mon article de mai : injection de sérum artificiel. Si comme c'est d'ailleurs prouvé ces injections intra-veineuses à doses massives, à la dose de trois ou quatre litres en une seule séance ont amené des succès inespérés dans des cas de septicémie à streptocoques ou à staphylocoques, à plus forte raison, l'emploi de ce sérum dans l'éclampsie, surtout dans les cas graves et à haute imprégnation toxique trouvera-t-il sa justification. Il ne faudra pas craindre de l'employer à doses massives comme je viens de le dire, et fréquemment répétées. M. Lejars a eu souvent l'occasion de donner quatorze ou quinze litres en quatre ou cinq jours, combinant les deux méthodes sous-cutanées et intra-veineuses pour arriver en quelque sorte à faire un lavage complet du sang de l'organisme, et ce sans aucun accident.

Les injections intra-veineuses de sérum artificiel n'exigent qu'un outillage très simple. un récipient (la syringe fountain 3 quart, que l'on peut se procurer chez tous les pharmaciens), contenant le sérum à 99 degrés, avec tube en caoutchouc et canule en verre effilée à la lampe et terminée en bec de flûte. Après dé-infection de la peau, dénudation et ouverture de la veine, on y introduit l'extrémité de la canule en la tournant vers le cœur et on laisse couler le liquide en maintenant le réservoir à une hauteur variable de dix-huit pouces à trois pieds. L'opération dure environ un quart-d'heure. L'on peut choisir indifféremment une veine au bras ou à la jambe ou ailleurs, généralement, on opère sur la céphalique. Les malades n'éprouvent aucun accident — Voici comment l'on prépare ce sérum artificiel : il suffit de faire dissoudre $7\frac{1}{2}$ 0/00 de sel (chlorure de sodium), dans de l'eau distillée. Si l'on ne disposait pas d'eau distillée, l'on pourrait faire usage d'eau bouillie bien pure.

Comme vous pouvez le constater, rien n'est plus facile que de faire une injection intra-veineuse, et ce puissant moyen de combattre l'intoxication urémique,

qu'elle soit de nature éclamptique, brightique, diabétique ou autre, l'intoxication septique qu'elle soit puerpérale, traumatique ou autre, ne doit pas rester aux mains seules de quelques privilégiés progressifs hardis qui forment comme l'avant-garde de nos bataillons. Non, la période expérimentale est passée et cette méthode des injections intra-veineuses, des grands lavages du sang infecté, aussi rationnelle que la désinfection des tissus et des organes doit entrer dans le domaine courant de la pratique rurale aussi bien que dans la pratique urbaine.

Juin 1896.

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE.⁽¹⁾

Par E. A. RENÉ DE COTRET, M. D, professeur adjoint à
l'Université Laval.

“ Les exemples persuadent mieux que
les simples raisonnements.”

MATRICE,—Tome II, Préface.

(suite)

2o TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif de l'attaque d'éclampsie peut se diviser en traitement médical et traitement obstétrical.

I

TRAITEMENT MÉDICAL.

Avant d'entrer dans le détail de ce chapitre donnons quelques explications sur les soins à prodiguer à la femme pendant ou après l'attaque. On devra mettre la femme éclamptique dans une position horizontale. On verra à ce que ses vêtements soient détachés, on lui donnera de l'air; et on videra sa vessie au moyen du cathéter. Il faut maintenir la femme, mais ne pas lui faire trop violence. On évitera les examens inutiles ou répétés, ce qui peut être une cause de nouveaux accès; toutefois, si la dilatation du col commence avec le début de l'attaque, il faut en suivre la marche, car souvent l'accouchement progresse dans ces cas avec une rapidité étonnante. Il faut porter une attention particulière à la langue et la maintenir en dedans de l'arcade dentaire de préférence au moyen d'une serviette qu'on retient de chaque côté de la bouche. Si après la convulsion la langue tombait en arrière, arrêtant la respiration, on devra la ramener en avant.

(1) Thèse présentée au concours de l'Université Laval pour le titre de professeur adjoint à la chaire d'obstétrique.

“Kaltenbach (1) insiste sur l'importance de nettoyer le pharynx au moyen d'une éponge montée, pour prévenir l'entrée dans les poumons des sécrétions mêlées d'écume sanguinolente provenant de la bouche et du pharynx. Plusieurs patientes, dit-il, après avoir échappé aux conséquences immédiates des convulsions, meurent de pneumonie de déglutition, comme il l'appelle (Schluck pneumonien)

* * *

Le traitement curatif comprend la saignée, les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, les opiacés, et ce qu'on peut appeler la méthode anesthésique par le chloral et le chloroforme.

* * *

Inutile de faire l'historique ou le panégyrique de la saignée, car pour quelques centaines de mânes que nous irions faire tressaillir de joie dans leurs tombes nous verrions s'élever contre nous une pléiade d'hommes nouveaux qui nous lanceraient à la tête comme un anathème leurs théories nouvelles. Cependant nous expliquerons pourquoi nous avons employé ce moyen de traitement de préférence à d'autres, et par nos observations vous verrez comment il nous a réussi.

Nous le disons donc, la saignée qui était autrefois le grand cheval de bataille de toute médication est malheureusement oubliée et reléguée comme une chose usée, vieillie, qui a fini son temps, tout juste comme le coursier fatigué, fourbu qu'on envoie paître aux champs où on l'oublie. Nous l'avons dit, les hommes d'aujourd'hui sont des hommes nouveaux et voilà, ou veut du nouveau : on cherche, on trouve, on construit et quand on met la dernière tuile à l'édifice nouveau on s'aperçoit qu'il pêche par la base ; puis, le voisin démolit pour reconstruire sur les ruines et toujours c'est du nouveau qu'on veut. La science, il est vrai, progresse à pas de géant ; mais pour cela faut-il rejeter ce que nos ancêtres en médecine ont cru utile pour la vie de leurs malades, ce que l'expérience a consacré comme une chose bonne, et ce que la plupart des médecins d'aujourd'hui croient encore—mais *in petto*—être également salutaire ; il ne faut pas la rejeter sous prétexte que la chose est employée depuis si longtemps qu'on pourrait bien s'en reposer et changer un peu, quitte à y revenir plus tard quand on sera blasé d'inventer et d'essayer.

Une autre raison pour laquelle on n'a plus voulu tout à coup de la saignée, c'est qu'on en avait abusé : elle était de toutes sauces. Pour cet engoûment doit-elle être condamnée à l'oubli, à ne plus exercer le bien qu'elle procure quand elle est employée avec discernement. Autant autrefois on a péché par excès, autant aujourd'hui on pêche par défaut.

Nous avons entendu parler de cas où on a certainement causé la mort de femmes éclamptiques en ne pratiquant pas ce moyen de traitement si rationnel. Archibald Donald (et avec lui combien d'autres) proteste contre l'abandon complet de cette méthode, qui, dit-il, quand elle est employée judicieusement

(1) *American Text-book of Obstetric.*

peut sauver la patiente d'une mort imminente. Et voici l'opinion (1) d'un homme considérable, de Stoltz au docteur Charpentier : " Je vous dirai que la saignée, qui dans ces derniers temps, a été presque entièrement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'immenses services."

En ouvrant nos auteurs classiques modernes on trouve bien peu de chose sur la saignée : trois ou quatre lignes ! triste souvenir d'un traitement qui eut tant de vogue. Sans doute, ce n'est pas le sort qui attend tout traitement à la mode ! Cependant, dans ces trois lignes nous croyons voir un retour, quoique timide, vers le traitement d'autrefois. On dirait qu'on regrette le passé, ou y jette à la dérobée un regard d'envie ; on voudrait revenir, mais on craint de passer pour arriéré.

Par contre, ouvrons les journaux ou revues de médecine, nous y rencontrons très souvent des statistiques de médecins qui traitent généralement l'éclampsie par la saignée, et cela avec succès.

Entendons-nous bien, pour vanter la saignée nous ne décrions pas les autres traitements auxquels nous avons eu quelquefois recours. Nous ne voulons pas dire qu'on devra toujours et sans exception faire de la phlébotomie. Loin de nous cette pensée. Nous ne sommes pas aussi enthousiaste et aussi exclusif que le docteur John Herbert Claiborne (2) qui " considère la saignée comme notre planche de salut et la lancette comme notre espoir et notre soutien. C'était, dit-il, le traitement d'il y a trois décades quand je suis arrivé sur le théâtre de la pratique. Je l'ai suivi alors, et, malgré toutes les vicissitudes de la théorie et les changements de la pratique, je n'ai jamais changé d'opinion et ne me suis écarté de cette voie."

La conclusion que Charpentier tirait, en 1872, à la fin d'un article sur l'éclampsie nous a toujours servi de règle de conduite : " En présence, dit-il, d'une maladie aussi sérieuse que l'éclampsie, c'est le devoir du médecin de ne pas s'arrêter à un seul mode de traitement, mais il doit avoir un choix de diverses méthodes, sans être partisan d'une seule à l'exclusion de toutes les autres."

Nous nous servons volontiers de l'expression du Docteur Maygrier qui nous écrivait ces jours-ci : "*je n'ai pas de traitement unique.*"

* * *

La saignée a été pratiquée au pied, au creux poplité, sur le dos de la main et anciennement à la jugulaire. Il vaut mieux généralement aller au pli du coude s'attaquer à la veine médiane céphalique qu'on ouvre largement.

* * *

Il est évident que la saignée sera indiquée chaque fois qu'il y aura congestion cérébrale, forte tension vasculaire ; quand la face sera livide ; le pouls plein, bondissant, qu'il y aura de fortes pulsations aux carotides ; quand le coma per-

(1) Michel Peter, — *Leçons de Clinique Médicale.*

(2) *In Southern Surgical and Gynecological Transactions, Vol. II, 1889.*

sistera d'un accès à l'autre, de même quand l'attaque étant passée la femme sera plongée dans un coma persistant.

Presque tous les médecins qui croient encore à la saignée sont unanimes à la conseiller quand la femme a une constitution forte, robuste. Mais où l'accord cesse c'est quand l'apparence de la femme n'indique pas une pléthore manifeste. Dans ce cas on la rejette carrément. Pourquoi ? C'est ce que nous cherchons. Nous l'avons vu employer avec tant de succès par notre distingué professeur d'Obstétrique, Monsieur le docteur A. Dagenais, et dans la suite nous l'avons si souvent pratiquée avec les mêmes avantages chez des femmes pâles, anémiques, faibles, que nous sommes à nous demander où sont les conséquences funestes de ce traitement ? Quand nous disons pâles, anémiques, faibles nous mettons une variante dans ces termes, et nous disons qu'il y a anémiques et anémiques, faibles et faibles ; et puis la quantité de sang à tirer ne sera pas la même chez la pléthorique et l'anémiée. Nous nous contenterons de dix onces et même de six onces chez celle-ci, tandis qu'il nous faudra chez celle-là trente, quarante, ou cinquante onces. Il y a très peu de femmes éclamptiques qui ne puissent être saignées.

Pourquoi la *Saignée* ? Allons chez ses adversaires en chercher une première raison très importante. Ils lui reconnaissent le pouvoir d'atténuer la violence de l'attaque, d'éloigner les accès d'une façon notable, et par là de donner aux autres médicaments le temps de produire leur effet. Pourquoi alors ne pas utiliser cette action sédative et de venir à notre pauvre éclamptique tout le bénéfice d'une médication aussi prompte ?

Chez la femme enceinte, pendant qu'il y a diminution des éléments réparateurs du sang, il y a augmentation de la masse totale du liquide, ou comme dit Peter, "la femme enceinte peut être à la fois *anémique qualitativement* et *pléthorique quantitativement*." Cette hydrémie ou pléthore séreuse modifie le courant circulatoire au point d'amener des congestions locales, surtout congestions rénales causes prédisposantes de l'albuminurie puerpérale qui, à son tour, produit l'urémie, et celle-ci, l'éclampsie, comme le croient Fordyce Barker et Peter. Alors, notre devoir n'est-il pas de frapper le mal à sa racine en diminuant cette congestion et en permettant par là au rein désemploi de reprendre sa fonction normale ? La lancette est donc indiquée pour obtenir ce but et voici comment Peter explique cette action. Une saignée légère a une action générale sur le sympathique névro-vasculaire, action qui produit la contracture des petits vaisseaux, et par suite diminution de la masse liquide circulant dans ces mêmes vaisseaux. "Ainsi, dit le même auteur (1), par la saignée,—modérée,—un premier fait, physique, spoliation légère ; un deuxième fait, dynamique, contracture vasculaire ; un troisième fait, éventuel, arrêt de l'attaque d'éclampsie."

S'il y a d'abord anémie du bulbe au début de l'attaque d'éclampsie, cette anémie disparaît bientôt pour faire place à de la congestion comme l'indique le coma et la stupeur qui suivent chaque accès : congestion d'autant plus forte et coma d'autant plus persistant que les accès sont plus longs ou plus rapprochés.

(1) Michel Peter — *Leçons de clinique Médicale*,

“ L'accès dit Fordyce Barker, peut occasionner une telle distension des vaisseaux de la tête qu'il en résulte souvent une congestion cérébrale, ou un épanchement séreux ou sanguin.”

Or, si la saignée produit la contracture des petits vaisseaux, n'est-il pas rationnel d'y avoir recours pour prévenir les dangers du côté du bulbe ou du cerveau.

Cette action qu'a la saignée sur les vaisseaux du cerveau elle l'a également sur ceux du rein. “ La saignée, conclut Peter, est donc rationnelle à ce double titre qu'elle décongestionne en tant que produisant une spoliation et une contracture vasculaire, et qu'elle combat l'éclampsie dans sa cause prochaine, l'état anatomique du bulbe, ainsi que dans sa cause première l'état anatomique du rein.”

Spiegelberg dit que la phlébotomie conduit au desideratum suivant. abaissement de la tension artérielle, réduction au minimum de l'irritation des centres vaso-moteurs et convulsifs, et restoration de la fonction normale du rein.

La saignée prévient l'asphyxie qui est causée par l'œdème pulmonaire dans le coma prolongé. (1)

Une autre raison qui plaide fortement en faveur des émissions sanguines, c'est qu'elles (2) favorisent incidemment l'absorption et rend la patiente plus susceptible à l'influence des autres remèdes. “ Quand la masse liquide, dit Bartholow, (3) circulant dans les vaisseaux, est diminuée par la saignée, la soif se fait sentir et l'absorption est plus rapide.” Cela tomberait parfaitement dans le jeu des médecins qui recommandent de donner de grandes quantités de liquide à la femme éclampsique. L'absorption ne s'en fera que mieux si, avant d'administrer leur boisson abondante, ils saignent leurs malades. Cette dernière manière d'agir semble se faire plusieurs partisans parmi les maîtres de l'art obstétrical. “ Quand une femme, disait Tarnier (4), à l'Académie de Médecine, est prise d'éclampsie, je fais pratiquer une saignée pour diminuer la masse du sang et j'introduis du lait dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne, de façon à remplacer la quantité du liquide sanguin, ainsi soustraite, par une absorption forcée et à diminuer dans une certaine mesure sa toxicité.”

Le Docteur Maygrier (5) rapporte un cas d'éclampsie grave avec anurie, traité avec succès par la saignée et le gavage avec du lait.

D'autres accoucheurs ont pratiqué la saignée et fait des injections de solution d'eau salée.

Enfin, un dernier avantage de la saignée, c'est de soustraire au sang une certaine quantité des toxines. Bouchard dit qu'on enlève à une urémique 50 centigrammes de matières extractives par chaque 32 grammes de sang retirés de la veine.

(1) *Vinay*

(2) *The science and art of midwifery*—Tusk—1895.

(3) *Materia Medica and Therapeutics*—Bartholow.

(4) *Semaine Médicale* 1893.

(5) *Bull. et mém. de la Soc. Obst. et Gynecol. de Paris*—Juin 1893.

On a accusé la saignée de produire quelquefois une anémie et une chlorose d'où les malades sortent difficilement. Sur un grand nombre d'individus que nous avons saignés ou vu saigner, nous n'avons pas encore remarqué ce fait. Nous aurions plutôt observé le contraire et, plus d'une fois, nous avons attiré l'attention de nos gardes-malades sur la rapidité avec laquelle ces individus reprennent leur état premier; et sans aller aussi loin que ces médecins (1) qui prétendent guérir la chloro-anémie par la saignée, nous dirons cependant que nous avons vu quelquefois comme de véritables résurrections suivre de quinze jours ou un mois ce traitement.

Les femmes albuminuriques de même que celles épuisées par des pertes, sont, prétend on, prédisposées aux accidents puerpéraux, ce qui devrait nous faire rejeter la saignée après la délivrance. Nous croyons qu'avec la méthode antiseptique il est difficile d'avancer de telles opinions. Nous avons eu deux cas de fièvres puerpérales après éclampsie et nous croyons que l'éclampsie est loin d'en être la cause même éloignée. Une de ces femmes n'a pas été saignée; l'autre l'a été; dans l'historique de nos observations nous appuierons sur ce point.

La saignée, même quand elle est indiquée, guérira-t-elle tous les cas d'éclampsie? Non, mais elle apportera au moins toujours du soulagement. Elle ne guérit pas quand la maladie du rein qui a causé l'éclampsie est trop ancienne, quand il y a lésion brightique du rein, néphrite parenchymateuse sérumurique (Peter). La saignée ne guérit pas quand il y a trop forte congestion vers certains organes ou quand il y a hémorrhagie trop considérable dans ces organes; cerveau, foie, poumons.

Jusqu'à quel point faut-il saigner? Il y a à considérer l'état de santé antérieur, la constitution de la malade, la force, le nombre des convulsions et le fonctionnement des différents organes au moment ou après les accès. Nous ne sommes pas en faveur des saignées très abondantes. Nous préférons les saignées modérées, répétées au besoin.

On saignera ou avant, ou pendant ou après les accès d'éclampsie.

OBSERVATION XVII.—En mars 1890, pendant la nuit, nous étions appelés pour un cas d'éclampsie. Madame O. C. qui était en convulsions, était âgée de 22 ans, primipare et enceinte de six mois. C'était une femme courte mais d'une constitution forte, pléthorique et favorisée d'un embonpoint assez marqué dont elle a hérité d'un père très gras et diabétique.

La malade ne présentait pas d'œdème appréciable. Le jour précédent, elle s'était plainte d'une violente céphalalgie frontale, douleur qu'elle ressentait depuis quelque temps à peu près tous les jours à certaines heures. Son médecin n'avait pas examiné ses urines; il se contentait de lui administrer de l'antipy-

(1) *Semaine Médicale* 1891 annexes pages XL.

rine qui paraissait la soulager beaucoup. La veille, elle en avait pris une dose le matin et une autre le soir.

Quand nous arrivâmes auprès de la patiente, cette dernière était dans une des plus fortes attaques que nous ayons jamais vues. Nous pratiquâmes immédiatement une saignée de quarante onces ; il se fit une détente générale. La malade se calma, mais resta inconsciente pendant trois longues heures. Quand elle fut revenue complètement, elle n'eut pas la mémoire de ce qui s'était passé quelques jours avant son attaque. Elle n'eut plus d'autres accès, et accoucha, quinze jours plus tard, d'un enfant macéré qui a dû mourir pendant les convulsions de la mère qui ne le sentit plus remuer après l'éclampsie. Serait-ce un signe que l'éclampsie n'arrive plus après la mort du fœtus, comme quelques-uns le pensent ?

Cette jeune femme, nous avons eu occasion de la suivre pendant deux autres grossesses. A chacune d'elles, les urines devenaient fortement albumineuses jusqu'à vingt ou vingt-deux grammes d'albumine par litre. Les partisans de l'interruption de la grossesse auraient, sans doute, pratiqué l'avortement ou l'accouchement prématuré chez cette malade en voyant autant d'albumine. Nous ne l'avons pas fait ; nous nous contentions de la soumettre au régime lacté absolu qu'elle suivait plus ou moins régulièrement suivant son bon plaisir ; car, disons-le en passant, nous avons affaire à un Roger Bontemps qui ne se souciait pas plus de nous et de nos prescriptions que des avis et conseils de son mari qui est médecin. A force de remontrances et de surveillance nous la soumettions pendant sept à huit jours au régime lacté, puis elle se mettait à manger de tout et à boire ce qu'elle voulait. Cependant, elle n'a pas eu d'éclampsie pendant ses deux dernières grossesses, et l'albumine a disparu très peu de temps après l'accouchement. Cette femme, qui jouit d'une santé florissante, est une preuve qu'il ne faut pas recourir trop vite aux manœuvres obstétricales pour prévenir l'éclampsie, et une preuve que la saignée peut quelquefois arrêter complètement et subitement les accès.

OBSERVATION XVIII.—Julia, que nous avons citée plus haut dans l'observation IV, a un premier accès d'éclampsie léger qui se manifeste treize heures après la délivrance. La malade étant accouchée le 10 avril à 8 heures du matin, le premier accès s'est donc déclaré à 9 heures du soir. On administra le chloral (grs xv) et le bromure de potasse (grs xxx) par la bouche toutes les heures. A une heure du matin, le 11, se manifesta un second accès ; à trois heures et demie, troisième accès.

A six heures, nous voyons la malade ; elle est dans son sixième accès. Le chloral et le bromure administrés toutes les heures restent sans effet. La face est congestionnée, le pouls plein, fort, ne bat que 70 pulsations à la minute. Nous pratiquons une saignée de trente onces. Aussitôt après, la malade a une convulsion d'une violence inouïe mais très courte. Nous administrons le chloroforme, et la malade reprenant connaissance quelques minutes après on lui fait avaler grs xv de chloral et grs xxx de bromure.

A 9 heures, nouvel accès très fort ; 9½ heures, autre accès, nouvelle saignée

de dix onces. Peu après, nouvelle dose de chloral et de bromure. Enfin la malade s'endort et tout rentre dans l'ordre.

Dans ce cas, n'aurions-nous pas évité tant d'accès, si nous avions pratiqué de suite une bonne saignée de quarante et même de cinquante onces? La patiente sans être pléthorique était d'une bonne constitution. Sa figure, plutôt maigre, était assez colorée avant l'accouchement.

OBSERVATION XIX.—Modeste, fille, 22 ans, secondipare, a eu une première grossesse heureuse, terminée par un accouchement également facile.

Elle accouche pour la deuxième fois le 19 octobre 1890, à 5 heures du matin. Le travail ne dure que deux heures. L'enfant est en première position.

À 3 heures p.m, Modeste est prise d'une violente attaque d'éclampsie. Bien qu'elle ne soit pas d'un tempérament sanguin nous pratiquons une saignée de vingt onces. Une heure plus tard, il y a un nouvel accès beaucoup moins violent et c'est le dernier.

La malade se rétablit très vite et n'offre plus bientôt les traces de la pâleur causée par la saignée.

OBSERVATION XX.—22 Janvier 1891. Calixte, fille, 17 ans, primipare, est en travail d'accouchement. L'enfant se présente en O. I. G. A. La dilatation marche bien depuis neuf heures quand survient l'éclampsie. Nous anesthésions la parturiente, terminons la dilatation artificiellement avec les doigts, et appliquons le forceps. Une heure après la délivrance nouvel accès. Nous pratiquons une saignée de trente onces, et tout rentre dans l'ordre.

