

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:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Leçon clinique sur les traumatismes de l'œil ;

par A. A. FOUCHER,

professeur de la Clinique ophthalmologique et otologique à l'Hôpital Notre-Dame.

Messieurs,

Le grand nombre de blessures de l'œil, que vous observez actuellement dans notre service, l'intérêt qui se rattache à cette question, par la gravité des lésions observées, par le danger qui menace l'œil blessé et son congénère : dangers qui compromettent quelques fois la vie du patient ; enfin, la responsabilité qu'encourt celui qui en est la cause et les procès qui se déroulent constamment devant les tribunaux, nous engagent à revenir avec détails sur la question des traumatismes de l'œil et sur les quelques cas que nous avons actuellement sous traitement.

Les traumatismes les plus bénins, ceux qui se rencontrent journellement dans la pratique, sont produits par des corps étrangers de petites dimensions, des éclats d'acier, de pierre ou des parcelles d'émeri, qui vont se loger dans la cornée.

Quelques-uns n'y restent pas enclavés, ils déterminent une brûlure limitée ou une ulcération qui guérit dans l'espace de quelques jours.

Cependant, il peut arriver qu'une simple érosion de l'épithélium par un corps étranger, même aseptique, puisse être le point de départ d'ulcérations à marche rapide et progressive ; ceci arrive surtout lorsqu'il existe des troubles du côté des voies lacrymales.

L'épithélium étant détruit, la sécrétion septique contenue dans les culs de sac conjonctivaux ou dans le sac lacrymal, trouvant une porte d'entrée dans la cornée, vous voyez se développer ces ulcères à forme et à marche spéciales sur les caractères desquels nous avons déjà suffisamment insisté au cours de ces leçons cliniques. Lorsque les voies lacrymales sont intactes, les corps étrangers peuvent être septiques ou le devenir sur place au bout d'un certain temps.

Vous avez observé des cas d'ulcères infectants chez des journaliers qui brisent la pierre sur les rues. Ces pierres, foulées par les pieds de chevaux ou souillées par des matières fécales ou des détritiques organiques de toutes sortes, portent nécessairement avec elles, même en particules fines, des éléments d'infection à la cornée.

Les corps étrangers susceptibles de se décomposer sur place, tel que des substances végétales, sont aussi redoutables dans leurs

effets ; à preuve, l'ulcère dit des moissonneurs, qui ne reconnaît guère d'autre cause.

Le traumatisme, dans ces cas, peut être produit soit par les barbes des épis de blé ou autres, soit par le choc de la cornée contre des brins de paille ou de foin. Les ulcères qui en résultent ont une grande tendance à se compliquer d'hypopion et à s'étendre en profondeur et en surface.

De ces dernières sortes d'ulcères traumatiques nous en avons observé un petit nombre depuis le commencement des cours, par contre, ceux causés par des parcelles d'acier ou d'émeri ont été très communs. Aussi longtemps que les lésions traumatiques ulcéreuses de la cornée sont superficielles le pronostic demeure relativement favorable, qu'il y ait infection ou non, pourvu que le cas soit soumis à un traitement immédiat, mais la gravité de ces sortes de lésions commence à se dessiner avec les plaies perforantes de la cornée.

Ici le corps étranger porte profondément son action funeste, il ouvre la cornée de part en part dans une étendue variable, l'humeur aqueuse s'écoule en entraînant avec elle une portion de l'iris; la capsule du cristallin est souvent blessée, d'où cataracte traumatique, ou le corps étranger pénètre à l'intérieur de l'œil et entraîne à sa suite les désordres les plus graves.

L'automne dernier, nous avons observé ici un cas de traumatisme de l'œil intéressant la cornée et le cristallin.

F. T., ouvrier mécanicien, âgé de 19 ans, était occupé à tourner une pièce d'acier, lorsqu'un morceau de métal fut projeté avec force vers son œil droit.

La vue de cet œil en fut immédiatement troublée et diminua beaucoup la journée suivante. Consulté quelques jours après l'accident, nous constatons que la cornée est perforée de part en part, que le cristallin est opaque et qu'un morceau de métal est enclavé profondément dans la plaie, la partie externe paraît de niveau avec la surface externe de la cornée, tandis que la partie interne proémine dans la chambre antérieure. En touchant légèrement le corps étranger avec une aiguille, nous constatons que l'humeur aqueuse s'écoule. Craignant avec raison de repousser le corps étranger dans la chambre antérieure en essayant de l'extraire avec des pinces, nous avons employé un électro aimant puissant et avons réussi sans difficulté à extraire un morceau irrégulier d'acier à bords tranchants.