Nous ferons remarquer que nous saignons aussi bien après l'accouchement qu'avant, bien qu'une certaine quantité de sang s'échappe de l'utérus après la délivrance. Même lorsqu'il y a hémorragie utérine légère nous n'essayons pas d'enrayer celle-ci, s'il y a éclampsie; nous la surveillons; et deux ou trois fois nous avons pratiqué, en plus, la phlébotomie au bras sans que nos malades aient souffert longtemps de cette double perte de sang.

OBSERVATION XXI.—Gabrielle, fille, 19 ans, secondipare, entre en travail le 12 avril 1891. À l'examen vaginal, on sent la tête du fœtus très-volumineuse. Les os du crâne sont très éloignés les uns des autres; ils fuient assez facilement sous le doigt. On diagnostique un cas très prononcé d'hydrocéphalie. Nous essayons d'appliquer le forceps qui glisse deux fois. Comme nous étions trois médecins présents, un de nous voulut pratiquer la perforation du cuir chevelu; les deux autres s'y opposèrent et demandèrent la version qui fut tentée. Cette version fut excessivement difficile et longue, les eaux étant rompues depuis au moins une heure et la tête déjà engagée au détroit supérieur. L'accouchement avait duré quatre heures, dont une pour la version. Le forceps fut appliqué sur la tête arrivant dernière.

Vingt-quatre heures après, la malade eut une attaque excessivement forte d'éclampsie. Nous fîmes une saignée de vingt onces. La convulsion cessa et ce fut tout.

La malade semblait prendre du mieux quand tout à coup, le matin du qua-

trième jour les couches, elle fut prise d'une septicémie à marche rapide, foudroyante. En effet, le soir, elle mourait avec tous les symptômes d'un empoisonnement du sang.

Doit-on, ici, accuser l'éclampsie et son traitement comme cause première de la mort. Nous serions tentés de blâmer la version qu'on fit quand le temps en était passé. Par cette version n'a-t-on pas irrité le vagin et surtout l'utérus, et la muqueuse de cet organe plus ou moins déchirée se serait enflammée et aurait absorbé les matières septiques? Le rein étant déjà malade et incapable d'éliminer les toxines existant dans le sang, comme l'a prouvé l'éclampsie, il fallait beaucoup moins de ces poisons pour amener rapidement un résultat fatal.

OBSERVATION XXII.—Le 26 Avril 1891, nous voyons Ermélinde, fille, âgée de 27 ans, primipare. Sa figure est bouffie, ses mains œdématisées ainsi que ses pieds et ses jambes. Elle ne va à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours. Il existe un peu de céphalalgie. La digestion n'est pas bonne. L'analyse des urines assez abondantes donne à peu près deux grammes d'albumine au litre. Nous prescrivons un bon purgatif qui produit le lendemain sept ou huit selles liquides.

Le 28 la femme est en travail. L'enfant se présente en O.I.D.P.; la dilatation se fait bien et l'accouchement ne dure que huit heures. Deux heures après la délivrance survient de la céphalalgie frontale et l'accouchée est prise presque au même moment d'une attaque d'éclampsie. Nous donnons grs xxx de chloral et soixante grains de bromure de potasse en lavement, qui est rejeté immédiatement. Un nouveau lavement a le même sort. La malade se tranquillisant, nous administrons le chloral et le bromure aux mêmes doses, par la bouche et nous les répétons toutes les heures. Les convulsions se renouvellent à peu près toutes les trente minutes, augmentant en violence. Quatre heures après la première convulsion nous en avons déjà vu sept autres. A la huitième la malade tombe dans un coma qui nous effraie.

Une saignée de trente onces change cet état. Peu à peu la face de la patiente pâlit et la respiration devient plus nette et plus tranquille. Des bouteilles d'eau chaude auprès des pieds et des jambes produisent une transpiration abondante, et un lavement de chloral et de bromure amène enfin un sommeil calme et réparateur.

Quelques jours plus tard, l'œdème disparaissait complètement ainsi que l'albumine des urines, et notre malade se rétablissait sensiblement.

OBSERVATION XXIII.—Le 6 Juillet 1891, nous sommes appelés auprès d'Androna, fille, 27 ans, primipare, qui était accouchée depuis trois heures et demie, après un travail de huit heures, en seconde position du sommet.

Androna était en éclampsie. Quelques heures avant la fin de l'accouchement nous avions vu la malade. Elle ne s'était plainte d'aucun symptôme qui nous aurait porté à redouter l'éclampsie. pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue, pas de vertige, pas de douleur épigastrique. Il y avait cependant un léger œdème aux pieds, mais quelle femme enceinte n'a pas les pieds plus ou moins enflés? L'analyse des urines n'a pas été faite.

Nous ordonnâmes un lavement purgatif qui opéra assez vite. Puis on donna le chloral (quinze grains) et le bromure de potassium (trente grains), en lavements, répétés toutes les heures. Les lavements chloralés furent retenus. On plaça des bouteilles d'eau chaude aux pieds. Les convulsions n'en continuèrent pas moins à se renouveler. Dans l'espace de deux heures et demie, il y eut huit accès très violents et d'assez longue durée. Nous fîmes alors une phlébotomie et enlevâmes vingt-cinq onces d'un sang noir qui bavait au lieu de jaillir. Le chloral et le bromure furent continués.

Après la saignée, la malade se calma pendant une heure et quarante-cinq minutes, puis les convulsions reparurent, mais moins fortes et plus éloignées. Trois heures après la première saignée nous ouvrimus de nouveau la veine et nous tirâmes quinze onces de sang. Cette dernière saignée produisit un effet immédiat et calma l'agitation. Ces deux saignées, assez copieuses chez une malade qui n'était pas du tout pléthorique, pourraient faire croire que nous avons causé une chloro-anémie profonde. Il n'en fut rien. Notre malade recouvra très vite sa santé antérieure.

OBSERVATION XXIV.—Le 15 juillet 1891, nous étions consulté par une jeune femme qui était au septième mois de sa première grossesse. Elle avait souffert continuellement, depuis la fin du premier mois, de nausées et de vomissements apparaissant quelquefois avant les repas, quelquefois après. Elle avait de la difficulté à uriner; et l'urine était souvent trouble. La constipation était opiniâtre. L'appétit était excellent.

L'analyse des urines révéla dix grammes d'albumine au litre. Notre ordonnance fut régime lacté absolu. Quelques jours plus tard nous étions mandé, en toute hâte, auprès de notre malade. Elle venait d'avoir une attaque d'éclampsie.

Nous oublions de dire que cette jeune femme, au teint un peu pâle, était d'une taille moyenne, délicate.

Lorsque nous la vîmes en convulsions, nous hésitâmes un peu sur le traitement à suivre. Le pouls était petit et battait 110 pulsations à la minute. Les accès se renouvelèrent deux fois en notre présence. La congestion à la face augmentant à chaque accès qui était suivi de coma, nous nous décidâmes à faire une saignée de quinze onces et d'attendre. L'attaque d'éclampsie cessa après la saignée et le coma se changea en une période d'agitation pendant laquelle la malade se débattait comme une personne en délire. Cette excitation dura une vingtaine de minutes.

Nous continuâmes le régime lacté absolu auquel fut ajouté la teinture de fer, à haute dose, qui fut bien supportée par la jeune femme que nous accouchions deux mois après d'un enfant vivant.

OBSERVATION XXV.—Thèle, fille, 23 ans, primipare, accouche le 27 octobre 1891. L'enfant est en O. I. G. A. Le travail dure 6 heures. Trois heures après l'accouchement, arrive un accès d'éclampsie qui se renouvelle trois heures plus tard, mais beaucoup plus fort, malgré le chloral et le bromure donnés en lavement. Au second accès, nous faisons une saignée de trente onces. Le calme se rétablit de suite. Nous soumettons notre malade au régime lacté pendant

quelques jours. Vers la huitième journée, nous donnons le citrate de fer et strychnine (deux grains trois fois par jour). L'appétit renaît et les couleurs reviennent assez vite aux joues.

OBSERVATION XXVI.—Le 12 octobre 1891, nous voyons Madame A.G., 26 ans. Elle se dit enceinte de 7 mois. Elle est d'une taille moyenne; a toujours joui d'une bonne santé. Sa digestion laisse un peu à désirer; il y a constipation; elle urine trois ou quatre fois par jour en assez grande quantité. L'urine contient trois grammes d'albumine au litre; il n'y a pas d'œdème. Nous prescrivons un laxatif salin à prendre tous les matins.

Le même soir, Madame A. G. prend un repas copieux et elle sort dans la soirée. Au retour, elle a une grande frayeur. Aussitôt après elle se sent mal à l'estomac, elle étouffe; elle éprouve une violente céphalalgie frontale quand elle arrive chez elle encore toute tremblante. Elle se met au lit et, quelques minutes après, elle se tord dans des convulsions. Elle en est à son troisième accès quand nous arrivons. Nous administrons le chloroforme pour calmer l'accès et nous faisons une saignée de vingt onces, après laquelle il y a encore deux accès légers. Quinze jours après, Madame A. G. accouchait d'un enfant mort et macéré.

OBSERVATION XXVII.—Le 5 novembre 1891, Ella, fille, 23 ans, primipare, enceinte de huit mois, reçoit une lettre qui lui annonce la mort d'un parent chéri. Son chagrin est immense: rien ne peut la consoler; elle se désole pendant tout le jour et ne prend aucune nourriture. Le même soir, elle se plaint d'un *gros mal* de tête. On lui donne quinze grains de chloral et trente grains de bromure de potasse dans le but de soulager sa céphalalgie et de lui procurer un peu de sommeil. Vers minuit, sa céphalée a augmenté d'intensité, elle se plaint en même temps de douleur au bas-ventre.

À minuit et demi apparaît une première attaque d'éclampsie qui se renouvelle trois fois dans une heure. Nous administrons le chloroforme pendant les accès.

À l'examen vaginal, nous trouvons le col assez effacé et dilaté de la grandeur d'une pièce de cinquante centins. Nous anesthésions complètement la parturiente et nous achevons la dilatation avec les doigts. Nous appliquons le forceps sur la tête en O. I. G. A.

Tout va bien pendant deux heures après l'accouchement; puis, il y a reprise de l'éclampsie qui est plus forte. Comme le chloral et le bromure, en lavement, donnés deux fois ne procurent aucun repos, nous pratiquons une saignée de 30 onces au troisième accès après l'accouchement; et nous donnons de nouveau le chloral. Les convulsions cessent pour reprendre, quatre heures après, aussi fortes et aussi longues; nouvelle saignée de quinze onces qui amène enfin la cessation de l'attaque.

L'examen des urines n'a pas été fait avant l'accouchement; mais, l'urine, extraite de la vessie après la délivrance, nous donne un peu d'albumine.

La convalescence a été un peu longue dans ce cas, ce que nous attribuons autant à l'état nerveux de la femme et à son chagrin qu'au fait de la saignée

répétée. Nous disons à l'état nerveux et nous le prouvons. La femme en couches est plus susceptible que toute autre ; la moindre émotion agit plus sur elle que le plus grand chagrin ou la plus grande contrariété chez une autre, à tout autre époque de la vie, en voici un exemple frappant dans le fait suivant.

Nous avons vu, un jour, à l'Hospice, une fille qui accoucha heureusement. Les parties génitales n'ont pas été déchirées : les lèvres, le vagin, le col de l'utérus et l'utérus lui-même, étaient dans un état physiologique. Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons. La température fut normale pendant quatre jours ; le pouls très bon ; les lochies de bonne couleur et sans odeur. Tout, en un mot, allait à merveille quand, le cinquième jour, la température s'éleva à 104° F. et se maintint entre 103° et 105° pendant six jours. Le pouls devint mauvais et le facies inquiétant. Un examen minutieux de tout le corps ne fait rien découvrir. Nous essayons les antithermiques à doses élevées, les antiseptiques dans le vagin, l'irrigation de l'utérus ; rien n'y fait.

Un moment, nous nous avisons de demander à la garde-malade si la patiente n'a pas de chagrin ou d'inquiétude, et c'est une patiente voisine qui se charge de répondre que notre malade, ayant appris, le quatrième jour, qu'elle était obligée, après ses relevailles, de faire un certain temps de service, s'était dit qu'elle s'en irait sans faire son service, qu'elle ferait si bien la malade qu'on l'enverrait bientôt. C'était là pour nous un trait de lumière, ou comme disait souvent notre regretté et sympathique professeur, feu M. le Docteur Laramée, c'était l'anguille qui sortait de sous roche. Nous cessons les remèdes et essayons d'agir sur le moral de notre malade, lui promettant son congé si elle guérissait de suite. Le lendemain matin la température avait baissé et le soir elle était normale.

Ainsi vous voyez le moral agir beaucoup chez la femme. Notre accouchée, désappointée de ne pouvoir partir à son gré, veut d'abord faire la malade ; mais le chagrin la gagne et à la fin elle est réellement malade.

Hé bien ! si cette malade eut eu des attaques d'éclampsie, si elle avait été saignée, on aurait accusé la saignée du mal quand la cause en était tout à fait étrangère. Chez notre éclamptique de l'observation XXVII nous observons de l'anémie, et une convalescence longue ; est-ce dû à la saignée ? un peu ; mais beaucoup plus à son état de chagrin et d'inquiétude. Notre éclamptique songe tout le jour, souvent elle refuse la nourriture et nous la surprenons très souvent en larmes.

Nous avons cité un exemple entre cent et cet exemple un peu long n'est pas hors de propos ici parce que nous savons que les adversaires de la saignée donnent entre autres raisons contre la saignée, l'anémie qui suivrait cette opération.

La femme en couche est plus impressionnable que la sensitive. Donnons-en encore un exemple plus frappant. Dans nos salles communes de l'Hospice, nous avons deux filles-mères d'égale santé à peu près. Elles sont accouchées toutes deux en même temps. Une a eu plusieurs accès d'éclampsie au cours desquels nous l'avons saignée, l'autre a eu un accouchement facile et sans accident. Sept jours plus tard les deux malades étaient assises près de leur lit, toutes deux un peu pâles ; mais il n'y avait pas assez de différence dans leur teint pour faire reconnaître celle qui avait eu de l'éclampsie et subi la phlébotomie.

A huit heures et demie du matin la température est prise chez les deux convalescentes. Température normale, pouls normal chez toutes deux. Les étudiants passent dans nos salles à neuf heures et quinze minutes, c'est-à-dire quarante-cinq minutes après que la température a été prise. On met de nouveau le thermomètre dans la bouche de chacune des malades; l'une, l'éclampsique, accuse une température toujours normale; l'autre, une température de 102° F. Chez celle-ci le pouls est devenu très rapide, la face a pâli. Cette malade éternée inspire vraiment la pitié, tandis que l'autre n'a pas l'air de souffrir de la présence de soixante étudiants. Pourtant l'éclampsique, supposée affaiblie par son albuminurie et sa saignée, devrait être beaucoup plus éternée. Mais, non, il n'en est rien pour elle, quand l'autre est obligée de reprendre le lit pour quelques jours, avec une température assez élevée.

(A suivre.)

Enlèvement de l'odeur de l'iodoforme.—Toutes les personnes qui ont l'occasion de manier de l'iodoforme savent combien l'odeur de cet antiseptique est tenace et résiste à tous les lavages. L'essence de térébenthine fait disparaître immédiatement l'odeur des mains qui ont manié l'iodoforme ainsi que des spatules ou vases qui ont été mis en rapport avec ce composé chimique. Un lavage à l'eau térébenthinée, puis à l'eau de savon est très efficace.

Le sublimé, employé comme dentifrice, a pour inconvénient à la longue de noircir les dents. Quelques gouttes de naphthol camphré, dans un verre d'eau, constituent un excellent dentifrice antiseptique, qui sert aussi à calmer les douleurs de la carie dentaire.

Les médecins, les chirurgiens surtout, sont obligés de voir leurs mains ensanglantées. Cela n'a rien d'agréable. Pour y remédier, voici ce que leur recommande M. le Dr A. Beakisser (de Carlsruhe) dans le *Scalpel* :

“ Il convient de se servir de l'acide tartrique pour faire disparaître les traces de sang, souvent si difficiles à enlever des mains du chirurgien (surtout au niveau des rainures péri-unguéales), ainsi que pour nettoyer rapidement divers objets ensanglantés, tels que pinces à pansements, instruments, éponges, brosses à ongles, etc. Pour cela, il suffit de laver—sans employer de savon—les mains ou les objets en question dans une cuvette remplie d'eau tiède tenant en dissolution une cuillerée à café d'acide tartrique, puis de les rincer dans l'eau pure. Lorsqu'il s'agit d'objets poreux ou d'étoffes, il faut en exprimer soigneusement la solution tartrique avant de les rincer. L'acide tartrique dissout facilement les pigments sanguins, qui donnent au liquide une coloration brunâtre particulière.”

Une fraude à dépister.—Il s'agit de la gaze iodoformée que certains fabricants colorent avec de l'aurantine dans le but de faire croire qu'elle contient 25 0/0 d'iodoforme quand elle n'en renferme, en réalité, qu'à peine 1/6 0/0. Un bon moyen de découvrir cette coupable supercherie consiste à tremper la gaze suspecte dans de l'eau tiède : l'aurantine se dissout et colore cette eau en jaune brillant.

Les fils de catgut plongés dans la formaline puis passés à l'eau bouillante constituent une matière à suture aseptique et tout à fait idéale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LES INCONVÉNIENTS DU CORSET, communication de Mme Gaches-Sarrante à l'Académie de Médecine, séance du 9 juin.—*La Revue Médicale*, vol. V., No 102.

Les incon vénients du corset tiennent à ce qu'il est placé d'une manière défectueuse. Il prend un point d'appui sur la taille et comp.rime à ce niveau les viscères que rien ne défend contrr son action.

Il faut que le corset n'attaque pas le sternum. Au niveau de la taille, il devrait présenter une surface absolument plate, correspondant à la largeur des muscles droits et ne commencer à être cintré sur les côtes que sur les parties où la dépression est naturelle. Enfin le corset devrait descendre en avant jusqu'au pubis et envelopper le bassin tout entier en prenant son point d'appui sur les côtes iliaques et le sacrum.

Le corset normal devrait donc être exactement le contraire du corset actuel.

Un autre point très important consiste à faire le corset sur les dimensions même du corps et à ne pas laisser d'écartement en arrière pour que les femmes ne puissent pas se serrer.

Enfin, on ne mettra que quelques légères baleines en avant et en arrière.

COMA URÉMIQUE, résumé d'une clinique du Dr RENDU à l'hôpital Necker.—*L'Abeille Médicale*, vol. 53, No 24.

Voici d'abord comment le Dr Rendu décrit l'état du malade.

" Un homme de trente ans est entré d'urgence dans le service dans un coma absolu : la face était pâle, les yeux fermés, les pupilles contractées, la respiration stertoreuse, pas de réaction psychique. Il était indifférent à tout ce qui l'entourait, ne répondait pas aux questions qu'on lui posait. Si on soulevait ses bras ou ses jambes, ils retombaient inertes. Et cependant, il n'y avait pas de paralysie motrice, car lorsqu'on les pinçait, il retirait ses bras ou ses jambes et les remuait facilement. A l'examen des yeux, pas de déviation conjuguée des globes oculaires, mais pupilles très contractées. Aucune trace d'hémiplégie. La température n'était pas plus élevée du côté paralysé. Le pouls était lent et la température s'élevait à 39° 7 C. Les poumons et le cœur ne présentaient rien d'anormal à l'auscultation

" Comme renseignements on savait que cet homme depuis huit jours était courbaturé ; il avait de la fatigue cérébrale, de l'embarras de la parole. Pendant trois jours il avait dû quitter son travail. Il l'avait repris de bonne heure le matin du jour où il est entré à l'hôpital, et deux ou trois heures après il était obligé de le quitter, car il avait des maux de tête et des troubles de la vue. Dans la journée il avait eu des vomissements et de la fièvre et, le soir, sans qu'il eût d'né, il était tombé dans l'assoupissement, ne parlant pas, délirant un peu et vers onze heures se produisait l'attaque d'apoplexie."

Le Dr Rendu établit son diagnostic par élimination. Ce n'est pas de l'épilepsie, car si le malade avait eu une attaque pendant la nuit, il se serait mordu la langue, et l'on constaterait au niveau des orbites et des joues la série de mou-chetures et de suffusions sanguines qui dénotent un excès de tension vasculaire et de petites hémorragies capillaires. L'histoire du malade et l'absence d'odeur caractéristique font écarter l'hypothèse de l'ivresse.

Ce n'est pas une méningite tuberculeuse. Dans les méningites aiguës on voit quelquefois un état comateux sans paralysie, avec température élevée et rapidité du pouls. Mais à la période finale de ces maladies, la raideur de la nuque est constante, et il existe des signes locaux particuliers; pupilles inégales, paresseuses à la lumière, quelquefois ptosis, pouls inégal, urines abondantes et involontaires. Rien de cela chez le malade, qui urinait à peine.

Restaient la congestion cérébrale et l'urémie, dont le déout est identique; ictus, étonnement du malade, résolutions des membres, pupilles contractées. L'hémiplégie et l'élévation de température, dit Rendu, peuvent aussi exister dans les deux cas et ne peuvent servir au diagnostic différentiel. Il se base donc sur deux notions pour diagnostiquer l'urémie: 1o les prodromes montrent des signes de brightisme préexistant; 2o l'examen des urines permet de constater qu'il y a peu d'urine dans la vessie, et que cette urine est albumineuse. La respiration de Cheyne-Stokes est un signe de grande valeur, mais elle n'existait pas dans le cas particulier. Rendu conclut à l'urémie en se basant moins sur la présence de l'albumine, qui pourrait être produite par une lésion du bulbe ou de la protubérance, que sur l'anurie. L'anurie ou la diminution persistante de la quantité des urines forme le seul signe décisif, et lorsqu'il n'existe pas de lésion bien localisée du cerveau, on doit penser à l'urémie.

On explique le mécanisme du coma dans l'urémie par deux théories. D'après l'une, le coma est le résultat d'une intoxication générale. Le médecin n'aurait alors rien à faire. D'après l'autre, celle que préfère M. Rendu, le coma serait le résultat d'un œdème cérébral, et demanderait une thérapeutique active: saignées, purgatifs, injections de sérum artificiel.

C'est le traitement qui a été institué dans le cas de M. Rendu, et le malade est sorti guéri de l'hôpital.

LES HUITRES ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE, note de M. CHANTEMESSE à l'Académie de Médecine, juin 1896.—*Bulletin Médical*, vol. X, No 45.

M. Chantemesse désire attirer l'attention des médecins sur le fait que les huîtres peuvent être souillées par des eaux contaminées et devenir, quand on les mange crues, une cause de maladie. Elles peuvent servir, entre autres, à propager la fièvre typhoïde. Il cite comme exemple une épidémie récente.

" Dans une petite ville de l'Hérault, Saint-André-de-Sangonis, où le dernier cas de fièvre typhoïde remontait à un an environ, un marchand reçut le 15 février dernier une bourriche d'huîtres venant de Cette. Ces huîtres furent vendues et mangées crues par quatorze personnes de la ville. Toutes celles-ci ont été malades et, dans les six maisons où on a consommé ces huîtres, les membres de la famille et les domestiques qui n'en ont pas mangé n'ont éprouvé aucun malaise. Sur les quatorze personnes atteintes, huit en ont été quittes pour des accidents relativement bénins qui ont duré deux ou trois jours et qui ont consisté en douleurs gastriques, vomissements, diarrhée, borborygmes, inappétence et malaise général. Quatre autres, les plus jeunes, qui n'avaient pas fait une grande consommation d'huîtres, ont éprouvé des accidents longs et tenaces qui ont persisté de quinze à vingt-cinq jours; les selles étaient infectées, pénibles, d'apparence dysentériques; le ventre était ballonné, plein de gargouillements et douloureux à la pression; les malades souffraient d'un malaise général et d'une grande prostration. Les deux autres personnes, une jeune fille de vingt ans et un jeune homme de vingt-un ans, ont été atteintes d'une fièvre typhoïde exceptionnellement grave. La jeune fille a succombé."

Le docteur Chantemesse fait remarquer que les symptômes cliniques sont bien ceux qui font suite d'ordinaire aux infections par les mollusques. Il a acheté à Paris des huîtres de différentes provenances (marseillaises, huîtres anglaises, huîtres d'Ostende, huîtres portugaises), bien fraîches, bien appétissantes, et les a examinées dans le laboratoire de Cornil. Elles renfermaient beaucoup de germes et bon nombre étaient contaminées par la présence de coli-bacilles. Quelques-

unes de ces huîtres vivantes ont été placées dans de l'eau de mer souillée intentionnellement de déjections typhiques et de bacilles typhiques. Après vingt-quatre heures de séjour dans l'eau, et vingt-quatre heures de séjour hors de l'eau, elles étaient encore vivantes, sans odeur particulière et de belle apparence, mais elles renfermaient des coli-bacilles et des bacilles typhiques vivants.

En France, les parcs d'huîtres sont généralement à l'embouchure des fleuves, dont l'eau la plupart du temps reçoit le contenu des égouts. C'est de cette manière qu'elles deviennent contaminées. Le fait a déjà été signalé en Angleterre par sir Cameron (1880) et William Broadbent (1895), en Amérique par le Dr Coun (1894). La State Fish and Game Commission s'est même occupé, dans ses délibérations, des mesures à prendre pour empêcher la propagation de la fièvre typhoïde par les huîtres. La mesure principale devra porter sur les surveillance des parcs et des réserves.

L'ICTÈRE INFECTIEUX À RECHUTES, discussion à la Société Médicale des Hôpitaux, juin 1896.—*Bulletin Médical*, vol. X, No 48.

Dr DARCHÉ.— Sous le nom d'ictère infectieux à rechutes, de maladie de Weil, on a décrit une affection caractérisée par de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite et présentant souvent, pendant son évolution, une rémission suivie d'une courte rechute. Aujourd'hui on ne tend plus à considérer cette maladie comme spéciale ou distincte et la grande majorité des auteurs la font rentrer dans la classe des ictères infectieux.

Le Dr Darché rapporte le cas d'une femme de 32 ans qui était tombée dans la Seine et avait failli se noyer. Elle avait absorbé une grande quantité d'eau. Quinze jours après la maladie se déclare : troubles digestifs, augmentation du foie et de la rate, ictère, albuminurie, épistaxis, fièvre, etc. L'amélioration des symptômes est suivie de deux rechutes consécutives, la première portant exclusivement sur les reins, la seconde sur le foie. La malade guérit, comme dans tous les cas de ce genre.

Dans le cas actuel, les accidents ont pris toutes les allures d'une infection générale. Cependant, on ne peut pas dire que ce soit la fièvre typhoïde. Les auteurs allemands reconnaissent que la maladie, dite maladie de Weil, a pour cause ordinaire l'ingestion d'une quantité d'eau malsaine. La nature intime de la maladie n'est pas connue.

L'hypertrophie de la rate s'est maintenue jusqu'à la fin de la maladie, accompagnée de l'abaissement du taux normal de l'urée.

Dr NETTER.— L'absorption d'eau impure est, en effet, la cause habituelle des accidents de ce genre. Nous savons aujourd'hui que l'eau renferme, à côté d'agents pathogènes bien connus—ceux de la fièvre typhoïde et du choléra, par exemple—d'autres agents pathogènes dont l'action nocive, après une incubation de douze à seize jours, se traduit par une symptomatologie un peu polymorphe : ictère infectieux, ictère à rechute ou maladie de Weil, fièvre à rechutes sans ictère, etc.

Dr HANOT.— J'ai observé un cas de maladie de Weil chez une malade empoisonnée par des moules. Cette affection constitue un type clinique si bien défini qu'il importe, suivant moi, de le décrire à part, de le séparer des autres ictères infectieux, alors, même qu'il serait démontré que sa pathogénie ne diffère pas de celle des autres ictères infectieux.

Chez ma malade—après une première période caractérisée par de la fièvre, des courbatures, des céphalées violentes, des vomissements, des épistaxis accompagnés de tuméfaction du foie et de la rate—il s'est produit un abaissement de la température qui est tombé au-dessous de la normale. Puis au bout de quelques jours, une rechute s'est produite, les mêmes accidents ont réapparu et, comme c'est la règle dans les cas de ce genre, ils ont été plus accusés que pendant la première période. Les phénomènes nerveux (délire, abattement) ont été plus

particulièrement intenses. Malgré tout la guérison a été obtenue, comme d'ailleurs c'est la règle dans les cas de maladie de Weil.

Dr RENDU.—Il a observé un cas de maladie de Weil chez un charcutier qui avait mangé des viandes gâtées. Il a aussi rencontré un cas à forme typhoïde, sans ictere, chez un jeune homme qui s'était baigné dans un étang et avait avalé de l'eau impure.

Dr MATHIEU.—A déjà émis l'opinion que les phénomènes peuvent s'expliquer peut-être par une localisation particulière du virus typhique sur le foie. C'est une simple hypothèse.

LA VALEUR NUTRITIVE DU PAIN BLANC ET DU PAIN BIS, communication faite par M. Aimé GIRARD à l'Académie des Sciences, séance du 15 juin.—*Bulletin Médical*, vol X, No 49.

Dans l'appréciation de la valeur alimentaire des pains, on voit souvent intervenir un préjugé que rien ne justifie : le pain blanc provenant de farines pures est, dit-on alors, moins nutritif que le pain bis fourni par les farines inférieures. Les choses, même, sont à ce point qu'on a pu, dans ces derniers temps, rencontrer chez certains écrivains cette assertion singulière que les farines blanches ne contiennent pas de gluten, et que le pain qui en provient est, par suite, exclusivement fait d'amidon.

L'origine de ce préjugé réside en ceci, qu'aux débris de son qu'un blutage imparfait laisse en mélange dans les farines inférieures reste attachée une couche mince de l'amande du grain, et qu'à cette couche appartient une richesse en gluten supérieure à celle de l'amande considérée en son entier.

M. Girard fait remarquer que c'est une erreur de croire que la partie de l'amande adhérente à l'enveloppe du grain est plus riche en gluten que la partie centrale, que l'on emploie exclusivement pour faire les farines pures. Il n'en est rien. Entre les farines pures, (taux d'extraction 60 pour 100), et les farines moins pures (taux d'extraction 23 pour 100), la différence au point de vue de la différence en gluten est insignifiante.

Si les pains faits avec de la farine de qualité inférieure pèsent plus à la sortie du four, c'est parce que la quantité d'eau qu'ils contiennent est plus grande. Mais qu'il s'agisse de pain blanc ou de pain bis, le poids en gluten est sensiblement le même.

À poids égal, le pain blanc des farines pures est aussi nourrissant que le pain bis des farines inférieures, et il est de beaucoup supérieure au point de vue de la digestibilité et de la conservation.

On a reproché au pain blanc, dans ces derniers temps, de ne pas apporter à notre alimentation une quantité d'acide phosphorique suffisante. Cette objection est sans valeur.

L'utilisation idéale du froment, c'est de consacrer 70 0/0 du poids du grain à l'alimentation humaine (farine), et d'employer les 30 0/0 qui restent à l'alimentation des animaux. Ce que l'homme perdra ainsi en pain, il le retrouvera en viande.

L'ANGINE DE POITRINE NEURASTHÉNIQUE, leçon clinique de M. RENDU.—*Journal de Méd. et de Clin. pratique*, 10 juin.

L'angine vraie est presque toujours liée à l'existence de lésions cardiaques ou aortiques, surtout des artères coronaires; mais l'absence des signes physiques n'autorise aucune conclusion; car il est des cas dans lesquels il existe des lésions, qu'on retrouve à l'autopsie, mais qui ne sont pas cliniquement appréciables.

Il y a des signes de présomption dont on peut tenir compte dans une certaine mesure. C'est tout d'abord l'âge; l'angine véritable est très rare au dessous de 40 ans; néanmoins, les maladies infectieuses peuvent donner lieu à

l'aortite, même dans le jeune âge, et là encore on ne peut pas voir un signe différentiel absolu.

On peut trouver dans l'aspect clinique de la crise des caractères importants. Dans l'angine vraie, la douleur est initialement cardiaque et ce n'est que secondairement que se fait l'irradiation dans le bras. Dans la fausse angine, et il en était ainsi chez le malade présenté par M. Rendu, le début est périphérique et analogue à celui de la crise d'épilepsie. Pourtant, bien qu'exceptionnel dans l'angine vraie, ce mode de début par la périphérie peut s'y rencontrer ; on peut le considérer néanmoins comme une présomption favorable à la fausse angine.

Dans l'angine vraie, les douleurs sont en général fixes, tandis que, dans la fausse, les irradiations sont multiples et variables.

La fréquence des accès constitue un signe différentiel plus important. Chez le malade présenté, ils ont été très nombreux, tandis que dans l'angine vraie, ils sont rares, et on voit souvent le malade succomber à la deuxième ou troisième attaque. Cette fréquence constitue donc une circonstance favorable.

Il en est de même de la variabilité de la cause des attaques : dans l'angine vraie, les causes principales sont constituées presque uniquement par la marche, les efforts, les émotions ou le travail de la digestion. Chez le malade étudié par l'auteur, au contraire, l'effort n'a qu'une importance médiocre ; de plus, les attaques sont infiniment plus fréquentes la nuit que le jour. Or, ce dernier point est très important, car on peut dire d'une façon presque générale que ces attaques, si effrayantes qu'elles soient, lorsqu'elles ne se montrent qu'à la nuit, ressortissent à la fausse angine. Ce n'est cependant pas une loi absolue.

Enfin les phénomènes concomitants sont à considérer : dans l'angine vraie, les malades sont pâles, comme sidérés, n'osant ni bouger, ni respirer. Dans la fausse angine, au contraire, ils se lèvent et s'agitent, courent à la fenêtre et présentent un peu certains des caractères des crises asthmatiques.

On voit, d'après cette énumération, combien il est difficile de se prononcer dans des cas de ce genre, et la seule conclusion qu'on puisse tirer c'est qu'il existe des signes de présomption en faveur de la fausse angine.

EFFETS TOXIQUES DES BROMURES, discussion à l'Association des Médecins Américains, Washington.— *Universal Medical Journal*, juin 1896.

Le Dr WEIR MITCHELL, de Philadelphie, rapporte un certain nombre d'observations des effets de larges doses de bromure sur le système nerveux. Le père d'une petite fille épileptique augmenta la dose de bromure de 60 grains par jour à 150 grains. On trouva l'enfant la tête tombée en arrière, dans un état d'hébété, la salive coulant de la bouche, les yeux ouverts, les pupilles agrandies, et très difficile à faire sortir de sa torpeur ; les grandes convulsions épileptiques avaient cessé, mais les convulsions légères avaient augmenté de fréquence. La suppression du médicament ramena la petite fille à son état normal. Une nurse donne par erreur à deux enfants atteints d'épilepsie légère près de 100 grains de bromure de lithine par jour. En quelques jours, les deux enfants deviennent faibles de corps et d'esprit. Ni l'une ni l'autre ne peut marcher, et la jambe gauche est plus affectée que la droite. Ils revinrent en deux ou trois jours à la santé après la suppression du remède.

Le Dr Mitchell décrit aussi des cas frappants de mélancolie, avec ou sans tendance au suicide, produits par de fortes doses de bromure. On a pu quelquefois constater l'effet déprimant des bromures sur le système musculaire et sur le moral chez des alcooliques ou des personnes souffrant d'insomnies qui prenaient le bromo-caféine, le bromure de soude, etc., à fortes doses. Les ivrognes invétérés avouent quelquefois qu'ils deviennent plus ivres d'un côté que de l'autre, surtout du côté gauche. L'emploi excessif du bromure peut amener le même résultat.

Le Dr JANEWAY, de New-York, a vu trois morts résultant de doses excessives de bromure. On ne put trouver d'autre cause à l'autopsie. La dose était,

pour les 24 heures, dans les trois cas, de une once, de six drachmes et de trois drachmes, continué quelque temps.

Le Dr H. A. HARE, de Philadelphie, dit que les études de Ringer et d'autres ont montré que la potasse est la base de nos sels les plus toxiques. Il a vu le citrate de potasse donné pendant plusieurs jours produire une dépression nerveuse alarmante chez un enfant. Il croit qu'il vaut mieux employer le bromure de soude.

Le Dr LYMAN est du même avis. Le Dr THOMSON a vu trois cas d'aliénation mentale temporaire survenir à la suite de l'emploi des bromures à hautes doses.

Le Dr DANA n'a pas remarqué que le bromure de potassium et les autres bromures différaient dans leurs effets sur le système nerveux. C'est un fait connu que l'on peut donner l'iodure de potassium, à hautes doses, jusqu'à 300 grains par jour, sans amener beaucoup de dépression. Au contraire, de petites doses ont souvent une action stimulante. Il a l'habitude de commencer avec 4 à 6 grains.

Le Dr MITCHELL n'a jamais pu constater avec les sels de potasse des effets plus déprimants qu'avec les autres bromures.

LE TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES SAIGNANTES, par le Dr N. BODENHAMER.—*New York Medical Journal*, avril 1896.

Il est nécessaire d'arrêter l'hémorrhagie quand elle survient tous les jours, qu'elle est considérable, et que le patient est affaibli et nerveux. L'auteur a généralement réussi, par la méthode suivante, à supprimer l'hémorrhagie et à ramener le patient à la santé. Si le malade est anémique et nerveux, il prescrit les pilules suivantes :

Sulfate de fer.....	1 drachme
Extrait de belladone.....	6 grains
Sirop simple.....	Q. S.

Pour 24 pilules,

Une pilule le matin, le midi et le soir. On prescrit dans le même but (tonique et sédatif), aux personnes très faibles, nerveuses et anémiques qui ont une hémorrhagie constante, la solution suivante :

Citrate de fer.....	4 drachmes
Sulfate de quinine.....	1 drachme
Acide citrique.....	30 grains
Eau distillée.....	1½ once

En solution.

Prendre trois fois par jour 20 à 30 gouttes de cette solution dans un verre à vin d'infusion froide d'écorce de cerisier sauvage (*Prunus Virginiana*) ; en même temps, on peut durant le jour boire de cette infusion en quantité.

Il est nécessaire aussi, à part cela, pour arrêter l'hémorrhagie, d'injecter dans le rectum une demi pinte d'eau froide immédiatement avant de vider l'intestin, et aussitôt après l'évacuation, deux à trois onces d'eau de chaux, qui doit être retenue si c'est possible.

Quand il y a un suintement sanguin sur la muqueuse du rectum, on peut cautériser à l'acide nitrique (gravité spécifique de 1,500). Il faut y aller délicatement, avec spatule en bois, et ne cautériser que la surface malade. On renouvelle tous les cinq jours ; trois applications sont généralement suffisantes. On applique immédiatement après de l'huile d'olive.

Il est bon que le malade ait tous les jours une selle facile, sans efforts. A

part le lavement d'eau froide, on peut donner des laxatifs. L'auteur emploie souvent la formule suivante :

Sulphuris loti	}	$\overline{\text{à à 4}}$ drachmes.
Magnesiae Calcin.		
Sacch. lactis		

M. Fiat pulvis.

Prendre deux cuillerées à thé de cette poudre au besoin.

CHIRURGIE

LA RÉPARATION PLASTIQUE DES ABLATIONS DU SEIN, discussion à la Société Royale de Médecine et de Chirurgie de Londres.—*Universal Medical Journal*, juin 1896.

Le Dr Mayo ROBSON fait remarquer combien il est difficile, après les ablations complètes du sein, de recouvrir entièrement avec de la peau saine la plaie qui reste. La pratique ordinaire est de rapprocher autant que possible les surfaces cutanées et de laisser granuler la partie qui reste à découvert, ou bien encore d'avoir recours à la greffe cutanée, méthode de Thiersch. Ce sont des procédés longs et incertains. Le Dr Robson est d'avis que l'on peut, à l'aide d'une ou deux incisions, et en déplaçant les lambeaux, recouvrir des dénudations très étendues et obtenir une réunion par première intention. Il y a nécessairement un peu de tension, mais les précautions antiseptiques empêchent la mortification du tissu.

Les Drs BUTLIN et ADAMS, à la suite de cette communication, lisent un travail sur le même sujet. Dans les amputations du sein où il est nécessaire d'enlever une grande étendue de peau, on peut obtenir la guérison rapide de la plaie à l'aide de lambeaux cutanés pris dans le voisinage. Les lambeaux ne doivent pas avoir plus de trois et demi à quatre pouces de long et on les amène en place par rotation. Il est nécessaire qu'ils aient une racine large, et il est plus aisé de les tailler dans le bord inférieur de la plaie. Le Dr Butlin est d'avis que la tension est de peu d'importance dans la mortification du tissu.

Le Dr SPENCER croit que le lambeau inférieur peut être libéré sur une bien plus grande étendue qu'on le fait généralement. Il donne pour limites extrêmes les côtes inférieures et l'angle de l'omoplate. Un lambeau ainsi taillé donne beaucoup de marge et l'on n'a pas à craindre son ulcération par torsion du pédicule. Si l'on craint l'accumulation sous-cutanée du sang, on peut perforer le lambeau à sa partie inférieure.

Le Dr Watson CHEYNE partage l'avis du Dr Spencer. Les lambeaux par décollement sont de beaucoup supérieurs à la greffe. C'est toujours ainsi qu'il procède. Il décolle la peau dans toutes les directions, en haut jusqu'au cou, en bas jusqu'aux muscles abdominaux, et il rapproche les bords de la plaie avec du gros fil d'argent passé à un pouce du bord de l'incision. Il suffit que la plaie soit ovale pour que l'opération réussisse. Il arrive quelquefois que les sutures coupent le tissu, mais cela ne change pas le résultat, qui est excellent. Quand après l'ablation du sein, la malade est trop faible pour rester longtemps sur la table, il se contente de rapprocher les bords de la plaie autant que possible, sans décollement, et trois ou quatre jours après il fait la greffe sur la partie dénudée.

Le Dr WALLIS fait remarquer que dans les opérations plastiques de la face, lorsque les lambeaux congestionnés menacent de s'ulcérer, on peut y remédier en incisant ces lambeaux. Il est vrai qu'après l'ablation du sein, ce procédé exposerait la plaie sous-cutanée.

Le Dr BARWELL a l'habitude de diminuer la tension en faisant des incisions parallèles à la plaie, et en les suturant dans une direction opposée. Comme il croit que la résistance vient surtout du tissu sous-cutané, il a soin de diviser toutes les bandes fibreuses qu'il peut rencontrer.

Le Dr BOWLY croit que les patientes souffrent davantage lorsque l'on rapproche les lèvres de l'incision par tension plutôt que par lambeaux. Lorsque la tumeur s'étend vers la clavicule ou le sternum, le cas est favorable à l'établissement de lambeaux ; lorsqu'au contraire l'incision s'étend vers le creux axillaire, on la rapproche plus facilement par tension.

HÉMORRHAGIE GRAVE PAR DÉFLORATION, extrait d'un article de M. le Dr CHALEIX, dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. — *Indépendance Médicale*, vol. II, No 25.

L'auteur rappelle d'abord que le traumatisme par le premier coït peut atteindre d'autres points que l'hymen, amener une déchirure qui gagne quelquefois les petites lèvres ou le vestibule ou même amener des désordres plus graves. Il est des cas, en effet, où l'hymen offrant une résistance vive à une attaque impétueuse, le membre viril l'a décollé à sa partie postérieure, a déchiré la muqueuse vaginale, a pénétré dans le tissu cellulaire recto-vaginal et a rompu le rectum, donnant lieu à une énorme fistule recto-vaginale.

M. Chaleix rapporte trois observations où ces désordres ont été beaucoup moins considérables malgré une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter l'appel d'un médecin. Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme âgée de trente ans.

Je laisse maintenant la parole à l'auteur.

“ Son mari, homme plus jeune qu'elle, me raconta qu'il faisait son voyage de noces, et que dès son arrivée, il avait voulu entrer en possession de ses droits d'époux. Il avait éprouvé à la pénétration une résistance très vive qui céda brusquement à l'ardeur de son impulsion. Sa femme jeta un grand cri et tomba presque en faiblesse. Il se retira aussitôt et vit que sa verge était pleine de sang. Sa femme perdait beaucoup, cette perte ne passait pas, la douleur était très vive. Il fut effrayé et demanda qu'on fit venir un médecin.

“ Quand j'arrivai, l'acte avait eu lieu depuis une heure et demie à peu près. Le sang avait été perdu en quantité, et comme la malade, terrifiée, n'avait pas osé bouger, il formait une petite mare entre ses jambes et ses fesses.

“ Je la plaçai en travers du lit, je lavai la région, je fis une injection vaginale chaude et constatait les faits suivants.

Un peu de sang s'écoulait du vagin en nappe, mais il en venait par plusieurs points, surtout de la partie postérieure de l'orifice vulvaire. De cette région s'élançait un petit jet artériel.

“ L'hymen, percé en sa partie supérieure d'un petit orifice, paraissait épais et résistant. Il n'avait été ni rompu ni perforé par la pénétration du membre viril, mais désinséré, arraché de sa base en sa partie postérieure. La désinsertion portait non seulement sur la partie postérieure de l'hymen, mais un peu à droite, de telle sorte qu'il en flottait, au-dessus de la commissure postérieure de la vulve, une sorte de lambeau épais et saignant.”

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE, extrait d'une clinique du Dr RICARD à l'Hôtel-Dieu. — *Gazette des Hôpitaux*, juin 1896.

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, vigoureux, bien portant, qui, il y a un mois, à la suite d'une chute, se fit une luxation de l'épaule droite. Je n'insiste pas sur l'utilité qu'il y eût en à établir un diagnostic ferme, et les difficultés que nous allons rencontrer dans la réduction me dispenseront de m'étendre plus longuement sur la nécessité d'un diagnostic précoce : toute journée perdue aggrave le pronostic. Cette homme consulta : on crut à une simple contu-

sion L'impotence, de passagère, devint permanente, et il se trouve aujourd'hui dans de fort mauvaises conditions de travail.