Persuadé que ce corps étranger seul était la cause des phénomènes inflammatoires observés et que nous allions pouvoir conduire le cas à bonne fin, nous prescrivons des lavages antiseptiques de l'œil, l'usage du salicylate d'ésérine et des compresses froides. Les jours suivants, l'état s'aggrave, la chambre antérieure se remplit de pus, la cornée est infiltrée dans une grande étendue, les douleurs ciliaires sont très vives et le patient est fébrile. Voyant

arriver promptement une panophtalmite, nous agrandissons la plaie cornéenne pour évacuer le pus et en même temps nous ouvrons largement la capsule pour extraire les masses corticales opacifiées. A notre grande surprise, le cristallin amène avec lui en sortant un autre éclat métallique de petite dimension dont nous ne supposons nullement l'existence. Nous lavons la chambre antérieure avec une solution chaude d'acide borique et la plaie avec le bichlorure mercure au 1/100 et continuons le traitement précédemment indiqué. Les suites furent favorables, l'œil a guéri sans autre complication et le patient distingue les doigts à dix pieds de ce côté.

Nous insistons ici sur la prudence qui doit accompagner les manœuvres d'extraction des corps étrangers logés profondément dans la cornée, l'écoulement de l'humour aqueux en rapprochant la capsule du cristallin des bords du corps étranger rendent presque inévitable une complication de cataracte traumatique. Si le corps étranger est repoussé dans la chambre antérieure, les manœuvres d'extraction deviendront plus graves et plus compliquées. Enfin, il peut arriver, comme dans le cas que nous venons de relater, que les corps étrangers soient nombreux et logés plus profondément. Dans les cas de doute, on peut se renseigner en projetant la lumière de l'ophtalmoscope sur l'œil blessé, la perception lumineuse peut être bonne dans toutes les parties du fond de l'œil, sauf à l'endroit où s'est logé le corps étranger. On acquiert ainsi non seulement une certitude relative qu'il existe un corps étranger, mais on peut aussi, dans certains cas, en localiser le siège. Cependant, le procédé ne peut nous renseigner sur les corps étrangers logés dans le cristallin. Le diagnostic, dans ces cas, devient facile, lorsque l'éclairage oblique fait apparaître un reflet luisant projeté par certaine particule métallique ou lorsqu'il persiste des traces de rouille. Dans notre cas, les masses cristalliniennes opacifiées et gonflées masquaient complètement le corps étranger et la cataracte traumatique avait l'apparence ordinaire.

Tous les corps étrangers du cristallin ne se comportent pas de la même manière, ils présentent même, paraît-il, cette particularité exceptionnelle, d'être souvent parfaitement tolérés par l'organe de la vision et de passer inaperçus. Nous croyons que cette affirmation des auteurs est relative, car un corps étranger, fut-il de petite dimension, et n'eût-il intéressé, dans son parcours, que la cornée et le cristallin, porte avec lui un grand danger pour la vision en ouvrant la capsule et en déterminant une cataracte traumatique; de plus, s'il est septique, il expose l'œil à des dangers plus grands encore. Quoique ces cas se présentent rarement en pratique, nous avons, cependant, dans nos notes d'hôpital, l'observation d'un patient opéré d'énucléation pour iridocyclite chronique et dans le cristallin duquel nous avons trouvé un éclat d'une capsule de cuivre (cap).

Le corps étranger était enlysté dans une membrane grisâtre, présentant par places des points de suppuration. Dans ce cas-ci, le corps étranger du cristallin n'a pas été toléré, car en définitive, son séjour était devenu une menace pour l'œil sain.

Nous avons actuellement sous traitement un cas ordinaire de perforation traumatique de la cornée avec cataracte consécutive. Voici son histoire en peu de mots :

C. P., tailleur de pierre, âgé de 33 ans, exerçait son métier lorsqu'un morceau de pierre vint le frapper à l'œil droit et lui causa une perforation de la cornée avec hernie de l'iris et cataracte. Il perdit la vue de cet œil, éprouva de vives douleurs pendant un mois et demi. Plusieurs confrères des Etats-Unis lui proposèrent l'enucléation qu'il refusa. Aujourd'hui, huit semaines après l'accident, l'œil n'est plus enflammé, n'est pas sensible au toucher à la région ciliaire, la pupille est déplacée en dedans, où l'iris a contracté des adhérences, la cataracte est bien apparente. La perception lumineuse est bonne dans toutes les directions.

Ce sont là les symptômes de lésions communes de l'œil, on peut les appeler graves au point de vue du fonctionnement ultérieur de l'œil, mais cependant elles n'impliquent pas nécessairement un pronostic désespéré. Chez les jeunes sujets au-dessous de 25 ans, la resorption du cristallin peut avoir lieu et la vision se rétablir dans une certaine mesure. L'extraction du cristallin peut aussi nous donner le même résultat. Dans le cas que nous venons de relater, il y a déjà un noyau de forme et nous ne pouvons espérer une resorption complète, c'est pourquoi nous avons décidé d'opérer.

Lorsque la perforation cornéenne n'est compliquée que de hernie de l'iris, le pronostic est favorable. Appelé immédiatement après l'accident, il faut laver l'œil avec soin, et tenter la réduction de l'iris, à l'aide d'une spatule *ad hoc* et d'instillations d'une solution d'ésérine. Lorsque l'accident date de quelques jours, l'enclavement est déjà produit, l'adhérence empêche tout retour de l'iris à l'état normal et il ne reste qu'à exciser la partie herniée.

Quant à la cataracte traumatique, en général, la première question à se poser à propos du traitement est celle de savoir si oui ou non il faut intervenir, et si oui, de quelle façon. En premier lieu, il se peut être question de l'opération dans les cas où il n'existe aucune perception lumineuse. S'il existe des phénomènes inflammatoires, comme c'est généralement le cas au début de la maladie, il faut d'abord recourir aux anti-phlogistiques locaux, tels que des sangsues appliquées à la tempe, des compresses glacées appliquées en permanence sur l'œil blessé et à l'intérieur du calomel à petites doses.

Il faut joindre à cela le repos le plus absolu de l'œil blessé, le séjour dans un endroit à demi éclairé. Ce traitement médical convient surtout aux cataractes des sujets âgés de moins de 25 ans, alors qu'il n'y a pas encore de noyau central bien formé, le cristallin peut alors se *décataracter* tout seul.

Chez des sujets plus âgés, il faut prendre en considération la formation d'un noyau central et le plus grand danger d'attaque glaucomateuse. C'est pourquoi, étant donné un cas où le cristallin très gonflé détermine une inflammation violente et des douleurs intenses, avec augmentation de la tension intra oculaire, il ne faut pas hésiter de recourir à l'extraction. Le cristallin joue alors le rôle de corps étranger et son ablation est le meilleur des antiphlogistiques.

L'usage de l'atropine, contre l'état aigu, n'est justifiable que chez les jeunes sujets et encore faut-il en surveiller l'emploi, car il augmente par fois les douleurs au lieu de les calmer. L'atropine, en refoulant l'iris à la périphérie, ajoute son action à celle du cristallin déjà gonflé et les voies de filtration de l'œil en éprouvent une gêne qui pourrait se traduire par une attaque de glaucome, chez un adulte.

Les accidents traumatiques les plus graves qui surviennent sur les yeux nous sont fournis par l'explosion des mines, des cartouches de dynamite. Vous en avez observé un cas récemment dans le service chirurgical du Prof. Brosseau. Le patient a été amené ici tout couvert de blessures, une main emportée, des plaies à la face en grand nombre et parmi celles-là un œil complètement ouvert, le droit, et à gauche une perforation cornéenne accompagnée de hernie de l'iris, du corps vitré et de cataracte traumatique; la cornée est en partie recouverte par du chemosis, elle est criblée de grains de poudre, de pierres et de poussière. Voici un exemple de ces traumatismes graves qui laissent peu d'espoir de guérison. Cependant, il faut s'efforcer d'obtenir quelque résultat, s'il est inutile de songer à réparer les désastres de l'œil droit qui est coupé en deux, l'œil gauche est susceptible d'être conservé au moins pour la forme. Il faut donc enlever tous les corps étrangers logés dans la cornée et ici, contrairement à d'autres cas de lésions cornéennes, nous n'hésitons pas à vous conseiller l'usage de l'atropine. Nous avons constaté en effet que dans les accidents cornéens par l'explosion de la poudre, l'iris avait une grande tendance à s'enflammer, à contracter des adhérences au niveau de la pupille et définitivement à s'atrophier. Quant au reste du traitement, il se résume à ceci, tenir l'œil propre en faisant des lavages répétés au cyanure de mercure au 1/1500 et en faisant usage de compresses froides.