Comme vous le voyez le moignon de l'épaule est déformé, la hauteur de la paroi de l'aisselle est plus considérable ; le creux sous-claviculaire a disparu et est remplacé par une saillie, l'acromion surplombe un méplat, la glène est vide ; le coude est d'une abduction de quatre à cinq travers de doigt, qu'il est difficile de corriger. Dès l'abord il est facile de reconnaître les signes classiques d'une luxation et celle-ci étant bien évidemment une luxation en avant. Je chercherai seulement à préciser le diagnostic entre les diverses variétés des luxations antérieures, c'est-à-dire sous-claviculaire, la plus rare, intra coracoïdienne, sous-coracoïdienne et extra-coracoïdienne.

En fait, si le diagnostic est quelquefois facile, il est le plus souvent, fort délicat. Nous n'avons point évidemment affaire à une luxation sous claviculaire dont les signes sont assez caractéristiques ; l'hésitation est possible entre une intra et une sous-coracoïdienne ; on sait que le pronostic de ces deux variétés, au point de vue des difficultés de la réduction, diffère sensiblement.

Me fondant sur ce fait que la coracoïde se trouve sur le prolongement de la paroi latérale du thorax, je ne m'efforce pas de chercher cette apophyse, masquée très souvent par le gonflement ainsi que par la saillie de la tête ; j'applique une attelle le long du thorax, et l'attelle vient soit rencontrer la tête humérale, soit passer en dehors, soit passer en dedans : J'en conclus, suivant ces cas, que je suis en présence d'une sous-coracoïdienne ou d'une intra coracoïdienne.

Dans le cas actuel, nous sommes donc, l'expérience étant répétée, en présence d'un diagnostic ferme, que je formulerai : luxation intra coracoïdienne méconnue, datant de un mois, chez un sujet de cinquante-six ans, vigoureux et bien portant.

Le professeur Ricard énumère ensuite les contre-indications à l'intervention. Ce sont l'âge trop avancé du sujet, la date trop ancienne de la luxation, la formation d'une néarthrose ou l'altération des muscles et des os. Il n'y a rien de cela dans le cas actuel.

Pour ce qui s'agit de l'intervention, le professeur Ricard est d'avis de toujours essayer, en premier lieu, sous chloroforme, les procédés de douceur, excepté pour les luxations coracoïdiennes, qui sont toujours difficiles à réduire. Comme procédé de violence, il est en faveur de celui de Richet, qui mobilisait avec force la jointure, au mépris des craquements et des ruptures ligamenteuses, pour rompre les adhérences, et, après cette rupture, appliquait la traction énergique, quoique plus lente, produite par des mouilles, des aides ou des tubes de caoutchouc. La traction produite par des aides est préférable, lorsqu'on n'a pas l'appareil d'Hennequin ; elle doit être lente, continue et soutenue. Durant ces manipulations, l'anesthésie par le chloroforme doit être totale et parfaite, si l'on ne veut pas avoir d'accident.

Quand les méthodes de force ont échoué, il ne reste qu'un moyen, l'intervention sanglante, l'arthrotomie ou la résection.

En résumé, dit Ricard, je me conformerai aux préceptes suivants : 1^o emploi des procédés simples de douceur qui seront probablement inefficaces ; 2^o emploi des méthodes de force ; 3^o enfin, en cas d'échec, j'aurai recours aux procédés sanglants, en donnant parmi eux la préférence à l'arthrotomie, et réservant la résection pour les indications spéciales (phénomènes douloureux de la compression vasculaire et nerveuse).

L'EMPLOI DE LA SONDE DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ESTOMAC, par le Dr CASTELAIN, de Bruxelles.—*Mouvement Thérapeutique*, juin 1896.

Pour soigner les affections de l'estomac, l'interrogatoire peut parfois suffire. Évidemment, il ne s'agit pas d'écouter rapidement les doléances du malade ; il

faut tenir compte de tous les détails : antécédents héréditaires et morbides, hygiène antérieure, début et cours de l'affection actuelle, symptôme subjectifs précis. Mais, presque toujours, une exploration objective bien faite est on outre indispensable. Si on peut élucider ainsi la nature d'une affection, l'emploi de la sonde et les analyses sont complètement inutiles. Il est impossible, d'ailleurs, au praticien d'explorer de cette façon tous les cas de dyspepsie qu'il est appelé à soigner, chaque analyse exigeant au moins une demi-heure à une heure de travail.

Dans d'autres cas, où le diagnostic reste douteux, on sera certainement autorisé, de prime abord, à baser un jugement provisoire sur les seules considérations qui précèdent, lesquelles peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic probable. Le résultat du traitement indique alors si on est tombé juste, mais il peut arriver au plus habile de se tromper si, à l'examen clinique du malade, il n'a pas joint l'analyse du contenu stomacal et l'exploration de la motilité.

Ces moyens, qui, dans certains cas embarrassants, peuvent seuls nous procurer une certitude, restent toujours un de nos meilleurs guides thérapeutiques. Quelques explorations sonnatoires avec la sonde, jointes à des données rapides, fournies par une analyse même incomplète, peuvent suffire dans bien des cas, et sont parfaitement à la portée de tous les médecins qui voudront se donner la peine de les exécuter. Pourquoi, dès lors, rester esclaves de la routine ou des résistances du public non encore habitué à ce genre de recherches ? Il faudra désormais s'y attacher davantage toutes les fois que les anciens procédés cliniques laisseront subsister quelque doute sur la nature de l'affection et le traitement à suivre.

Enfin, l'examen minutieux et complet, parfois répété, s'impose dans tous les cas difficiles, rebelles au traitement, et l'on sait combien le nombre en est grand. On rencontre à chaque pas de ces dyspeptiques, qui, lassés par la série des médications entreprises sur des bases incertaines se vouent finalement à des "spécialités" pharmaceutiques, trop souvent désastreuses. Ne contribuerait-elle à rendre la santé qu'à une partie seulement de ces malheureux, que cette méthode mériterait déjà d'entrer définitivement dans la pratique.

PHLEGMON LIGNEUX DU COU, communication de M. le Dr Faul Reclus à la Société de Chirurgie, séance du 27 mai. — *Bulletin Médical*, vol. X, No 44.

Le Dr Reclus rapporte l'observation d'un individu qui, à la suite d'un mal de gorge assez intense, vit son cou grossir d'une manière progressive sans lui causer ni douleur ni fièvre. La tuméfaction augmentant toujours, le malade se décide au bout de trois mois à rentrer à l'hôpital, où l'on a constaté à la région pré-laryngienne, au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, au-dessous de la dépression sus-sternale qu'elle comble, et limitée en dehors et de chaque côté par des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, une sorte de plaque uniforme, sans bosselure, immobile et comme adhérente aux muscles et aux os sous-jacents. Néanmoins, lors des mouvements de déglutition, elle s'élève en masse avec le larynx. Elle est à peine chaude, mais d'un rouge foncé, lie-de-vein ; en aucun point la pression n'y imprime la trace de l'œdème et n'y réveille de douleurs. Enfin et surtout cette tuméfaction est dure, d'une dureté ligneuse ; elle blinde le cou dans la peau épaissie et rappelle, comme aspect et comme consistance, les cancers en cuirasse de la mamelle.

Plusieurs médecins ont porté le diagnostic de sarcome dur englobant le larynx. Le Dr Reclus, qui avait déjà rencontré quatre cas semblables se prononce pour un phlegmon ligneux du cou. Quelques jours après il se forme un abcès au centre de la tumeur, puis un autre au bout de dix jours, puis un troisième, un quatrième, un cinquième. Tous ces abcès sont très petits et ne contiennent guère que quelques gouttelettes de pus. Les uns se cicatrisent, les autres laissent après eux une fistulette par où s'écoule difficilement un peu de

sérosité. L'évacuation de ces minuscules collections modifie à peine l'aspect de la plaque pré-laryngienne qui reste aussi résistante et garde une coloration lie de vin et ses limites précises. Le malade a maigri; il y a des ganglions au devant de l'os hyoïde et dans l'angle maxillaire inférieur.

L'examen bactériologique ayant décollé dans le pus des bacilles pseudo-diplhthériques, le Dr Reclus injecte du sérum de Roux et guérit son malade. Ce fait, joint à l'angine du début, fait croire à la pénétration de germes pathogènes qui de la muqueuse laryngée et pharyngée enflammée gagnerait par les lymphatiques les ganglions cervicaux et l'atmosphère celluleuse qui les entoure. Naturellement, ce n'est qu'une hypothèse, et il faut attendre des faits nouveaux.

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM, communication de M. le Dr CHAPET à la Société de chirurgie, séance du 17 juin.—*Bulletin Médical*, vol X, No 50.

Après avoir parlé de sa statistique personnelle (10 cas et 8 guérisons), le Dr Chaput indique la technique opératoire suivante.

Faire, deux jours d'avance, l'anus préliminaire sur le colon transverse.

Incision cutanée en Y.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum. Autant que possible, suturer circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

RÉSUMÉ DES INDICATIONS.—*Cancers de la cloison recto-vaginale.*—Les enlever par une incision périnéale. Fermer le bout supérieur du rectum en cul de sac.

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs.—Limités: incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Lerrier). Suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable.

Étendus: combiner l'incision périnéale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne.—La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés.—Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques.—Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

SUTURE DU CŒUR, cas rapporté par le Dr CAPPELEN dans un journal allemand.—*Revue Médicale*, vol V, No 102.

Un homme âgé de vingt-quatre ans avait reçu un coup de couteau dans le côté gauche; il était rentré seul chez lui, mais peu de temps après, on l'avait trouvé sans connaissance, baignant dans son sang. Transporté aussitôt à l'hôpital en voiture, il était encore sans connaissance au moment de son admission. Son pouls était insaisissable, mais les bruits du cœur pouvaient encore être perçus facilement. La blessure, d'un centimètre de long, siégeait dans le quatrième espace intercostal gauche. On lui fit une injection de camphre qui le ranima un peu. Le chirurgien se mit en demeure de pratiquer la résection de la quatrième côte pour examiner la lésion.

La cavité pleurale était remplie de sang et le poumon refoulé vers la colonne

vertébrale; après évacuation de ce sang (environ 1.400 c. c.) le poulmon reprit sa forme habituelle et l'on constata qu'il n'était pas blessé; on réséqua la quatrième et la troisième côtes; une blessure du péricarde d'un centimètre environ apparut alors. La séreuse était remplie de sang et après évacuation, on vit sur le ventricule gauche une blessure de deux centimètres environ, cause de l'hémorragie. La plaie fut suturée, bien qu'avec beaucoup de difficulté, à cause des contractions cardiaques et des mouvements du poulmon. Le malade vécut deux jours et demi et l'autopsie montra une péricardite infectieuse.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PARALYSIE INFANTILE, article de la *Médecine Moderne* reproduit par la *Revue Médicale*, juin 1896.

Ju-qu'à ces dernières années on ne pouvait opposer à la paralysie infantile qu'un traitement palliatif par les appareils prothétiques, toujours chers et pesants et avec lesquels, les petits malades ne pouvaient que très mal marcher; aujourd'hui depuis les premiers essais faits par Karensky, nous disposons, par l'arthrodèse, d'un véritable moyen curatif.

L'on sait que cette opération consiste à détruire les cartilages articulaires de l'articulation du genou pour provoquer une ankylose plus ou moins complète. En France, en Allemagne et en Amérique, on doit actuellement de beaux succès à cette méthode. Sur 87 opérations, Karasiewicz a eu 84 résultats satisfaisants. Cette opération est bienfaisante à plusieurs points de vue; en premier lieu elle rétablit la fonction, et comme bien des enfants sont trop pauvres pour pouvoir se procurer un appareil prothétique d'un prix élevé, elle permet à ceux-là de marcher et de faire partie de la société.

Le Dr Carl Beck (de Chicago) rapporte deux opérations de ce genre qu'il vient de pratiquer avec succès et ses petits malades purent ensuite très bien marcher sans aucun appareil. L'opération ne doit être faite que quand on a épuisé tous les moyens médicaux, électricité et massage, et que l'on a perdu tout espoir de voir revivre l'activité musculaire.

LARMOIEMENT RÉFLEXE D'ORIGINE NASALE, reproduit de l'*Abeille Médicale*, juin 1896.

Si la notion du larmolement d'origine nasale est bien admise, cependant les faits probants ne sont pas très nombreux. Cette rareté relative suffirait à elle seule pour donner de l'intérêt aux deux faits que M. Ripault (de Dijon) rapporte dans la *France médicale*.

Dans le premier cas il s'agit d'un enfant de 8 ans, soigné à Lariboisière depuis quinze jours pour un larmolement abondant, très pénible et qui résiste aux irrigations faite avec la seringue d'Anel. M. Ripault pratique alors la rhinoscopie antérieure et trouve dans la narine gauche un éperon saillant, venant appuyer contre le cornet inférieur un peu rouge et turgéscent. L'attouchement du cornet vers le point de contact détermine aussitôt une sensibilité vive dans l'œil correspondant. Ablation immédiate de l'éperon. La guérison s'est maintenue depuis.

Le deuxième malade était âgé de 52 ans, atteint depuis plus de deux ans d'un larmolement double, soigné en vain par la dilatation des voies lacrymales. Comme cet homme avait en même temps du coryza, M. Ripault examine la cavité nasale, et trouve les deux cornets inférieurs hypertrophiés, appuyant sur le plancher et touchant à la cloison. Chaque cornet est cautérisé, et trois semaines après le larmolement était minime.

TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES.
—M. COURTADE s'est occupé dans le *Journal des Praticiens* du traitement des corps étrangers des fosses nasales. On sait qu'ils sont généralement introduits volontairement dans les fosses nasales, par des enfants trop jeunes pour se rendre compte de leur imprudence. Chez l'adulte, on peut encore rencontrer des corps

étrangers mais ceux-ci ont pénétré par l'orifice postérieur de ces cavités, pendant l'acte de vomissement ou lorsque le voile du palais paralysé ne remplit plus ses fonctions de diaphragme.

Il y a lieu de distinguer deux classes de corps étrangers : la première constituée par les corps qui se gonflent par imbibition, comme le liège, les pois, haricots secs, etc..., dans la seconde, on peut ranger tous les autres corps qui ne subissent pas l'influence de l'humidité (boutons, morceaux de bois, etc.) Si ces derniers peuvent rester impunément dans la cavité nasale sans entraîner d'accidents sérieux, pendant un long temps et constituer, comme il en existe de nombreux exemples, le noyau d'une rhinolithé, il n'en est plus de même des corps de la première classe qui entraînent des symptômes sérieux obligeant à intervenir rapidement.

L'extraction des corps étrangers des fosses nasales demande quelques précautions pour ne pas entraîner d'accidents. Tout d'abord le diagnostic précis du siège doit être fait avant l'introduction de tout instrument.

On peut essayer, sans inconvénients, de faire expulser les corps étrangers en conseillant de souffler fortement par le nez pendant que la narine opposée est fermée avec le doigt ; les injections de liquide pratiquées par la fosse nasale saine pour pousser au dehors le corps étranger sont inefficaces et dangereuses ; inefficaces parce que la vis à tergo est insuffisante pour dégager un corps que l'expiration vive n'a pu déplacer, et dangereuses parce qu'on expose le patient à une otite aiguë par pénétration de liquide dans la caisse du tympan.

Trois genres d'instruments peuvent être utilisés suivant les cas, les pinces, les leviers condés et les crochets pointus.

La pince convient aux cas où le corps étranger est mince ou allongé, ce qui permet de le saisir entre les mors, sans risque de le pousser plus profondément.

S'il s'agit d'un objet arrondi, comme un bouton de bottines, un pois, il est préférable de recourir au levier coudé que l'on peut faire instantanément en courbant à angle presque droit une sonde cannelée ou un stylet de trousse, à quelques millimètres de son extrémité. On glisse le bec de cet instrument au-dessus ou au-dessous du corps étranger ; lorsque le bec a dépassé l'objet à retirer, qu'il se trouve en arrière de lui, il accroche en quelque sorte et on n'a plus qu'à faire de la traction combinée avec des mouvements de levier.

Le stylet et le crochet pointu sont nécessaires lorsqu'il s'agit d'un corps qui s'est gonflé et est solidement encastré dans la muqueuse. Dans ce cas l'enfant doit être anesthésié pour éviter qu'en voulant se défendre il ne soit blessé par l'instrument.

Lorsque l'extraction ordinaire présente de trop grandes difficultés, si le corps étranger peut franchir le choâne, on le fera passé par le pharynx.

Le lait phosphaté préventif de la tuberculose.—M. Daremberg conseille le lait phosphaté dans l'alimentation des enfants tuberculeux.

Pour l'obtenir, on fait absorber à une chèvre une dose quotidienne de 20 grammes d'os calcinés en poudre, mélangés avec 10 gr. de chlorure de sodium.

On incorpore ces substances à du son, à de la farine d'orge ou d'avoine, à des carottes écrasées. De cette façon, les phosphates sont assimilés par l'animal et fournissent à l'enfant un aliment reconstituant, tandis que les phosphates en poudre ou en solution sont digérés difficilement par l'enfant.

On peut laisser les enfants forts et bien portants se promener les jambes nues, pourvu qu'il fasse chaud. Il faut faire attention aux changements de température, et les enfants délicats ne sauraient s'en trouver bien.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

SIGNES ET SYMPTOMES DE LA GROSSESSE COMMENÇANTE, (1)
par CH. VINAY, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Il est impossible de connaître le début exact de la grossesse, même chez les femmes qui deviennent enceintes à la suite d'un rapprochement unique. La fécondation qui résulte de la pénétration des spermatozoïdes dans l'ovule ne survient parfois que plusieurs jours après le coït. L'époque à laquelle la menstruation a pris fin est un point de repaire utile, parce que la rupture de l'ovisac amène promptement la cessation des règles; mais, à cet égard, que de différences d'une femme à l'autre, et ne sait-on pas que les simples excitations génésiques peuvent à elles seules, activer la maturation des ovules et provoquer leur chute.

À mon avis, le procédé de calcul qui donne l'indication la plus exacte est celui qui a été indiqué par Tarnier; il consiste à ajouter cinq jours au dernier jour des règles, puis à compter neuf mois; chez quelques femmes on arrive à pronostiquer l'accouchement à jour fixe. En réalité ce procédé n'est qu'approximatif, par cette raison que l'ovulation est un phénomène qui peut être indépendant de la menstruation; il suffit de rappeler le fait que des femmes deviennent enceintes qui n'ont jamais été réglées; on sait aussi que les nourrices privées de menstruation sont parfaitement aptes à concevoir; rappelons encore que certains physiologistes pensent que la ponte ovulaire persiste pendant toute la durée de la gestation.

Le diagnostic de la grossesse si facile à établir au cours de la seconde moitié de sa durée, présente au contraire des difficultés très grandes pendant les premiers mois et surtout pendant les premières semaines. Nous n'avons pas encore les signes dits de certitude, c'est-à-dire les mouvements spontanés de l'enfant, le ballotement de la tête, et les bruits du cœur fœtal. Quand ces différents signes sont perceptibles, les dimensions du ventre attirent l'attention et permettent toujours à un médecin exercé de reconnaître un utérus gravide.

Pendant les premiers mois, on ne peut utiliser que les signes de probabilité, les éléments de diagnostic sont basés sur un ensemble de symptômes dont la concordance équivaut presque à la certitude chez les primipares surtout. Ainsi l'arrêt de la menstruation chez une femme bien réglée jusque là, l'existence de dégoûts, de vomissements matutinaux, le gonflement des seins, l'apparition des tubercules de Montgomery, la pigmentation de la ligne blanche, l'aspect ardoisé de la vulve et du vagin, sont des signes qui observés individuellement n'ont qu'une valeur assez médiocre, mais qui prennent par leur réunion une importance de premier ordre. Enfin quelques travaux récents sur lesquels je tiens à attirer l'attention ont montré que l'examen direct de l'organe gestateur, ses modifications de forme et de consistance pouvaient donner une précision telle que le diagnostic de la grossesse était possible, dès la fin du premier mois, ou tout au moins dès la sixième semaine. Je vais étudier successivement ces différents éléments de diagnostic.

L'arrêt des règles a une signification de premier ordre, à condition que le symptôme survienne chez une femme bien portante, dont la menstruation a été régulière jusqu'alors. On sait que certaines conditions peuvent provoquer ce trouble morbide, comme la tuberculose, la chlorose et aussi le changement de résidence. Le fait s'observe fréquemment chez les jeunes filles de la campagne qui viennent habiter la ville comme domestique. Les maîtresses de maison s'in-

(1) *Lyon médical*, 17 mai 1896.

quêtent de cet arrêt inopiné et l'interprètent souvent dans un sens défavorable; mais la brusque transition de vie, l'air confiné, le changement de nourriture expliquent à eux seuls ce trouble morbide qui généralement n'est que passager.

Les *troubles digestifs* qui accompagnent le début de la grossesse sont très caractéristiques par leur forme. Ils apparaissent le matin, sont constitués par des vomituritions glaireuses, amères, survenant dès le lever; ils s'accompagnent toujours de nausées et généralement ils s'apaisent par l'ingestion d'un liquide quelconque; leur ressemblance avec la pituite des ivrognes est frappante, ils s'en distinguent toutefois par la résistance qu'ils opposent à toute médication stomacale. Ils apparaissent en général à la fin du premier mois, lorsque revient le moment de la période menstruelle; mais chez quelques femmes le symptôme est hâtif, il suit de très près la conception, aussi arrive-t-il qu'elles sont averties de leur état par le trouble des fonctions digestives avant de l'être par la suppression des règles.

Le *ptyalisme* est beaucoup plus rare, mais il a une signification plus nette et son apparition coïncide parfois aussi avec les premiers jours qui suivent l'imprégnation.

Les *modifications des seins*, qui consistent en pigmentation de l'aréole, gonflement de la glande, développement des tubercules de Montgomery, apparition du colostrum, n'ont guère de valeur que chez les primipares.

On peut en dire autant de l'*aspect ardoisé* de la vulve et du vagin; ce signe n'a d'importance que chez les femmes enceintes pour la première fois parce que, chez elles seulement, on voit la muqueuse génitale perdre son aspect rosé qui disparaît d'une façon indélébile. La coloration ardoisée peut apparaître aussi, en dehors de toute gestation, chez les femmes atteintes de troubles respiratoires comme dans l'emphysème accentué, la bronchite chronique, les cardiopathies.

Il est une autre modification de la circulation qui me semble avoir une certaine valeur diagnostique, c'est l'apparition de *varices* au niveau des organes génitaux externes et sur les membres inférieurs. Le développement de paquets varicieux au niveau de ces régions est parfois le premier indice de la gravidité. Il s'agit là d'un phénomène physiologique, car il est des sujets qui voient leurs varicosités augmenter de volume par l'arrivée des règles. Lorsqu'une femme est prédisposée aux varices par sa profession et sa constitution, il se passe, du côté des membres inférieurs, les mêmes phénomènes fluxionnaires qu'on observe dans le corps thyroïde déjà hypertrophié ou dans les tumeurs érectiles. Sous l'influence de la grossesse, ces tissus présentent une augmentation de volume et une vascularisation plus grande, ils participent aux modifications de la circulation générale qui résultent de l'éréthisme utérin et de la pléthore vraie qui accompagnent ordinairement la gestation. Les varices participent à un phénomène de même ordre et, pour elles, la grossesse est une condition passagère qui les met en évidence.

Parmi ces différents signes dits de probabilité, c'est aux troubles digestifs que j'attribue la plus grande valeur; leur apparition matinale, dès le lever, leur coïncidence avec des nausées, des dégoûts pour les aliments d'un usage quotidien, la régularité de leur apparition, l'inutilité de la thérapeutique médicale, la puissance de la suggestion, leur donnent une valeur clinique indéniable. Du reste les femmes ne s'y trompent guère et celles qui ont de l'expérience savent les estimer à leur juste valeur.

Il est à peine besoin de faire remarquer que tous ces troubles fonctionnels peuvent exister en dehors de la grossesse; ni l'intolérance gastrique, ni le gonflement des seins, ni même l'arrêt des règles ne constituent des signes spécifiques, tous se rencontrent parfois réunis chez les hystériques et surtout chez ces femmes en quête d'une maternité introuvable qui présentent l'ensemble des symptômes psychiques connus sous le nom de *grossesse nerveuse*.

On remarquera que les différentes modifications que nous venons d'énumérer sont en quelque sorte indirectes, elles sont constituées par le retentisse-

ment que provoque l'état de gravidité sur des appareils éloignés ou sur des tissus de voisinage ; ce sont des signes de probabilités, tandis que les signes de certitude sont fournis par l'utérus lui-même, contenant et contenu. On doit se demander si, dès les premières semaines, l'organe gestateur ne peut déjà, par sa forme, sa consistance, sa compressibilité, fournir des données précises utiles au diagnostic, et si, dès cette période hâtive, il n'éprouve pas des modifications telles qu'elles s'imposent par leurs caractères spécifiques.

Forme.—Quand on examine au toucher et au palper combinés l'utérus d'une femme encore au début de la grossesse, vers la sixième semaine environ, on constate comme caractère le plus constant un changement dans la forme de l'organe. Le corps utérin est augmenté de volume, il forme une voussure saillante, surtout marquée en avant, son diamètre transverse est agrandi, l'antéflexion augmente, aussi le doigt explorateur arrive facilement à sentir l'organe à travers la paroi antérieure du vagin ; celle-ci est plus tendue, plus allongée, parce que, dans les premiers temps, la matrice est généralement tirée vers le haut.

Les rapports des deux segments utérins sont aussi modifiés. A l'état normal, le col continue la direction du corps et forme avec celui-ci un angle ouvert en avant à peine appréciable, tandis que la fécondation, qui agrandit les dimensions du corps, diminue l'ouverture de l'angle qui devient moins ouvert, plus aigu, le corps se détache nettement de l'isthme et forme une voussure saillante.

Consistance.—La consistance du corps est également différenciée ; tandis que le col donne longtemps encore, surtout chez les multipares, la sensation d'un cartilage dur et résistant, celle du lobule du nez, le corps est devenu dépressible et ramolli ; le doigt qui l'explore semble "pénétrer dans du beurre," selon l'expression de Landau. Ces caractères sont très apparents chez les femmes enceintes pour la première fois, parce que les changements que détermine la gravidité produisent alors dans des tissus meufs, souples, qui n'ont pas encore été léformés par la parturition. Chez elles, par contre, les manipulations ne nécessitent l'examen mettent plus facilement en éveil la contractilité utérine, si bien que le doigt trouve un organe durci au lieu de la masse molle que l'on sait. Il faut savoir attendre, car le muscle utérin qui présente, pendant toute la durée de la gestation, des alternatives de contraction et de relâchement, se détend bientôt et l'organe reprend sa mollesse caractéristique. Le corps utérin se ramollit surtout au niveau de la paroi antérieure et vers les cornes utérines.

Compressibilité.—Le professeur Hegar a signalé récemment une sensation particulière que donne le segment inférieur, dès la quatrième semaine de la gestation. Ce segment présente une compressibilité spéciale (*Zusammendruckbarkeit*) qui apparaît de bonne heure et devient très apparent vers le 50e jour.

Pour apprécier son existence, il est nécessaire de se livrer à la petite manœuvre qui est schématisée dans la figure ci-jointe que j'emprunte au travail d'Hegar (1). On place l'indicateur de la main droite dans le vagin, au niveau du cul-de-sac antérieur, tandis que les doigts de la main gauche entourent le fond de l'organe et cherchent à pénétrer vers la partie inférieure de la face postérieure ; les doigts de chaque main cherchent à se rencontrer à travers le segment inférieur. Lorsqu'il existe de la rétroversion, le doigt vaginal doit être placé dans le cul-de-sac postérieur, tandis que l'autre main appuie sur la face antérieure de la matrice à travers la paroi abdominale. C'est surtout la portion médiane de l'organe qui est compressible, tandis que les parties latérales offrent une plus grande tonicité. Parfois la dépressibilité des parois est telle qu'on croit n'avoir entre les doigts que l'épaisseur d'une carte ; d'autres fois l'épaisseur semble être de 4 à 5 millimètres. La différence est très nette entre la sensation

(1) HEGAR. Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode, *Deutsch. med. Wochenschr.*, 29 août 1895, n° 35).

de résistance que donne l'isthme et la mollesse des tissus situés au-dessus ; ces derniers s'étalent sous l'influence de la compression, "à la façon d'un éventail qu'on déploie." Au niveau des cornes utérines, on a la même sensation qu'au niveau du segment inférieur. (1)

Il s'en faut qu'on arrive chez tous les sujets à constater le signe d'Hegar. La manœuvre est certainement facile chez les multipares qui présentent un écartement de la ligne blanche ; chez elles, l'intestin vient se dessiner sous la peau, le feutrage aponévrotique médian a été tirailé au point de disparaître, il ne forme plus un plan résistant qui gêne l'exploration ; la paroi elle-même distendue par les grossesses antérieures est devenue flasque et ridée, aussi la main pénètre-t-elle facilement dans le petit bassin. Mais chez les primipares dont les tissus aponévrotiques et musculaires ont gardé toute leur tonicité, on provoque de la douleur et de la réaction lorsqu'on se livre aux pressions nécessaires. La même difficulté se rencontre chez les polysarciques pour des raisons identiques.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'agir avec prudence et ménagement ; on peut craindre qu'une pareille manœuvre ne détermine des déchirures vasculaires et ne provoque une interruption de la grossesse. Sans doute le pôle inférieur de l'œuf ne descend pas jusqu'à la région cervicale, au moins pendant les premiers temps, et ce n'est que vers la sixième semaine qu'il prend son mouvement de descente graduelle pour venir s'appliquer à partir du quatrième mois à l'orifice interne du col ; mais il est bien difficile de ne pas comprendre les doigts qui tendent à rapprocher une portion quelconque de l'œuf. En somme, le signe d'Hegar donne des renseignements assez analogues aux signes certains de la grossesse, puisqu'il résulte des modifications spéciales à l'utérus fécondé et, quand on le rencontre, il est d'un grand secours pour le diagnostic ; mais, je le répète, il est loin d'être constant.

En résumé, ce qu'on peut retenir de cette discussion, c'est que l'examen clinique permet d'établir l'existence de la grossesse, de la sixième à la dixième semaine, non pas chez toutes les femmes, mais chez la plupart d'entre elles ; le diagnostic est particulièrement facile chez celles dont l'utérus est un peu en antéverson. Le fait fondamental, c'est la différence que détermine l'imprégnation dans la forme et la consistance des deux segments utérins. Le col garde sa forme cylindrique, plus ou moins allongée, tandis que le corps devient sphéroïdal et se trouve agrandi dans toutes ses dimensions, surtout dans le sens transversal, il représente assez bien une sphère placée au-dessus d'un cylindre. D'un autre côté, le ramollissement du col est lent, il procède de bas en haut en commençant par la partie la plus inférieure du moule de tanche ; pendant un certain temps la sensation qu'il donne au doigt semble normale, au moins dans la portion la plus rapprochée de l'isthme. Le corps utérin, au contraire, subit rapidement des modifications dans sa consistance, les parois sont plus molles, elles se laissent déprimer par le doigt et semblent à demi fluctuantes. C'est précisément dans cette discordance qu'on trouve les éléments du diagnostic, quelle que soit la méthode d'examen adoptée, qu'on pratique la manœuvre d'Hegar ou qu'on se borne au toucher et au palper combinés.

Pour qu'un enfant soit bien habillé il est essentiel que la poitrine soit couverte de flanelle douce, que les jambes soient protégées, mais non renfermées, et que le ventre soit supporté par une large bande de flanelle serrée légèrement. Cette bande empêchera les hernies de se produire.

(1) LANDAU. Zur Diagnose der Schwangerschaft in den ersten Monaten (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1893, n° 52).

REVUE D'HYGIÈNE

LES STATISTIQUES VITALES DE 1895. — Le compilateur des statistiques du Conseil Provincial d'Hygiène, M. le Dr L. J. H. Roy, vient de terminer son rapport pour l'année 1895. Ce rapport est des plus intéressants à parcourir. On y trouve une foule de renseignements sur la population des comtés et des villes, la proportion des mariages et des naissances, le taux de la mortalité, les causes les plus fréquentes de mort, l'âge le plus souvent atteint, etc... C'est une tenue des livres en règle, et l'on comprend le travail ardu et continu qu'elle exige quand l'on sait que la Province compte une population de 1,515,492 habitants répartis en 882 municipalités. Ce travail est d'autant plus difficile à mener à bonne fin que les certificats sont fournis uniquement par des ministres du culte et les médecins qui se font un devoir, ajoutons-le, dans la plupart des cas, d'aider le Conseil dans sa tâche utilitaire, mais qui parfois négligent d'envoyer ces renseignements utiles au Conseil. Cependant, le Dr Roy constatait, dans son rapport du mois d'avril dernier, que sur les 882 municipalités que contient la province, 58 n'envoient que des rapports incomplets, ou même n'en envoient pas du tout. Sur ces 58 municipalités, les comtés de Charlevoix, de Gaspé et d'Ottawa en comptent 36, et les 22 autres se partagent entre 11 comtés. Le fait est à regretter et, bien que ces comtés occupent une grande étendue, soient très peuplés et renferment des paroisses nouvellement établies, il n'est pas excusable. Toute la vie sociale repose sur les naissances, les mariages et les décès, et ces données doivent être transmises aux autorités sanitaires, d'autant plus qu'elles sont enregistrées, si l'on veut connaître chaque année l'état précis de la population, comme cela se fait dans tout pays civilisé. Refuser de faire connaître le mouvement vital d'une municipalité, c'est vouloir, au mépris de tous les devoirs humains, se tenir en dehors de la société par crainte du contrôle administratif. On ne saurait trouver une erreur plus complète que celle-là.

On verra par les chiffres qui suivent, établis sur les rapports exacts de 824 municipalités, que la mortalité de la province reste sensiblement la même, 31,696 décès donnant un taux de mortalité de 21,24 par 1,000 habitants proportionnellement à l'augmentation, elle diminue à Montréal et Québec, et qu'elle augmente au contraire à Trois-Rivières. Cette diminution de la mortalité dans les deux centres les plus peuplés de la province doit être attribuée en grande partie, croyons-nous, à l'application de plus en plus exacte des mesures hygiéniques. Le tableau suivant donne la mortalité comparée pour les trois dernières années.

	TOTAL DES DÉCÈS EN			TAUX DE LA MORTALITÉ PAR 1,000.		
	1893	1894	1895	1893	1894	1895
Province de Québec.....	31,704	32,250	31,696	20-28	22-74	21-24
Montréal.....	7,796	7,145	6,711	32-72	29-95	27-72
Québec.....	1,734	1,577	1,457	27-40	25-34	22-65
Trois-Rivières... ..	230	223	248	26-36	25-67	28-18

Cette mortalité de 25 à 30 par 1,000 se trouve compensée, il est vrai, par la natalité, qui est de 33-92 pour 1,000 à Montréal, de 38-73 pour 1,000 à

Québec et de 40-93 par 1,000 à Trois-Rivières. Il y a longtemps d'ailleurs, que nous avons la réputation d'être un peuple reproducteur. Dans ce concours pour la colonisation, le comté de Yamaska remporte certainement la palme, car il offre une natalité de 60-45 par 1,000, ce qui permet de dire que les $\frac{2}{3}$ de ses habitants sont de francs patriotes.

Le total des mariages, naissances et décès pour toute la province se résume ainsi :

Population	Mariages	Naissances	T. p. 1,000	Décès	T. p. 1,000
1,515,492	9,761	58,653	39-39	31,696	21-24

Maintenant, et c'est là où se montre le côté pratique des statistiques, quelles sont les causes les plus fréquentes de la mort dans la province de Québec ? Sur les 30,000 habitants que nous perdons chaque année, 10,000 meurent de maladies contagieuses, et 10,000 sont des enfants de 0 à 1 an. C'est effrayant rien que d'y penser.

Voici les tableaux.

MORTS PAR MALADIES CONTAGIEUSES (1895).

Maladies diarrhéiques.....	4,068
Tuberculose	2,791
Diphthérie.....	2,243
Scarlatine.....	687
Coqueluche.....	436
Fièvre typhoïde.....	410
Rougeole.....	159
Total.....	11,326

Ceci, nous donne déjà, sur la mortalité totale, un tiers pour les maladies contagieuses. Nous allons maintenant prouver que les enfants comptent pour plus de la moitié du nombre total des morts.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ INFANTILE.

Enfants de 0 à 1 an.....	10,017
Enfants de 1 à 5 ans.....	5,220
Morts-nés à termes.....	1,165
Naissances prématurées.....	757
Ayant vécu moins de 24 hrs.....	373
Total.....	17,532

Pour que les enfants meurent en nombre aussi considérable, il faut absolument qu'ils soient placés dans de bien mauvaises conditions hygiéniques. Sur les 10,000 enfants qui naissent et meurent dans la même année, on pourrait en réchapper un grand nombre, avec les soins voulus. Non seulement l'en néglige les bébés, mais l'on néglige les enfants plus vieux. Il n'est pas rare de voir des enfants de trois à sept ans mourir sans que le médecin les ait vus. Rien, pas même la pauvreté, ne peut faire excuser un manque de nature aussi profond. Il y a même des compagnies d'assurance qui spéculent sur la vie des enfants, et la mort du *petit dernier*, dans ces conditions, devient une source de revenu pour les parents, qui retirent soixante-quinze à quatre-vingt dollars. Nous nous pro-

nonçons hautement contre ce genre d'affaire vicieux, qui est immoral à tous les points de vue. C'est déjà bien suffisant que la vie des enfants soit à la merci de l'ignorance ou de la négligence des parents sans qu'on vienne encore tenter cette négligence par la cupidité.

Notre population est habituée à regarder la mortalité nombreuse des enfants comme une chose inévitable, une espèce de fatalité. C'est une grave erreur. Le père de famille qui s'en remet uniquement à la Providence pour sauvegarder la vie de ses enfants agit d'une manière aussi peu raisonnée que s'il mettait du fumier sur sa terre et demandait au ciel d'y faire pousser du blé. Le travail est une loi imposée par Dieu, et le devoir est une obligation pour tout le monde. Il faut semer du blé si l'on veut avoir du pain, il faut soigner ses enfants lorsqu'ils sont malades si l'on veut qu'ils vivent. Combien de gens sèment du blé parce que cela rapporte, mais ne soignent pas leurs enfants parce que cela coûte de l'argent.

L'alimentation raisonnée de la première enfance a une importance telle que tout le monde, et les mères de famille surtout, devraient avoir à cœur de la mettre en pratique. Notre population n'en augmenterait que plus rapidement, et nous verrions disparaître de notre registre les chiffres énormes qu'on y constate.

Un fait encore qui prouve combien la négligence est coupable en certaines circonstances, c'est le ravage qu'une maladie contagieuse peut exercer en quelques jours dans une famille. Il n'est pas rare dans l'espace de quinze jours ou trois semaines de voir mourir dans la même famille quatre, cinq, six et huit enfants. On a pu constater la chose l'hiver dernier pour la diphtérie et la scarlatine. Or, toute maladie contagieuse est rendue évitable par l'isolement et la désinfection. Comment se fait-il que ces mesures prophylactiques ne soient pas appliquées plus souvent? Prenons un exemple. Nous avons vu, au Conseil d'Hygiène, les certificats de mort de cinq garçons, âgés de six à quatorze ans, enlevés les uns après les autres dans la même famille par la diphtérie. Supposons que le père soit un ignorant. Comment se fait-il qu'il ne se soit trouvé personne dans sa paroisse pour lui enseigner comment protéger sa famille, isoler la maladie et faire en sorte qu'elle n'attaque que le premier atteint, ou les deux premiers? Au lieu de cela, tous les enfants y ont passé, et voilà un père sans famille.

Les notions d'hygiène ne sont pas assez connues dans les campagnes; on devrait les enseigner partout. Rappelons-nous qu'en 1895, pour 1,192 vieillards que nous avons perdus, il est mort 17,000 enfants de 0 à 5 ans et que les maladies contagieuses seules nous ont enlevé 10,000 personnes. Cela seul nous fera comprendre l'utilité de l'hygiène.

L'ASSAINISSEMENT DES PLACES D'EAU.—Chaque année, quand viennent les chaleurs, un grand nombre de familles quittent la poussière des villes et s'en vont passer les vacances à la campagne. Après un hiver long et froid dans une maison bien close, chacun est heureux de se donner du grand air, de l'espace et du repos. Fait dans de bonnes conditions, et toute question de plaisir mise à part, ce séjour à la campagne est un bienfait pour tous les membres de la famille. Le père, homme de bureaux ou d'affaire, laisse de côté le surmenage intellectuel et quelquefois aussi physique,—et jouit avec délices d'un repos réclamé depuis longtemps par son système nerveux. La mère, qui vient de vivre de longs mois dans l'air confiné de son intérieur, qui a bien souvent perdu des heures précieuses de sommeil à soigner sa famille, est bien contente, elle aussi, de se reposer, d'oxygéner son sang par une respiration plus active. Au point de vue des parents eux-mêmes, la grande question qui prime tout, lorsqu'il s'agit du déplacement à la campagne, c'est celle des enfants. Bien des ménages dont le revenu n'est pas énorme s'imposent des sacrifices afin, les vacances venues, d'amener bébé et ses petits frères et sœurs goûter de l'air pur, prendre des forces. Disons-le tout de suite, pour les personnes mûres et les jeunes enfants, le séjour

à la campagne est une question de santé. Nous laissons de côté la jeunesse, qui s'amuse partout où elle se trouve.

Or, il est évident que la santé ne se maintient bonne que dans un milieu hygiénique. Les progrès récents ont prouvé que les maladies les plus dangereuses, celles qui nous atteignent au moment où l'on y pense le moins, nous sont amenées par la contamination de l'air, de l'eau, du sol et des aliments. Ces progrès récents nous ont enseigné, de plus, à nous protéger par la prophylaxie, c'est-à-dire par l'hygiène. Il s'agit de corriger la nature par la science, et la chose est faisable.

Quand nous disons corriger la nature, nous devrions plutôt dire corriger l'homme. La nature, généralement n'a pas droit à nos reproches. Elle accomplit tout les jours sa tâche quotidienne : l'eau coule à la rivière, la végétation s'accroît, les nuages s'amoncellent ou se dissipent, la pluie tombe ou le soleil brille, et cela suivant les règles immuables établies par le Créateur. C'est à nous d'étudier le climat et les ressources de l'endroit où nous voulons passer la belle saison. Mais, ce qui arrive constamment, c'est que partout où il y a agglomération humaine, surgit la question de la contamination de l'eau et du sol. Que voulez vous, les hommes ne sont pas légers et diaphanes et s'il y avait des chasseurs de l'espèce humaine, ils pourraient parfaitement nous suivre à la piste. C'est ici que la science doit intervenir, et cela pour le plus grand des bienfaits, la conservation de la santé.

La distribution de l'eau de boisson, les égouts, le drainage sont des questions de premier ordre pour nos places d'eau, et malheureusement aussi celles que l'on néglige le plus dans ces endroits. Et pourtant il y va de leur intérêt le plus cher, la conservation de la clientèle. L'argent que les conseillers municipaux dépenseraient pour l'assainissement de la place leur reviendrait au centuple par l'augmentation du nombre des visiteurs. Les habitants de l'endroit n'en seraient que mieux à tous les points de vue.

Pourquoi placer l'aqueduc en bas du village, quand c'est un fait admis que pour avoir de l'eau pure, il faut la prendre en haut, à cause des égouts? Et ceux-ci, pourquoi les laisser se déverser sur la grève, à découvert, quand rien n'est plus malsain que la matière en décomposition? Ou pourquoi encore les amener dans la baie où précisément, à quatre heures de l'après-midi, tout le monde va prendre son bain? Pourquoi laisser, dans la cour du cottage loué au monsieur de la ville, le tas de fumier de l'hiver dernier, bien étalé à côté du puits où toute la famille boira? Pourquoi, le long des rues, ces fossés d'eau croupie, ces immondices laissées au passage par les animaux revenant du parc, ces mares remplies d'herbes en décomposition, où tous les canards du village vont faire la sieste et digérer? Pourquoi enfin ces fosses d'aisance le long des maisons, à côté de la cave aux légumes, à côté du puits? C'est à se demander si l'on ne conspire pas volontairement en campagne, pour faire mourir les gens de la ville et rendre malade tous les habitants de la place.

Il y a environ quinze jours, j'accompagnais un de mes amis, en convalescence d'une maladie grave des intestins, qui s'en allait prendre ses quartiers d'été dans un village très fréquenté des environs de Montréal. Après le dîner, nous étions à fumer un cigare sur la terrasse de l'hôtel, qui domine le fleuve, lorsque nos nez furent tout à coup envahis par un arôme qui ne venait pas de la Havane. Nous fîmes des recherches et constatâmes, à notre grande stupéfaction, que l'égout particulier de l'hôtel venait se déverser à travers le quai qui supportait la terrasse, sur la grève mise à découvert par l'eau basse. A quelques verges plus bas, des gamins barbottaient dans l'eau. Nous allâmes nous installer sur le quai de la compagnie du Richelieu, et nous pûmes constater avec une lunette, que toutes les maisons privées qui bordaient le rivage avaient adopté ce mode primitif et peu salubre de drainage. A la partie inférieure du village, c'est-à-dire en aval, la tour de l'aqueduc s'élevait majestueusement, placée là tout exprès pour aspirer dans son réservoir et renvoyer aux habitants, sous forme de bois-

son, ce qu'il n'avait pu digérer autrement. Mon ami absolument dégoûté, n'ouvrit même pas sa malle; nous revînmes par le premier bateau.

Combien d'autres exemples nous pourrions citer qui prouveraient que l'on ignore, dans les places d'eau, les moindres notions d'hygiène. L'on ferait bien d'y prendre garde. Notre population commence à se tenir au courant de ces questions d'une importance capitale, et à en tenir compte dans ses voyages et ses déplacements. Maint village fashionable aujourd'hui pourrait bien perdre sa clientèle pour n'avoir pas voulu suivre les progrès du jour. Car il ne faut pas s'illusionner; le Conseil d'hygiène est appelé souvent à donner son avis sur l'état sanitaire de telle ou telle place. C'est un médecin qui veut y envoyer un client, c'est un père soucieux de la santé des siens qui désire y conduire sa famille. Et l'on peut être bien assuré que le Conseil ne conseillera jamais le séjour dans un endroit malsain, il est trop soucieux de sa responsabilité pour cela.

M A R I A G E

M. le Dr J. Bte Archambault, médecin de St-Guillaume d'Upton, a, le 1er juin courant, contracté mariage avec Mlle Julia Dumas, dont la mère était la sœur de feu l'honorable A. N. Morin et de feu le Rév. F. X. Morin.

La bénédiction nuptiale a été donnée par le chanoine Decelles, dans la chapelle privée de Mgr l'évêque à l'évêché de St. Hyacinthe.

M. Alphonse Raymond, neveu de Mme juge Morin, servait de père à la mariée

Nos souhaits de bonheur à l'heureux couple.

Pour empêcher la peau du bébé de gercer, il est bon de 1° ne pas employer trop de savon, ou du savon trop fort; 2° rincer soigneusement la peau; 3° ne pas faire de frictions trop vigoureuses pendant ou après le bain; 4° employer librement la poudre de toilette et en mettre dans tous les replis cutanés, sous les bras, derrière les oreilles, autour du cou, dans l'aîne, etc. La chose est très importante lorsque les bébés sont très gras.

Un succédané de l'huile de ricin.—Stockmann et Dott viennent de préparer un savon à l'huile de ricin et à la magnésie (ricinolâte de magnésie) qui serait pris avec moins de dégoût que l'huile de ricin, qu'il peut remplacer complètement. On obtient le ricinolâte de magnésie sous forme d'une poudre sèche en saponifiant l'huile de ricin par la lessive de soude; on transforme le savon à l'huile de ricin ainsi obtenu en ricinolâte de magnésie en le faisant bouillir dans une solution de sulfate de magnésie.

La chambre du bébé doit être large et bien ventilée; il est nécessaire que le soleil y entre pendant une partie quelconque de la journée. Il faut mettre des abat-jour sombres aux fenêtres, mais pas de rideaux inutiles.

La meilleure température pour la chambre du bébé est 68° F. On ne doit pas la laisser monter plus haut que 70° F. Après trois mois, on peut la laisser descendre durant la nuit à 55° F.

REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du docteur ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

LA CHORÉE CONGÉNITALE.—La chorée congénitale est une affection assurément très rare, mais qui, en raison de son affinité avec d'autres affections du système nerveux, présente un très grand intérêt. M. le Dr de Saint-Florent vient d'en donner une étude très complète dans laquelle il discute toutes les observations connues auxquelles il a ajouté un nouveau fait qu'il a recueilli dans le service de M. Ballet.

On doit tout d'abord se poser la question de savoir si la chorée congénitale existe réellement. Pour beaucoup d'autres, la chorée congénitale serait une fausse chorée, ou plutôt il n'y aurait pas de chorée congénitale, mais de simples mouvements choréiformes qui s'observeraient avec une fréquence variable, indépendamment de la paralysie et de la contracture, dans les affections spasmo-paralytiques infantiles, telles que la maladie de Little, l'hémiplégie spasmodique infantile, etc. M. de Saint-Florent combat cette manière de voir, mais il montre que beaucoup des observations publiées comme étant des cas de chorée congénitale ne sont pas de véritables chorées et se rapportent à diverses affections du cerveau et de la moëlle. Aussi faut-il diviser ces observations en deux catégories: les chorées congénitales avec phénomènes de spasmes, de contracture ou de rigidité et les chorées congénitales sans aucun de ces phénomènes: ce sont ces dernières seules qui méritent le nom de chorée congénitale vraie. Le nombre des observations qui répondent à ce type est assez petit, mais voici comment se présente habituellement le tableau clinique.

Le choréique congénital, en venant au monde, s'il n'est un dégénéré manifeste, est du moins un organisme affaibli qui se présente avec des conditions de résistance défectueuse.

Le nouveau venu est malingre, chétif, sans forces, il se laisse aller, il est mou comme un chiffon (obs. pers.) Dès les premiers jours qui suivent sa naissance, ses parents remarquent avec étonnement, qu'il ne reste pas un instant en repos, il est sans cesse agité, il gesticule, sa face grimace. Ses bras sont toujours en mouvement. Pourtant il ne paraît éprouver aucune souffrance; il n'a pas de convulsions, pas de fièvre.

A mesure que l'enfant grandit, l'incoordination motrice persiste, mais l'intelligence est lente à se développer, la parole et la marche sont très tardives; c'est en somme un arriéré. Il se développe, mais continue plus tard les mêmes désordres moteurs et intellectuels.

Les mouvements très caractéristiques, première manifestation de la chorée congénitale, apparaissent après la naissance et débutent toujours par la face et les membres supérieurs. Toutes les observations signalent l'atteinte initiale et simultanée de ces deux régions.

Les caractères de ces mouvements ne paraissent pas différer beaucoup de ceux que l'on observe dans les autres formes de la chorée. Ils sont désordonnés, involontaires, illogiques, irréguliers, arithmiques.

Ces mouvements siègent à la face, aux membres supérieurs et inférieurs. D'ailleurs les excitations psychiques de toutes sortes, émotions, chagrins, etc., les exagèrent notablement.

La démarche est mal assurée, chancelante, "ébriouse", l'écriture désordonnée, irrégulière, la parole pénible, bredouillée, nasonnée. La sensibilité au contraire est parfaitement conservée sous toutes ses formes.

De l'examen des observations, il résulte que la chorée congénitale est une

affection à marche essentiellement chronique et qui semble durer autant que la vie, du moins à en juger d'après les renseignements recueillis jusqu'à ce jour.

Les troubles de motilité ouvrent la scène et se développent avec les troubles psychiques. On ne peut établir entre eux aucune relation.

L'affection reste généralement stationnaire. Elle est pourtant susceptible d'amélioration (obs. pers.) et ne semble jamais aboutir à la misère physiologique et à la déchéance intellectuelle, qu'il n'est pas rare de rencontrer, dans certaines formes d'affections spasmodiques ressemblant grossièrement à la chorée congénitale.—(In *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*)

LA PERLÈCHE, par le docteur Henri MALHERBE.—On désigne sous ce nom, une affecti n qui s'observe le plus habituellement à la commissure labiale des enfants.

On peut caractériser la perlèche en quelques mots :

Les lésions sont presque toujours bilatérales ; elles occupent les commissures de la bouche. En ce point l'épithélium est blanchâtre, macéré, soulevé, desquamant. Le derme sous-jacent est rouge et un peu enflammé. Parfois, au niveau de la commissure, il y a de petites fissures douloureuses, qui saignent facilement quand le malade ouvre largement la bouche.

La maladie peut s'étendre aux régions voisines. L'envahissement se fait bien plus du côté du tégument externe que de la muqueuse buccale.

Voici un bel exemple de perlèche que nous avons observé tout récemment.

J... M..., âgé de 13 ans, vient nous consulter le 21 décembre 1895, pour une lésion de la commissure labiale droite et du pourtour de l'orifice buccal.

En examinant le malade, on voit à la commissure labiale droite, un épiderme d'aspect blanchâtre, macéré et soulevé. Toutefois, on ne constate pas la moindre éraillure. Si l'on fait ouvrir la bouche de l'enfant, il est facile de constater que le mal empiète dans l'étendue d'un ou deux centimètres sur la muqueuse, offrant toujours le même aspect de macération épidermique. Au delà de cette limite, du côté de la face interne de la joue, de la face interne de la lèvre supérieure ou inférieure, on ne relève pas la moindre altération des tissus.

Il en est tout autrement sur le tégument externe. La bouche est véritablement cerclée par une auréole rougeâtre en certains endroits, simplement rosée en d'autres. En regardant de près on voit nettement que la surface de cette zone érythémateuse n'est pas lisse. A ce niveau, l'épiderme est soulevé sous forme de lamelles minces et étroites, dont quelques-unes semblent rester adhérentes par leurs extrémités. Entre ces lamelles, le derme apparaît mis à nu par places, quelque fois saignant. L'étendue de ces fissures mesure de 1 à 2 centimètres. On peut assez justement les comparer, vu leur disposition radiale, à des scarifications linéaires parallèles, faites avec une lame fort étroite.

La limite de la région érythémateuse qui supporte ces excoriations linéaires n'est pas nette ; elle se confond insensiblement à la périphérie avec la peau saine. Si l'on tend les tissus entre les doigts, on voit que les fissures sont dirigées en majorité, dans le sens des plis naturels de la peau. La répartition de la lésion n'est pas régulière. Partant de la commissure labiale droite, elle a envahi la lèvre supérieure dans tout son tiers externe, venant très exactement effleurer la limite de la peau et de la muqueuse qui, elle, reste saine. De là, décrivant un cercle, elle descend en contournant la commissure vers la lèvre inférieure, mais s'éloignant de celle-ci d'un bon travers de doigt, elle gagne la peau du menton jusque vers la ligne médiane.

Du côté opposé, la lésion, identique à celle que nous venons de décrire, occupe, sur tout son trajet qui est ovalaire, une zone plus éloignée de la commissure dont elle se tient à un bon travers de doigt. Ajoutons aussi que dans ce point, l'étendue des fissures est moindre et ne dépasse pas un centimètre. Quant à la commissure elle-même, elle est parfaitement saine, aussi bien extérieurement que du côté de la muqueuse buccale.

L'enfant éprouve une sensation très pénible de tension de la peau. Il ouvre

difficilement la bouche. De plus, sentant une cuisson assez vive, il se lèche sans cesse !

L'examen bactériologique de la salive, fait par notre très distingué confrère et ami, le professeur Urbain Monnier, a donné le résultat suivant :

I. L'examen extemporané, en employant les colorations au violet de gentiane et la méthode de Gram, révèle de rares formes bacillaires, mais de nombreux cocci.

II. *Méthode des plaques*.—Plaques une et deux ; il y a six à sept colonies d'aspect blanchâtre ne liquéfiant pas la gélatine. Transportées sur agar, elles ont permis de reconnaître un gros bacille trapu, prenant le Gram.

En outre, sur la plaque 2, il existait trois colonies de staphylocoques blancs. La plaque 3 est restée stérile.

III. *Inoculation*.—Une souris est inoculée le 15 mars avec un c. c. de salive sous la peau du thorax. L'animal meurt le 19 au matin.

Les divers milieux (gélatine, agar, bouillon),ensemencés avec le sang du cœur de cette souris, ont permis d'isoler le staphylocoque blanc à l'état de pureté.

Virulence.—Une souris est inoculée avec deux c. c. de bouillon ensemencé avec ce staphylocoque blanc. (Bouillon datant de deux jours et demi.) Elle meurt après trois jours.

La virulence de ce germe paraît évidemment atténuée.

Le point le plus intéressant de l'histoire de la perlèche est la question de son origine. Deux auteurs seulement s'en sont occupés et sont arrivés à des conclusions un peu différentes.

Le docteur Justin Lemaistre est le premier qui ait décrit la maladie en 1886. Plus récemment, le docteur Raymond, de Paris, l'a observée et étudiée dans quelques milieux scolaires de la ville en 1893. Pour M. Lemaistre, perlèche serait une maladie spéciale causée par un microbe particulier, le *streptocoque plicatilis*. Ce microbe a été isolé et cultivé par l'observateur précité en prenant des parcelles épidermiques, au niveau des érosions des commissures labiales. Ce germe a pu être coloré dans les cellules épidermiques elles-mêmes. Enfin, examinant l'eau de boisson et les récipients qui la contiennent, M. Lemaistre y a retrouvé ce même microbe. Or, à Limoges on a l'habitude, dans certains quartiers où cette affection prédomine, de puiser l'eau dans des seaux en bois et de boire dans une tasse commune, le tout entretenu dans un état douteux de propreté. Ce serait là pour M. Lemaistre la cause de contagion si fréquente dans cette cité.

M. Raymond n'a point, dans ses recherches bactériologiques, retrouvé le germe isolé par Lemaistre. Le plus souvent il s'est trouvé en présence du staphylocoque *cereus albus*. Il prenait toujours pour ses cultures les produits sous épidermiques en soulevant l'épiderme macéré le plus loin possible de la fissure. Ce procédé permettrait d'éviter les divers micro-organismes qui devaient nécessairement pulluler dans ces fissures exposées à l'air libre et souillées par les liquides buccaux et la malpropreté infantine.

Devant ces résultats différents le docteur Raymond croit que la perlèche n'est pas due à un seul microbe. Il faudrait selon lui, la rapprocher des stomatites de l'enfance. « La perlèche, dit-il, n'a rien de spécifique, semblable en cela à l'impétigo qui peut être produit par plusieurs microbes pyogènes.

Bien que de l'observation d'un seul fait on ne puisse guère tirer de conclusion ferme, le cas que nous venons de rapporter semble pourtant donner raison à M. Raymond. Nous avons, en effet, trouvé un germe tout différent du *streptocoque plicatilis* et du *staphylococcus cereus albus* dans la salive de notre malade ; il s'agissait du *staphylocoque blanc*.

Ponc, trois observations, trois germes différents ; en présence de ces faits, nous sommes portés à conclure comme le docteur Raymond, que la perlèche n'est pas une maladie spécifique, mais une maladie microbienne à germe variable.

Beaucoup d'enfants ont la mauvaise habitude de se lécher les lèvres, de les invaginer pour ainsi dire dans la bouche en faisant des grimaces ; chez la plupart

d'entre eux cette manœuvre n'entraîne qu'un peu de rougeur et de macération épidermique qui disparaissent en quelques heures. Au contraire, chez certains sujets prédisposés, soit par la susceptibilité de leur peau, soit par les propriétés irritantes que l'on peut provisoirement attribuer à la présence de germes variés dans ce liquide, on voit se développer la lésion irritative particulière qui constitue la perlèche.

Les conditions dans lesquelles s'est développée la maladie chez J. M... ne peuvent que fortifier cette opinion. On ne peut incriminer la malpropre habitude qu'avait cet écolier de boire en classe dans une gamelle commune mal nettoyée. En effet, dans ce cas, d'autres sujets auraient été certainement atteints comme lui de perlèche. Or, le fait ne s'est pas présenté.

La pathogénie de la perlèche n'est donc pas encore définitivement élucidée ; il faut pour cela de nouveaux faits et de nouvelles recherches. Mais ce qui paraît bien établi, c'est que la perlèche est une affection micobienne, contagieuse et quelquefois épidémique. Elle se présente avec un appareil symptomatique assez typique pour permettre de la diagnostiquer.

Il importe dans certains cas de faire ce diagnostic. Si la confusion que l'on peut faire entre la perlèche et l'impétigo, l'herpès labialis, l'eczéma séborrhéique n'entraîne pas de graves conséquences, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la différencier des plaques muqueuses de la syphilis.

L'impétigo, en effet, se reconnaît aisément à sa pustule parfois assez grosse, à ses croûtes mélitagreuses, à des lésions concomitantes siégeant au pourtour des oreilles, du nez, sur le front ou sur les joues. L'herpès sera suffisamment caractérisé par ses vésicules groupées, ses exulcérations à contour polycyclique, ses croûtes faites de sérosité et de sang desséchés. L'eczéma orbiculaire des lèvres nous paraît assez facile à confondre avec la perlèche. Il existe souvent chez les enfants, se localise à la commissure, se fissure et se fendille ; toutefois on ne retrouve pas ici cet épiderme blanchâtre et macéré caractéristique de la perlèche.

Mais, où le diagnostic devient épineux, c'est entre la syphilis et la perlèche. Avec des plaques muqueuses en effet, même aspect blanchâtre et macéré de l'épiderme, même soulèvement. Si la commissure est envahie du haut en bas, la plaque muqueuse prenant la disposition dite en feuillet de livre, si elle fissure au milieu transversalement, l'identité est presque complète entre les deux lésions. Il faut alors rechercher les autres stigmates de la vérole, rechercher l'accident primitif, les ganglions, surtout à la région cervicale postérieure, explorer les téguments pour y découvrir quelque éruption, les orifices anal et vulvaire chez les filles, enfin la muqueuse buccale et la gorge où l'on pourra voir d'autres plaques muqueuses. On comprend donc quel intérêt médico-légal présente cette question du diagnostic différentiel de la perlèche et de la syphilis, et combien quelquefois il peut être difficile.

Le pronostic est bénin. Sauf de rares exceptions où la maladie récidive pendant de longs mois, elle cède rapidement au traitement.

Ce traitement est simple : il consiste à observer des soins de propreté minutieux et à employer des agents antiseptiques variant d'énergie suivant les cas, soit sous forme de lotions fréquemment répétées, soit sous forme de pommades.

(In *Gaz. Méd. de Nantes*).

NOTA.—J'ai remarqué que souvent nos garçons de ferme sont affectés de cette maladie, le printemps pendant les semailles. Ils donnent généralement pour cause le fait de boire dans les petits ruisseaux où l'eau est plus ou moins croupie ; mais je crois qu'on peut facilement y ajouter le fait de s'essuyer les lèvres avec des mains chargées de toute espèce de poussières et par conséquent loin d'être aseptiques.

I. CORMIER.

FORMULAIRE

Epilepsie.

R Bromure de potassium.....	} 3 drachmes
“ de sodium.....	
“ d'ammonium.....	
Eau distillée.....	10 onces

Sig.—Première semaine, 4 cuillerées à soupe; 2e semaine, 5 cuillerées; 3e semaine, 6 cuillerées; 4e semaine, 4 cuillerées, et reprendre de la même façon tous les mois.

RAYMOND.

Mal de Mer.

Traitement préventif.—Une heure avant la mise en marche du navire, prendre une granule tous les quarts d'heure, ou deux granules si le temps est mauvais, d'arséniate ou de sulfate de strychnine ($\frac{1}{32}$ grain).

Traitement curatif.—Au moindre malaise, vertige, nausée, vomissement, donner tous les quarts d'heure les granules suivantes, associées :

Arséniate de strychnine ($\frac{1}{32}$ grain),	1 granule.
Extrait d'hyosciamine ($\frac{1}{16}$ grain),	2 granules.
Bromhydrate de morphine ($\frac{1}{64}$ grain).	1 granule.

Quand la mer est démontée, on peut donner 20 doses successives sans aucun danger.

Traitement fixatif.—Administer trois fois par jour le traitement curatif, pendant 3 à 4 jours. Donner de plus le soir trois granules de podophylline ($\frac{1}{8}$ grain).

Traitement hygiénique.—Tenir le corps libre, garder la position horizontale le plus possible, rester à l'air sur le pont, manger des salaisons, éviter les pâtisseries, les bonbons acidulés, les liquides en général.

LE GRIFF,

Congrès de Carthage.

Vomissements opiniâtres.

1° Teinture d'iode	12 gouttes
Eau distillée.....	4 $\frac{1}{2}$ onces

A prendre dans l'intervalle des repas, par cuillerée à soupe, dans un demi-verre d'eau sucrée.

2° Chloroforme.....	5 drachmes
Teinture d'iode.....	2 scrupules

Cinq gouttes dans un verre d'eau, matin et soir.

3° Chlorhydrate de cocaïne.....	3 grains
Antipyrine.....	15 grains
Eau distillée.....	4 onces

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

4° Alcool rectifié.....	3 drachmes
Menthol.....	$\frac{3}{4}$ grain
Teinture de noix vomique.....	$\frac{1}{2}$ drachme

Dix gouttes dans une cuillerée d'eau chloroformée toute les demi-heures.

STEFFEN.

Neurasthénie.

R	Assafoetidae.....	1 drachme
	Acide arseniosi.....	$\frac{1}{2}$ grain
	Strychnia sulph.....	$\frac{1}{2}$ grain
	Ext. sumbul.....	30 grains
	Ferri subcarb.....	40 grains
	Quinia valerian.....	20 grains

Faire 24 capsules.

Sig.—Une capsule après chaque repas (tonique nerveux et sédatif).

R	Quinine bisulph.....	20 grains
	Ferri subcarb.....	1 drachme
	Strychnia sulph.....	$\frac{1}{2}$ grain
	Ext. Damiana.....	20 grains
	Ext. cinchon. sol.....	40 minimes

Faire 20 capsules.

Sig.—Une capsule après chaque repas (tonique du sang).

BEDFORD BROWN.

Prolapsus utérin.

Traitement de la muqueuse vaginale relâchée.

1°	Permanganate de potasse.....	$\frac{1}{4}$ grains
	Eau.....	1 once

Appliquer sur la muqueuse avec un pinceau après avoir lavé le vagin avec une solution boriquée 40 pour 1000. Ne pas toucher le méat urinaire. Placer ensuite un tampon d'ouate sèche.

2° On applique avec le spéculum un tampon assez volumineux d'ouate hydrophile, imbibé de :

	Acide salicylique.....	4 grains
	Naphtol.....	8 grains
	Chloral.....	45 grains
	Alcool.....	5 drachmes
	Eau.....	6 $\frac{1}{2}$ onces

3° Lorsque l'acide salicylique exerce une action trop irritante, ce qui est fréquemment le cas :

	Teinture d'iode.....	2 $\frac{1}{2}$ drachmes
	Tannin.....	$\frac{1}{2}$ once
	Glycerine.....	2 onces

Le tampon sera bien imbibé, introduit à l'aide du spéculum et laissé en place pendant 24 heures ; il sera renouvelé chaque jour.

4° Les poudres astringentes sont aussi très efficaces. On peut les insuffler avec une poire ou les placer sur un tampon de ouate.

	Tannin.....	} à à 45 grains
	Iodoforme.....	
	Sycopode.....	1 once

5° Quand les malades ne peuvent supporter l'odeur de l'iodoforme :

	Tannin.....	} à à 45 grains
	Oxide de zinc.....	
	Salol.....	
	Sycopode.....	1 once

Il est bon, tout en faisant ces applications, d'employer le pessaire de Du montpalier, ou, ce qui est encore mieux, celui de Hodge.

LUTAUD.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant. - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef: - *Dr E. P. BENOÎT*

MONTREAL, AOÛT 1896

BULLETIN MÉDICAL

Le bacille de Koch et les rayons Roentgen.

Nous avons aujourd'hui à enregistrer une très curieuse expérience de MM. Lortet et Genoud, rapportée à l'Académie des Sciences, séance du 22 juin, par M. A. Chauveau. Il s'agit de trois cobayes, inoculés avec du tissu tuberculeux, puis soumis tous les jours pendant sept semaines, aux rayons x émanant d'un tube de Crookes. La pénétration de la lumière à travers les tissus a semblé prévenir le développement de la maladie. Voici les détails de l'expérience.

La rate d'un cobaye tuberculeux est triturée dans du bouillon que l'on injecte le 23 avril 1896 dans le pli inguinal droit de huit cobayes. Deux jours après, on choisit au hasard trois de ces cobayes, on les attache sur une planchette, les jambes écartées, couchées sur le dos, et l'on dirige pendant une heure sur la région inguinale injectée la lumière du tube radiant. La même opération est recommencée tous les jours, du 25 avril au 18 juin. On laisse les cinq autres cobayes dans leur cage pour servir de témoins.

Le 9 juin, les 5 cobayes témoins présentent au membre inoculé des abcès ganglionnaires qui se sont ouverts spontanément et qui laissent écouler une suppuration blancâtre. Les ganglions inguinaux du côté malade sont mous, empâtés au milieu des tissus circonvoisins. Les trois animaux traités n'ont point d'abcès et leurs ganglions inguinaux sont durs, régulièrement circonscrits.

Le 18 juin, les cinq témoins suppurent abondamment au pli de l'aîne ou à la cuisse. Ils ont fortement maigri. Les trois cobayes en traitement sont au contraire en très bon état. Ils ont augmenté de poids; leurs ganglions inguinaux, de petit volume, se ratatinent de jour en jour, sont parfaitement limités et ne présentent aucune tendance à la suppuration.

Les auteurs avouent que l'expérience n'est pas suffisante pour faire juger la question définitivement, mais ils se croient en droit de conclure, dans les cas pré-

sents, que la radiation Roentgen a modifié le développement aigu de la tuberculose chez les trois cobayes traités.

MM. Lortet et Genoud se demandent si l'on ne pourrait pas tenter la même épreuve chez les jeunes enfants qui ont une tuberculose limitée de la plèvre ou des ganglions du mésentère, les rayons x pouvant pénétrer facilement ces régions.

La Pathogénie de l'Appendicite.

MM. Roger et Josni viennent de publier, dans la *Revue de Médecine*, le résultat des recherches expérimentales qu'ils ont faites pour trouver la cause de l'inflammation de l'appendice. Le mémoire est intéressant à parcourir, car il confirme les idées de Talamon et de Dieulafoy : l'appendice ne s'enflamme et ne suppure que lorsqu'il est transformé en vase clos, lorsque les matières secrétées sont retenues dans sa cavité.

Les expérimentateurs ont choisi comme sujet le lapin, dont l'appendice est très développé et fait suite directement au cæcum. Après avoir constaté que l'appendice de ces animaux ressemble beaucoup à celui de l'homme, au point de vue histologique et physiologique, ils ont cherché à provoquer l'inflammation de cette partie de l'intestin par quatre procédés spéciaux : 1° ligature de l'appendice et injection simultanée, dans sa cavité, d'une culture virulente de *bacillus coli* ; 2° ligature simple de l'appendice ; 3° retrécissement de l'appendice au moyen d'une ligature incomplète ; 4° introduction d'un corps étranger.

Disons de suite que l'introduction d'un corps étranger, une boulette de cire volumineuse, n'a pas amené la moindre inflammation. L'appendice des lapins tués quinze jours après était resté parfaitement indemne, et le corps étranger en avait été chassé par les contractions de l'intestin.

Le simple retrécissement du conduit n'a déterminé aucune lésion notable.

Au contraire, la ligature complète de l'appendice et la transformation de son extrémité en cavité close ont produit constamment la suppuration. Il se produit, disent les auteurs, dans les premiers jours qui suivent la ligature de l'appendice, des foyers de nécrose en masse de la paroi, avec hémorragies interstitielles, des ulcérations plus ou moins profondes peuvent survenir de cette façon. En même temps le tissu conjonctif irrité prolifère avec tendance à la sclérose. A une période tardive on ne trouve plus qu'un tissu fibrillaire infiltré de noyaux réunis par place sous forme de nodules. La diffusion des lésions constatées les premiers jours, alors que les microbes sont surtout localisés dans les parties superficielles et dans les foyers peu étendus, permet de supposer que ce n'est pas à la présence de ces micro-organismes que sont surtout dues les lésions ; peut-être même leur pénétration dans les parties nécrosées n'a-t-elle été secondaire et ne s'est-elle effectuée qu'une fois la lésion constituée.

Pour MM. Roger et Josni, la transformation de l'appendice en cavité close amène la stase des sécrétions de la paroi, et c'est la condition essentielle au développement des germes qui s'y trouvent enfermés, germes pyogènes que l'on rencontre dans presque toute la longueur du tube intestinal. Ces germes ne deviennent pas par le fait même plus virulents ; mais leurs toxines accumulées

dans le vase clos altèrent les parois, les décomposent, et constituent bientôt un phlegmon circonscrit qui adhère aux tissus voisins et qui peut amener la mort en s'ouvrant dans le péritoine.

Les auteurs admettent aussi que les parois de l'appendice peuvent devenir malades sans que celui-ci soit rétréci ou fermé. La formation des calculs n'a pas d'autre cause que l'altération des parois.

Les injections de culture virulente de *bacillus coli* ont donné le même résultat. Les toxines accumulées ont amené la suppuration.

“ Nous arrivons donc en résumé, concluent les auteurs, à considérer l'appendicite comme relevant des causes générales de la suppuration : c'est une lésion toxi-infectieuse.”

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derome, interne en chef.

Dans le Courrier du mois dernier, je signalais à votre attention quelques cas d'intérêt majeur, que j'aurais aimé accompagner de photogravures pour rendre les choses plus frappantes.

Dans le présent courrier vous avez ces photogravures qui ne demandent, je crois, aucune explication, en dehors de ce qui a déjà été dit.

Nous devons à l'obligeance de MM. Laprés et Lavergne, la photographie des fragments d'os enlevés dans le cas de Louis X, ainsi que le portrait de ce dernier.

Jeudi soir à 10 heures, le 23 juillet succombait trois mois après son entrée à l'hôpital, Jean P. âgé de 64 ans.

Pris d'une grande faiblesse, ne pouvant rien manger, et souffrant d'une douleur considérable au creux épigastrique, tel était l'état du patient lors de son entrée à l'hôpital, le 23 avril dernier.

De maigre qu'il était, il ne tarda pas à devenir décharné ; ses selles devenaient de plus en plus blanches chaque jour. Enfin huit jours avant sa mort, les conjonctives, la face et successivement tout son corps prend une teinte ictérique. Le malade depuis son entrée a eu des intervalles de diarrhée et de vomissements sans toutefois avoir des selles ou des vomissements sanguinolents. Les vomissements devinrent plus fréquents surtout dans les derniers temps—avec le progrès de la maladie des troubles du côté des voies urinaires se manifestèrent :

une douleur poignante du côté de la vessie et pourtant pas de cystite, pas d'hypertrophie de la prostate.

Dans la région épigastrique, le palper donnait la sensation d'une masse dure, qui fournissait à l'auscultation un bruit de souffle assez marqué, pouvant donner le change pour un anévrisme de l'aorte abdominale. Cancer du pancréas et de l'estomac, tel est le diagnostic probable, confirmé par l'autopsie.

Le pancréas en entier, la partie postérieure de l'estomac du côté de la petite



FIG 1—Fracture du crâne avec compression opérée par le Dr A. L. Brosseau, à l'Hôpital Notre-Dame, le 8 juin dernier. La photographie a été prise six semaines après l'opération.

courbure, depuis l'orifice cardiaque jusqu'à l'orifice pylorique étaient malades, ainsi que le duodénum et le conduit colédoque, d'où obstruction à la sécrétion biliaire et distention considérable de la vésicule qui contenait six onces de bile. Le tout était adhérent à la colonne vertébrale un peu augmentée de volume à cet endroit. La sclérose de tous les organes était bien marquée.

La méthode de Brand a donné un joli résultat dans le traitement d'un cas de pneumonie.

Sans vouloir préconiser les choses nouvelles, je dois mentionner que les injections de sérum artificiel ont semblé bien agir dans un cas de septicémie aiguë, survenue chez un homme de 54 ans, qui nous arrivait quatre jours après l'accident, la main complètement arrachée et le bras pansé comme on panse les plaies dans les chantiers, où les règles de l'aseptie même la plus élémentaire sont

tout-à-fait méconnues. Les antipyrétiques, le brandy, rien ne semble pouvoir combattre l'élévation exagérée de la température et la fonte du blessé, car il déperissait à vue d'œil, quand les injections de sérum artificiel, du jour au lendemain pour ainsi dire, changent la courbure de la température et de 105° Fah. la font tomber à 102°, à 100° et finalement à 98° $\frac{1}{2}$. Aujourd'hui le patient est dans les meilleures conditions possibles. Dans le domaine de la chirurgie 102 opérations ont été pratiquées.

Sans m'attarder dans les détails, je mentionnerai entre autre, deux amputations de bras, l'une pour ce traumatisme où la septicémie a fait des siennes et

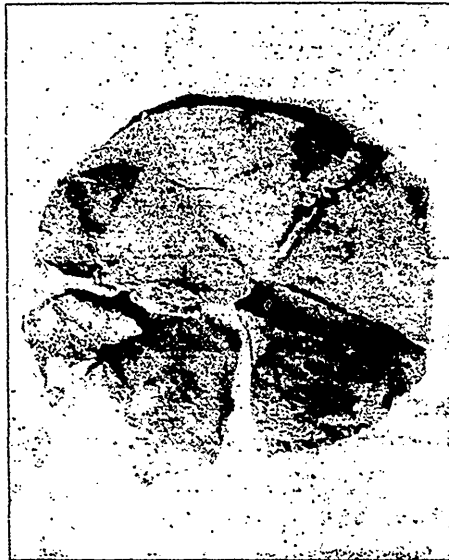


FIG. II.—Fragments du frontal et du temporal enlevés dans le cas précédent (v. livraison de juillet, p. 444.)

Entre chez une femme de 21 ans pour un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du radius, une ténotomie dans la région cervicale, un cas d'épulis, deux cures radicales d'hydrocèle, une excision d'un ostéo sarcome de l'omoplate.

En fait de fractures et luxations nous avons eu un peu moins d'ouvrage que les mois précédents.

Une fracture du pouce, une fracture exposée de l'index

Une fracture du 1er métacarpien.

Une fracture de l'avant-bras, radius et cubitus.

Une fracture exposée de l'avant-bras.

Deux fractures de l'olécrâne dont une exposée.

Trois fractures du radius.

Quatre fractures de l'humérus, dont une exposée, une du col, une autre au tiers moyen, et la 4^{me} à l'extrémité inférieure.

Trois fractures de la clavicule.

Quatre fractures de la jambe, dont deux intéressaient le tibia et le péroné à la fois.

Une fracture du fémur,

Deux luxations de l'épaule et une luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Le département de la gynécologie nous a donné moins de besogne, nous

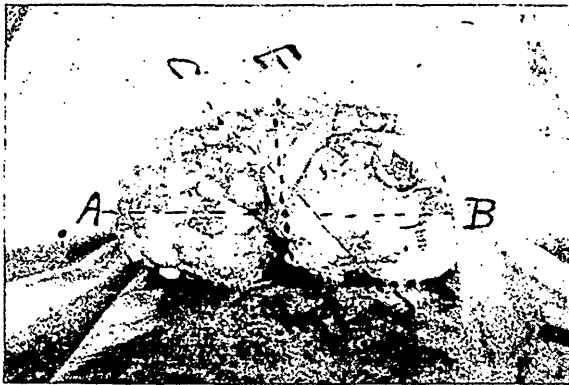


FIG. III.—Tumeur papillomateuse de l'ovaire enlevée avec succès par le Dr Brennan, le 6 juin dernier (v. livraison de juillet, p. 443.)

avons eu tout de même, une hystérectomie vaginale pour cancer, une ovariectomie pour un kyste énorme de l'ovaire gauche chez une primipare. La patiente accouchait d'un enfant à terme il y a 3 mois et trouva fort étrange de se voir rester aussi grosse qu'avant. La tumeur passa inaperçue tout le temps de la gestation. Malgré l'état affaibli de la patiente, opérée il y a 3 jours, tout va très bien et laisse pronostiquer favorablement. Enfin pour terminer je mentionnerai une hystéropexie, plusieurs curettages et colporaphies.

Pour ce mois, je laisse de côté le département des yeux, des oreilles et de la gorge.

Les mamans se demandent souvent quand elles peuvent sortir bébé. En été, bébé peut sortir lorsqu'il est vieux d'une semaine; le printemps et l'automne lorsqu'il est âgé d'un mois. Il faut attendre à trois mois en hiver, choisir de belles journées, et se tenir au soleil. Bébé ne doit jamais sortir quand il vente fort, quand il fait très froid, quand la terre est couverte de neige fondue.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉUNION DES GOUVERNEURS

Nous conseillons beaucoup à nos lecteurs qui ont du temps libre d'assister, à la prochaine occasion, à une assemblée du Bureau des Gouverneurs, et de voir la manière dont ces Messieurs discutent les intérêts de la profession. La méthode qu'ils mettent dans leurs délibérations, l'ensemble touchant avec lequel ils ajournent les questions importantes, l'habileté avec laquelle on les conduit, on répond à leurs questions sans donner le renseignement demandé, les discours véhéments de certains membres, où l'on sent malgré eux les dépits anciens se faire jour, tout cela offre un intérêt d'étude qui n'est pas banal. Nous allons essayer de vous en donner une idée. Lisez attentivement, c'est le compte-rendu de l'assemblée du 2 juillet dernier.

Le Président prend le fauteuil à 10.30 heures. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière assemblée.

Rapport du "comité des créances" qui accorde la licence à Mme Dr Cunet et M. le Dr Stewart, tous deux diplômés de Londres.

Le Dr Romuald Fiset propose que le Dr Léonidas Larue, de Québec, soit nommé trésorier. Quelques membres suggèrent que la nomination ne soit faite qu'après lecture du rapport financier. On insiste pour que le vote soit pris immédiatement. M. le registraire approuve. Résultat : 17 pour, 15 contre. M. le Dr Larue est nommé trésorier "sans connaître l'état financier du Bureau."

Le Président annonce à MM. les Drs Roddick, Lemieux, Campbell, Rottot, Ruttar, Gauthier, Rinfret, Vallée, Laurent et Paré qu'ils ont été choisis pour faire passer les examens aux onze candidats qui attendent dans la chambre à côté. Il propose que les examens aient lieu maintenant. Le Dr Fafard s'oppose à la motion du président ; on ne peut pas faire sortir dix membres du Bureau alors que l'on va discuter des sujets importants. "Le Président promet qu'aucune motion importante ne sera présentée" durant l'absence de ces messieurs. Les examinateurs se retirent ; les quelques membres qui restent causent d'abord entre eux, puis finissent par en faire autant. Le Président reste seul à la tribune. Il est 11.15 heures.

Toutes les cinq ou six minutes, les candidats reçus viennent faire signer leur licence, qu'on leur a donnée immédiatement. Vers midi, une partie des membres sont revenus dans la salle, et l'on décide de remettre la séance à 2 heures.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI.

A deux heures, le Président donne lecture des amendements qu'il a faits aux règles et règlements du Bureau. Cette lecture est très longue, et pendant

qu'elle a lieu, les examinateurs nommés le matin sortent pour continuer les examens. Il est 2.20 hrs. Le président continue sa lecture. Quand elle est terminée, quelques membres font observer qu'il est fort difficile d'apprécier des amendements aussi longs sans les avoir étudiés. Le Président affirme que ce n'est qu'une compilation du texte de la loi et des règlements actuels, et " qu'au fond il n'y a rien de changé." Mais le Dr Fiset propose, appuyé par le Dr Rinfret, que les amendements soient imprimés et distribués à tous les membres pour être discutés à la prochaine assemblée. Adopté.

Un membre fait observer qu'il serait bon de mettre dans les amendements une clause pour rendre le paiement des contributions obligatoire.

MM. les Drs Belleau et Marsil proposent que les Drs Godreau et Lamarche, internes à l'Hôpital Notre-Dame, soient assermentés à Montréal. Accordé.

Le Dr Fafard, appuyé par le Dr Marsil, demande, vu la mort du Dr Dagenais, le compte-rendu détaillé des affaires du Bureau. Le Président répond que les auditeurs n'étant pas ici, " il est impossible de le donner avant le mois de septembre prochain." Le Dr Fafard demande donc que les auditeurs soient chargés de faire pour cette époque une audition spéciale des livres. Accordé.

Le Dr Camirand propose, secondé par le Dr Fafard, que pour décentraliser le vote, les élections se fassent par district. " Le registraire fait observer que, pour être légale, la motion doit être donnée comme avis de motion." Renvoyée au mois de septembre.

Le Dr Gauthier, secondé par le Dr Rottot, propose que le " comité des créances " se réunisse huit jours avant le Bureau, afin d'avoir le temps de préparer son rapport. Le Dr Roddick croit que si le comité se réunissait la veille, ce serait suffisant. " Le registraire fait observer que, pour être légale, la motion doit être donnée comme avis de motion." Après une courte discussion, la motion est renvoyée au mois de septembre.

Le Dr Marsil est d'avis que le Bureau devrait laisser tous les examens entre les mains des professeurs.

Le Dr Fafard propose, secondé par le Dr Marsil, que chaque année, cinq jours après l'échéance de la contribution annuelle, la liste de tous les médecins qui ont payé leur contribution soit envoyée à tous les membres du Collège. " Le registraire fait remarquer que pour être légale, la motion doit être donnée comme avis de motion." Renvoyée au mois de septembre.

Le Dr Gauthier propose que le Bureau établisse une législation pour empêcher les Sociétés de Bienfaisance de contrôler la pratique des médecins. Adopté.

Voici maintenant la partie qui a paru intéresser d'une manière particulière MM. les gouverneurs. Il s'agit des procurations. Les Drs Rottot et Fafard remettent leur motion sur le tapis, à l'effet que les procurations ne seront valables qu'en autant que le signataire de la procuration désigne les noms des médecins pour qui il désire voter. Le Dr Fafard fait remarquer que cette manière de voter régulariserait le vote, et que 300 médecins se sont prononcés en sa faveur. " Le registraire est d'avis que la motion doit être considérée comme un avis de motion ; " les médecins sont toujours libres de mettre les noms qu'ils veulent sur leur procuration ; personne ne les empêche de le faire.

Le Dr Rinfret partage cet avis : les 300 médecins en question mettront les noms qu'il leur plaira.

Le Dr Rottot croit que ce serait une erreur d'ajourner de nouveau la motion, parce qu'elle mérite la considération des gouverneurs. La loi en effet laisse les médecins libres de mettre ou de ne pas mettre des noms sur leur procuration, mais c'est là précisément qu'est le mal. La votation actuelle se fait en aveugle, et ce n'est plus un vote secret.

Le registraire fait remarquer que MM. Rottot et Fafard n'ont jamais eu, jusqu'à aujourd'hui, l'idée de changer le mode de votation, et qu'eux-mêmes ont déjà donné des procurations.

Le Dr Fafard répond que ce n'est pas une raison, parce qu'une chose a été faite par le passé, qu'elle soit toujours bonne. A l'heure actuelle, les médecins demandent que la votation soit libre et secrète, afin d'en empêcher tout contrôle par les intéressés.

Un membre. Le mode de votation actuel est excellent, et pour sa part s'en est toujours bien trouvé. "Ceux qui contrôlent la votation" ont toujours travaillé dans l'intérêt du Bureau.

Un second membre. Il représente le district de St-François, qui est très satisfait du mode actuel.

Un troisième membre dit la même chose du district de Joliette. "Quand ce district a prié le Bureau d'accepter la nomination" d'un tel ou un tel, le Bureau s'est toujours fait un plaisir "d'accéder" à leur demande.

Le Dr Laurent répète la même chose pour le district de Montréal. D'ailleurs, autrefois, le registraire a lui-même demandé ces changements dans la *Gazette de Montréal*, et il n'a pu les obtenir. "Aujourd'hui qu'il est au pouvoir," il a établi les privilèges d'une manière pratique, quoi qu'il ne soient pas légalisés. Il est d'avis que la motion doit être rejetée. Il trouve que les propositions faites par l'*Union Médicale* ne sont pas claires. Lui-même n'a pas pu les comprendre et deux de ses amis, professeurs de littérature, ne les ont pas comprises non plus. Après ce pénible aveu, le Dr Laurent se rassied.

Le Dr Marsil se lève alors et fait un long discours. Il dit d'abord quelques mots sur la mort du regretté Dr Thomas Larue. Il rappelle ensuite que l'*Union Médicale* a prétendu que c'est la faute du Bureau actuel s'il y a des charlatans, des mauvais payeurs, si la profession est mal protégée, etc., etc. Mais il faut bien se rappeler au contraire que c'est la faute de l'Université, d'un ancien lieutenant-gouverneur, des médecins eux-mêmes (voir la lettre que nous avons déjà publiée) si le Bureau n'a pas réussi autrefois à faire passer un bill qui améliorerait le système d'étude, établissait un tarif d'honoraires, imposait des amendes aux charlatans, etc., etc. Le Bureau actuel désire améliorer les choses ; il s'adressera de nouveau à la législature. Mais il faut qu'il reste tel qu'il est pour pouvoir terminer son œuvre de progrès. Ce serait donc une erreur de changer le mode de votation, "car avec la votation secrète on ignorait le résultat de l'élection," on ne saurait pas si les médecins qui votent ont payé ou non, car il y a beaucoup de médecins qui ne payent pas, etc. Enfin on a tort d'accuser le Bureau de fautes qu'il n'a pas commises.

Le Dr Fafard reconnaît les mérites de l'Hon. Dr Marsil, de M. le registraire et de tous les membres. Il n'est pas, comme on paraît le croire, l'organe de l'Université. Il parle au nom des médecins de la campagne, des médecins qui sont abonnés à l'*Union Médicale* et qui ont fait parvenir au journal leur approbation. Pourquoi les membres craignent-ils le bulletin secret? S'il demande la votation, ce n'est pas par hostilité envers les membres du Bureau, mais dans l'intérêt des médecins.

Le Dr Brosseau est d'avis que la motion est de nature à restreindre la liberté de voter : les électeurs ne sauront pas quels noms mettre sur leurs procurations. La cabale est un mauvais système, c'est vrai, "mais qui est exigée par l'apathie de la profession médicale." Et tout le monde peut cabaler. Il n'y a donc pas lieu de rien changer. Il propose que la motion soit considérée comme avis de motion.

Le Dr Fafard insiste ; la motion a déjà été précédée d'un avis de motion. Il demande le vote. Le Dr Marsil et plusieurs autres membres lui conseillent de laisser sa motion comme avis de motion. L'assemblée paraissant unanime à accepter la chose, le Dr Fafard consent. Renvoyée au mois de septembre.

Le registraire, secondé par le Dr Marsil, propose que le rapport de l'agent du Bureau sur l'exercice illégal de la médecine soit imprimé. Accordé sans avis de motion.

Les assesseurs font ensuite leur rapport.

Le registraire propose que lui-même et les Drs Marsil, Brosseau et Laurent (le même qui ne comprend pas les articles de l'*Union Médicale*), forment le comité chargé de la création d'une bibliothèque provinciale de médecine. Accordé sans avis de motion.

Le Dr Gauthier, l'un des examinateurs, fait remarquer que sur les onze candidats admis à passer leur examen, "pas un seul n'est sous brevet." Il demande s'il ne serait pas opportun que le Bureau considère la question de savoir s'il peut donner la licence à ces messieurs, dont il demande la liste au Président. Pendant que celui-ci cherche dans ses papiers, le registraire fait un petit discours. On cherche à exercer des pressions sur le "comité des créances," à faire admettre des candidats qui sont irréguliers, etc., etc. Il est le premier à déplorer cet état de chose qui est fort regrettable, auquel il faudra remédier, et que le Bureau prendra certainement en considération. Mais pour cette fois-ci, vu les circonstances, le Bureau étant pris par surprise, les candidats ayant été admis, il vaudrait peut-être mieux, etc., etc. Il propose donc que le "comité des créances" rapporte au Bureau tous les cas irréguliers, l'avis de motion devant être considéré en septembre prochain. Accordé sans avis de motion.

Le Dr Rottot demande au Président s'il n'a pas trouvé la liste des candidats, mais ne reçoit pas de réponse.

Et la séance est levée. Il est 4.30 hrs.

Et voilà. Cette comédie coûte à la profession médicale la jolie somme de huit cents dollars (\$800). Nous en aurons une autre semblable, pour le même prix, au mois de septembre prochain.

Que les gouverneurs se soient réunis pour tomber avec ensemble sur le dos

de l'*Union Médicale*, cela ne nous surprend guère. On ne peut pas s'attendre à ce que ces Messieurs se donnent un vote de censure. Mais qu'ont-ils fait à part cela? Ils ont élu un trésorier, formé un comité pour la bibliothèque des thèses, accordé la licence à deux parfaits étrangers et à onze candidats qui n'ont pas de brevet. C'est tout, absolument tout. Tous les autres projets de règlements, toutes les motions présentées ont été renvoyées régulièrement à l'automne prochain. Il fallait bien garder quelque chose pour la prochaine assemblée!

Du rapport financier, qui aurait été fort à propos après la mort du trésorier, pas un traître mot. Cependant nous savons que les auditeurs sont venus à Montréal quelque temps avant l'assemblée, qu'ils ont examiné les livres du Bureau, qu'ils ont remis un rapport au Président. Pourquoi celui-ci, modèle des gens dociles, ne l'a-t-il pas lu? Mystère; personne ne sait. Il faut attendre au mois de septembre. Soit, nous attendrons.

Nos amis ont pu remarquer dans les journaux quotidiens, la jolie réclame que le Bureau s'est faite, après cette mémorable séance. Y parlait-on de Mme Cunet, de M. le Dr Stewart, de Londres, et des onze licenciés sans brevet, et du silence sur les affaires financières? Ah! non pas. Mais l'on citait le discours du Dr Marsil, l'on parlait des gens sans aveu de *L'Union Médicale*, qui osent attaquer les gouverneurs, et l'on tâchait de fausser la discussion en faisant croire que la lutte est faite par l'Université contre le Bureau, dans le but de prendre sa place, en affirmant surtout que nous prétendons qu'il n'y a pas dans le Bureau assez d'hommes pour constituer un tribunal d'honneur. Jamais nous n'avons parlé du conseil de discipline de cette manière. L'on a bien tort de fausser la vérité et de s'attaquer à d'autres qu'à nous, pour faire dévier la discussion. Nous répétons, en terminant, que *L'Union Médicale* seule est responsable de qu'elle dit ou de ce qu'elle fait, qu'elle n'agit ainsi que dans l'intérêt de ses abonnés, et qu'elle ne s'est jamais chargée de répondre aux vieilles rancunes que l'on peut avoir contre l'Université. A chacun ses œuvres.

Pendant la promenade du bébé, voyez à ce que le vent ne souffle jamais dans sa figure, à ce que ses pieds soient bien recouverts et chauds, à ce que le soleil ne frappe jamais dans ses yeux, qu'il soit éveillé ou qu'il dorme.

L'air pur est nécessaire pour renouveler et purifier le sang; il est aussi utile à la santé qu'une nourriture suffisante. Quand l'enfant a de l'air pur, son appétit s'améliore, sa digestion se fait mieux, les joues deviennent rouges et il offre tous les signes d'une bonne santé.

Il vaut autant pour le bébé qu'il soit promené dans sa voiture que dans les bras de sa mère.

CHRONIQUE

Il y a eu à Chicago, durant la seconde semaine de juin, une réunion des délégués des Conseils d'Hygiène de chaque état de l'Amérique du Nord. Le Dr E. P. Lachapelle représentait la province de Québec.

Le Dr Villeneuve a été nommé membre actif et le Dr Chagnon membre associé de la Société Médico-psychologique de New-York.

Le Dr Hackett a remplacé à l'Asile St-Jean de Dieu le Dr Devlin.

Le Dr Segond, de Paris, a passé quelques heures à Montréal en route pour Québec. Le Dr Segond visite en ce moment l'Amérique.

La nouvelle salle de clinique que l'Hôpital Notre-Dame fait construire coûtera \$2,300.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que l'Hon. Dr Marsil fera désormais partie de notre comité de rédaction. Le Dr Marsil est bien connu dans la province de Québec, surtout dans les cantons du Nord, et nous sommes certains que ses articles seront lus avec intérêt par nos lecteurs. Notre distingué collaborateur prépare en ce moment un travail sur la thyroïdectomie dont nous avons la promesse de publication et qui sera lu à la prochaine réunion de la Société Médicale Canadienne. Le Dr Marsil, fils, nous promet aussi d'intéressantes communications.

Le registraire du Collège des Médecins s'est fait faire beaucoup de réclame dans les journaux quotidiens, à son retour d'Europe. On l'a félicité entre autre chose d'avoir obtenu de la Faculté de Paris une copie de toutes les thèses présentées jusqu'à ce jour pour la bibliothèque du Collège. L'usage de la présentation des thèses, à l'Université de Paris, date de 1395 (il y a cinq cents ans). Jusqu'au commencement de ce siècle, ces thèses étaient écrites en latin. On voit

que ce n'est pas une petite affaire. Le registraire n'a oublié qu'une chose, c'est de prévenir ces messieurs de Paris que la Collège n'a pas de bibliothèque.

Le concours pour le titre de professeur adjoint d'obstétrique à l'Université Laval a eu lieu les 2 et 3 juin dernier. La question de l'examen écrit était le traitement avant et après l'accouchement. A l'examen oral on a demandé les indications de la présentation quelques jours avant l'accouchement, les indications et le mode opératoire de la symphyséotomie, les symptômes et le traitement de l'avortement. Le Dr de Cotret, dont nous publions la thèse aujourd'hui, a été nommé professeur adjoint d'obstétrique, et l'on a nommé le Dr Gauthier professeur adjoint *pro tempore* d'hygiène avec l'entente, paraît-il, qu'il devra concourir sur cette matière pour avoir le titre définitif le moment venu.

Ainsi que nous l'avons annoncé déjà, la Société américaine de Pédiatrie s'est réunie à Montréal les 25, 26 et 27 mai dernier. Les assemblées ont eu lieu au Windsor, et ont été suivies par une quarantaine de médecins, parmi lesquels nous avons remarqué MM. les Drs O'Dwyer, Cailé, Fruitnight, Crandall, Seiber, Freeman, Chapin, Northrup, Holt, de New-York, Rachford, Forcheimer, de Cincinnati, Acker, Adams, de Washington, Snow, de Buffalo, Wentworth, Jackson, Lownsend, Rotch, de Boston, Jennings, de Détroit, Packard, de Philadelphie, Osler, de Baltimore, Lafleur, Blackader, Adams, Cormier, Martin, de Montréal. La discussion a surtout porté sur le traitement de la diphtérie, la stérilisation du lait, les maladies du tube digestif, la ponction de la moëlle épinière et la méningite tuberculeuse. On a aussi présenté quelques spécimens pathologiques très intéressants, entre autres un appendice perforé enlevé à un enfant de 2½ ans. Somme toute, la réunion de la Société a eu un très grand succès.

Le professeur Germain Sée est mort récemment à Paris à l'âge de 73 ans. "Esprit vif, perspicace, ouvert à toutes les idées du progrès, dit la *Médecine Moderne*, sachant du premier coup d'œil voir dans n'importe quel sujet médical le point intéressant à mettre en lumière, l'application utile à faire, le professeur Sée a conservé jusqu'à la fin ces précieuses qualités. Il avait coutume de dire qu'il était toujours un vieux praticien et un jeune médecin. Clinicien sagace, doué d'un sens clinique affiné par une longue pratique, éclairé par une bibliographie toujours au courant, ayant avec cela une parole facile et pittoresque, on comprend que le professeur Sée ait été un professeur très suivi, très écouté, très admiré. C'était d'ailleurs aussi un thérapeute toujours avide de découvertes nouvelles et maniant avec une incroyable adresse la matière médicale." Reçu docteur en 1846 et médecin des hôpitaux en 1852, Germain Sée succéda en 1866 à Trousseau dans la chaire de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris. Il fut élu membre de l'Académie de Médecine en 1869, et professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu en 1876. Parmi les progrès récents de la médecine moderne, nous devons au professeur Sée la mise en évidence des faits suivants : la coïncidence du rhumatisme avec la chorée (1850), l'analogie de la coqueluche avec la rougeole, l'albuminurie croupale et les éruptions scarlatiniformes dans la diphtérie (1858), la pathogénie de l'asthme (1866), le traitement du rhumatisme par le salicylate de soude (1877), le traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et

l'iodure d'éthyle (1878), l'action diurétique du convallaria maialis (1882), l'action de la caféine et de la théobromine sur les insuffisances cardiaque et rénale, l'action de l'antipyrine contre la douleur (1887), de la strophanthine sur la systole cardiaque (1888), etc, etc.

Les relations entre confrères est une des questions les plus importantes de la déontologie médicale. Le conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris vient d'adopter à ce sujet les principes suivants :

Art. 1.—Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il s'aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

Art. 2.—Si le médecin, appelé en l'absence du médecin traitant, constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à voir le malade après avoir averti son confrère.

Art. 3.—Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Art. 4.—Tout médecin appelé près d'un malade, dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie, fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant ; s'il échoue, il doit prévenir sans délai, le confrère auquel il succède.

Art. 5. Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis à vis du malade et de son entourage, de toute réflexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera fait par le médecin ordinaire.

Art. 6.—Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

Art. 7.—Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Art. 8.—Le cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament, et quel que soit le médecin traitant.

M. Eusèbe Sénécal, éditeur de *L'Union Médicale* a été la victime d'un malheureux accident de tramway qui a failli lui coûter la vie. Nos lecteurs apprendront avec plaisir qu'il prend beaucoup de mieux. Même il a pu depuis quelques jours se faire conduire en voiture à son bureau.

Le Dr Sevestre, dans son rapport de l'Hôpital des enfants malades pour 1896, constate que la mortalité, sur 1140 enfants atteints de la diphtérie et traités par le sérum, a été de 8 pour cent. Avant la sérothérapie, cette mortalité s'élevait à 48 et à 56 pour cent.

Le Dr Martel, récemment revenu de Paris, est allé s'établir à Boston.

Le docteur Noël Guillet, de Manchester, vient d'être choisi comme assistant du Dr Péan, de l'Hôpital International, de Paris.

Le Dr E. M. Lambert, après de longues études faites chez les spécialistes de Paris, Vienne et Berlin, doit venir s'établir à Ottawa, où il s'occupera des maladies des oreilles et de la gorge. Le Dr Lambert a été nommé correspondant canadien pour la *Revue Médicale* du Dr Helme.

MM. les Drs Brennan et J. D. Gauthier, de l'Hôpital Notre-Dame, sont partis pour un voyage de trois mois en Europe. M. le Dr Paul Ostiguy, qui les accompagne, suivra pendant deux ans les hôpitaux de Paris.

M. le Dr de Lotbinière Harwood est revenu récemment d'un séjour de quelque mois à Paris et fera le service de gynécologie à la place du Dr Brennan.

M. le Dr René Hébert a remplacé dans son service le Dr J. D. Gauthier.

C'est par erreur que nous avons annoncé le Congrès de la *Pan American Society* comme devant avoir lieu en 1897. C'est au mois de novembre prochain que nous aurions dû dire. Ce congrès promet d'être très intéressant et de surpasser celui de Washington. On est en ce moment à organiser des trains spéciaux qui conduiront au Mexique les médecins des différentes villes des Etats-Unis et d'Ontario. Nous espérons que la province de Québec ne restera pas en arrière. Le voyage se fait à prix réduit et offre beaucoup d'intérêt et de pittoresque, toute question scientifique mise à part.

Le 10^e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le Lundi 19 octobre 1896, sous la présidence de M. le professeur TERRIER, membre de l'Académie de Médecine.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès

1^o *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.* M. FORGUE, de Montpellier, rapporteur.

2^o *Traitement des prolapsus génitaux.* M. BOUILLY, de Paris, rapporteur.

Le Dr Jules Jehin Prume vient d'ouvrir à l'Hospice St. Joseph, rue Cathé-

drale, un dispensaire gratis pour les maladies des yeux ; le dispensaire est ouvert les lundi, mercredi et samedi de chaque semaine.

Le bureau de santé de l'Etat d'Indiana a demandé récemment, dans une circulaire adressée à toutes les compagnies de chemins de fer, de vouloir bien faire descendre des chars tout individu qui s'obstine à cracher sur le plancher. Le bureau explique que l'habitude inutile et malpropre de cracher peut devenir une source de maladie, parce que les crachats contiennent les germes de la grippe, du catarrhe nasal, etc... Il demande aux officiers des différentes compagnies de les aider à faire observer les mesures d'hygiène qu'il recommande. La circulaire ajoute : "Quand le règlement aura été publié et affiché sur les places publiques, il est certain que l'on va traiter la conduite du bureau de folle, d'impossible, d'idiote. Ayant ainsi attiré l'attention du public, nous publierons ensuite dans chaque comté les motifs de notre actions."

Les officiers de santé d'Indiana ont l'air de connaître leur public, qui est partout le même d'ailleurs. Il n'accepte qu'à son corps défendant les mesures les plus importantes pour protéger ses biens ou sa santé. A Montréal, grâce à l'action de la Société Médico-chirurgicale, la compagnie des chars urbains a affiché dans toutes ses voitures des " Prière de ne pas cracher sur le plancher." Cependant le plancher n'est pas plus propre qu'avant, et si par malheur un catarrheux vient s'asseoir près de vous, vous le verrez bientôt déposer à vos pieds les sécrétions accumulées dans ses fosses nazales, Pauvre humanité, on dirait qu'elle fait tout ce qu'elle peut pour mourir plus vite.

L'*American Pharmaceutical Association* se réunira à Montréal du 12 au 19 de ce mois. Nous remarquons sur le comité de réception organisé à Montréal les noms de MM. Lachance, Baridon, Décary, Robert, Carrière, Lecours, Barbeau, Laurance, Barnard, Genest, etc

L'*American Association of obstetricians and gynecologists* se réunira le 22 septembre prochain à Richmond, sous la présidence du Dr Price, de Philadelphie.

La *Mississippi Valley Medical Association* se réunira cette année à St-Paul, Minnesota, les 15, 16, 17 et 18 septembre prochain, sous la présidence du Dr Walker, de Détroit. Après la réunion, les membres pourront profiter d'un train spécial pour aller visiter le Yellowstone Park.

La *British Medical Association* a accepté de se réunir à Montréal en 1897 et a nommé M. le Dr Roddick, de McGill, président pour cette année-là. Cette réunion sera tout un événement pour la profession médicale, qui aura l'occasion d'entendre les meilleurs médecins et chirurgiens anglais.

BIOGRAPHIE.

LE DR ADOLPHE DAGENAI.

Nos lecteurs ont sans doute appris avec regret la mort de M. le Dr Dagenais, médecin en chef de la Maternité de Montréal. Le Dr Dagenais a succombé à un cancer de la base de la langue, après quelques mois de maladie seulement. La profession toute entière vient de perdre l'un de ses représentants les plus connus, et *L'Union Médicale* l'un de ses fondateurs. Homme entier dans ses opinions, mais dévoué à ses amis et à la cause qu'il défendait, le Dr Dagenais avait conquis l'estime de tout le monde par son travail opiniâtre



et son enseignement éclairé. Les articles qu'il publiait dans *L'Union Médicale* étaient lus avec beaucoup d'intérêt et quelques uns eurent les honneurs de la reproduction à l'étranger. La mort du Dr Dagenais a été une surprise pour ses amis et connaissance et une douleur profonde pour sa famille, douleur que nous ressentons vivement à *L'Union Médicale*. La profession médicale vient de perdre un homme de bien et un travailleur.

Né à Hochelaga en 1836, Adolphe Dagenais fit son éducation au Collège de Montréal et suivit ensuite les cours de l'École de Médecine et de Chirurgie de 1854 à 1858. Élu en 1866 membre du Collège des Médecins et Chirurgiens, il recevait l'année suivante (1867) le diplôme de l'Université Victoria, de Cobourg, et était nommé rédacteur à la *Gazette Médicale* avec le regretté Dr Lemire. En 1870, le Dr Dagenais est médecin à l'Hôtel-Dieu, en 1872 professeur agrégé d'obstétrique à l'École de Médecine, position qu'il occupa jusqu'en 1878. Cette même année 1872, il est nommé médecin en chef de la Maternité de Montréal, et en 1876 président de la Société Médicale. L'année précédente il avait fondé avec les Drs Rottot et L. J. P. Desrosiers, *L'Union Médicale* du Canada. En 1878, l'Université Laval lui conféra son diplôme et le chargeait du cours d'obstétrique, qu'il abandonna en 1891 pour s'occuper de la clinique seulement. Il était médecin consultant de l'Hôpital Notre-Dame depuis sa fondation et trésorier du Collège des Médecins depuis 1889. Il avait aussi remplacé en 1879, le Dr Munro comme médecin du Collège de Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

Grande Librairie Médicale, A. MALOINE 21-23-25, Place et rue de l'École-de-Médecine.

GUIDE MÉDICAL PARISIEN, publié par *L'Indépendance Médicale*.

Un volume in-18 cartonné..... 3 fr. 50

L'Indépendance Médicale a eu une excellente idée en faisant paraître ce volume qui sera non seulement utile, mais indispensable aux médecins étrangers qui ont l'intention de consacrer quelque temps à la visite des établissements d'enseignement scientifique et médical de Paris.

Tous les médecins qui auront l'occasion de se servir du GUIDE MÉDICAL PARISIEN l'apprécieront d'autant plus qu'il en résultera pour eux une économie de temps considérable, par un emploi bien ordonné de chaque journée.

Nous trouvons successivement décrit dans le GUIDE MÉDICAL PARISIEN : la Faculté de Médecine et son Ecole pratique, les Hôpitaux et Hospices, l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, les Asiles d'Aliénés, les Etablissements spéciaux, des Cliniques particulières importantes, les Musées, les Bibliothèques, etc., etc. La description de chaque établissement est précédée d'un cours historique ; l'enseignement donné par le Maître est indiqué en détail, l'organisation et le fonctionnement de chaque service sont exactement décrits. Enfin rien ne manque à l'utilité et à l'intérêt de ce GUIDE tout à fait pratique.

Transactions of the first Pan-American Medical Congress, held in the City of Washington, D. C., U. S. A. September 5, 6, 7 and 8 A. D. 1893. In three parts.—Washington, Government printing office—1895.

Trois vols. octavo-royal de 2,250 pages profusément illustrés de chromolithographies, de gravures et de feuilles d'observations. Ce splendide ouvrage contient un montant énorme de matériel scientifique sur les sujets les plus variés écrits par des hommes d'autorité.

MALOINE.—Grande Librairie Médicale, A. MALOINE, 21-23-25, Place et Rue de l'École-de-Médecine.—**Le Vie à Deux**, Hygiène du Mariage, par le docteur Surlé. Un volume in-16 de III-162 pages, 1896, 3 fr.

MASSON.—Librairie MASSON ET CIE., Editeurs, Boulevard Saint-Germain, 120 Paris. BROCCQ (L.), Médecin des hôpitaux de Paris, et JACQUET (L.), Médecin assistant à l'hôpital Saint-Louis.—**Précis élémentaire de Dermatologie. Maladies en particulier.** IVE et dernier volume : *Dermatoses d'origine nerveuse. Formulaire.* Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.* Broché, 2 fr. 50 c. ; Cartonné, 3 fr.

SÉE.—**Le Gonocoque**, par le Dr MARCEL SÉE, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 vol. grand in 8° de 360 pages, avec une planche hors texte, 10 fr.—(Félix Alcan éditeur.)

Ce volume renferme toutes les maladies qui semblent imputables, directement ou indirectement, à une lésion ou perturbation du système nerveux.

Ainsi les *Lichens*, le *Prurigo*, le *Prurit*, l'*Urticaire*, les *Scléroses de la peau*, les *Trophodermatoses*, etc., y ont été étudiées dans le même esprit que les affections dont traitaient les précédents volumes.

Un formulaire succinct résume les diverses préparations usuelles auxquelles le Praticien doit avoir recours.

Le gonocoque a été dans ces dernières années l'objet d'un grand nombre de recherches. Éparses dans des publications diverses, la plupart en langues étrangères, l'auteur a entrepris de les réunir après en avoir contrôlé une partie. Ses expériences personnelles ont porté principalement sur les méthodes de culture et l'ont conduit à la découverte d'un certain nombre de faits nouveaux.

Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première : *étude expérimentale*, M. Sée traite de la morphologie et de la biologie du gonocoque, résultant des examens microscopiques, des cultures et des inoculations ; dans la seconde : *étude clinique*, il passe en revue les différentes affections auxquelles on a pu assigner pour cause de microbe : urétrite blennorrhagique et ses complications, blennorrhagie des organes génito-urinaires de la femme, blennorrhagie inoculée hors des organes génitaux, métastases gonorrhéiques, infection blennorrhagique généralisée, biologie du gonocoque dans l'organisme et son diagnostic.

ROUX.—Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris, par le Dr Fernand Roux, 4^{me} édition 1896. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, Paris, in-16 de 423 pages—prix 3 francs.

EHLERS (le Dr Edward), de Copenhague.—**L'ergotisme** (*Ignis sacer, Ignis Sancti Antonii*). Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*.)

Broché..... 2 fr. 50 c. | Cartonné..... 3 fr.

Dans ce volume le savant professeur de Copenhague étudie les diverses manifestations de l'ergotisme aussi bien au point de vue historique qu'au point de vue nosologique. Son livre, du plus vif intérêt, s'adresse non seulement aux médecins, mais à tous les érudits.

BAZY (P.), Chirurgien en chef des Hôpitaux, Membre de la Société de Chirurgie.—**Maladies des voies urinaires**. *Sémiologie*. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*.)

Broché..... 2 fr. 50 c. | Cartonné..... 3 fr.

Le volume traite de la Sémiologie avec application thérapeutique. Il est divisé en deux parties : 1^{re} Partie, symptômes extra-mictionnels ; écoulement de nature variée, douleurs, coliques néphrétiques, exploration des reins, insuffisance urinaire, accidents infectieux, etc. ; 2^e Partie, symptômes mictionnels ; miction douloureuse fréquente, rétention absolue et stagnation ou évacuation incomplète ; polyurie, anurie, pyurie, hématurie, etc.

On part toujours d'un symptôme important accusé par le malade pour arriver au diagnostic de la lésion ou de la maladie.

MALOINE.—Grande Librairie Médicale, A. MALOINE Place c. Rue de l'École de Médecine, 21-23-25, Paris.—**Des Angines Couenneuses** non diphtériques. Considération sur la Pathogénie, le Diagnostic et le Traitement, par le Dr Dufaud, médecin-major de 2^e classe.

1 Volume in-18..... 1 fr. 50