À côté des traumatismes par explosion de dynamite peuvent être rangés, par ordre de gravité, les accidents par décharge d'armes à feu. Nous en avons observé deux cas, il y a quelques années, qui offrent quelque intérêt. Le premier se rapporte à une jeune fille de 12 ans, qui s'amusait, le jour de la fête de la Reine, à jouer avec ses compagnes dans la cour chez des voisins. Des petits garçons attroupés non loin de là s'amusaient à lancer des pétards; d'autres, pourvus d'armes plus dangereuses, tiraient avec des cara-

bines Flaubert chargées à balles. A un moment donné, une balle vient frapper par ricochet l'œil de la jeune fille et la renversa baignée dans son sang et privée de connaissance. Appelé auprès de la malade, nous constatâmes que l'œil était largement ouvert, les paupières et la conjonctive œdématisées et recouvertes de sang. A l'aide d'une sonde, nous sentîmes un corps dur au niveau du cristallin et enlevâmes avec une paire de pinces une balle aplatie mesurant à peu près un demi pouce dans son plus grand diamètre. Les suites de l'accident furent relativement heureuses; la plaie se cicatrisa et maintenant nous voyons quelquefois passer notre ex-patiente sur la rue St-Denis, elle est grande fille et porte un œil artificiel.

Le cas suivant offre aussi quelque intérêt :

A. P., journalier, âgé de 32 ans, est conduit à l'hôpital Notre-Dame le 16 septembre. Il raconte qu'un de ses amis, en faisant partir la détente d'un revolver qu'il ne croyait pas chargé lui a logé, à la distance de 6 pieds, une balle dans l'orbite.

Le coup ne lui a pas fait perdre connaissance, mais il a été pris immédiatement de vomissements. A son entrée à l'hôpital deux heures après l'accident, les vomissements sont calmés, il souffre de céphalalgie, n'offre aucun symptôme de paralysie. On voit sur la face latérale droite du nez une plaie en sillon, partant du $\frac{1}{3}$ supérieur de la partie antérieure du nez et se dirigeant vers la caroncule lacrymale. La paupière inférieure est ecchymosée ainsi que la moitié interne de la paupière supérieure la conjonctive est œdématisée et ecchymosée. La pupille est dilatée. Les milieux de l'œil sont transparents, le fond de l'œil est grisâtre, la papille est pâle, les vaisseaux sont plus petits que du côté opposé. Le malade distingue les doigts à 5 pieds. Une sonde introduite dans la plaie de l'orbite ne révèle aucun corps étranger. Applications glacées sur l'œil. Les vomissements reparaissent, la céphalalgie devient plus intense. Un juge prend la déposition du malade. Le lendemain le chemosis a augmenté, la cornée est restée intacte, la pupille dilatée, les mouvements de l'œil sont très limités; la vision reste stationnaire. A l'ophtalmoscope on découvre un foyer hémorragique le long d'un vaisseau de la rétine. La teinte grisâtre du fond de l'œil persiste. Le jour suivant, le chemosis s'affaisse, le fond de l'œil présente à peu près le même aspect que la veille, l'acuité visuelle reste aussi la même. L'état général s'améliore, la céphalalgie diminue. Les jours suivants, le malade prend du mieux. Trois semaines après l'accident le patient peut quitter l'hôpital. Les maux de tête sont disparus, la pupille est encore dilatée, mais la vision s'est améliorée, le fond de l'œil est devenu normal.

Qu'est devenu la balle, quel chemin a-t-elle parcouru et où a-t-elle pu se loger; ceci est resté un problème. Le fait intéressant consiste surtout dans le peu de trouble qu'a causé la balle en

passant dans l'orbite au voisinage immédiat des six muscles moteurs du globe de l'œil, des vaisseaux et des nerfs qui se distribuent à l'œil et surtout du nerf optique et aussi dans la possibilité d'un enkyttement de la balle plus profondément, au-delà de l'orbite.

Aux dernières nouvelles, quelques mois après l'accident, le patient n'accusait aucun autre trouble qu'une dilatation de la pupille de l'œil atteint et d'une légère diminution de la vue de ce côté.—(A suivre).

Des principaux éléments de succès en cœliotomie; (1)

par A. Laphorn SMITH, M.D., Laval, M. R. C. S., Eng.,
de Montréal.

Hémorrhagie.—D'après les informations prises et l'expérience que j'en ai, je constate que l'hémostase parfaite occupe le second rang parmi les grands éléments de succès en opérations abdominales. En effet, pour un grand nombre des savants opérateurs interrogés sur le sujet et qui ont bien voulu répondre à mes questions, l'hémorrhagie aurait été chez leurs patientes la principale cause de la mort après la septicémie. L'hémorrhagie est primaire ou secondaire. Quelques-uns ont répondu que leurs patientes étaient mortes de choc; mais il eut mieux fallu retrancher ce terme et tous les décès autrefois classés sous ce titre étaient plutôt dûs aux hémorrhagies secondaires ou primaires ou à l'anesthésie prolongée.

Un mot maintenant de mon cas d'hémorrhagie qui s'est terminé par la mort; chez cette malade, le sang s'était écoulé par une déchirure faite dans le pédicule même qui avait été ligaturé par segment, la tumeur était si grosse qu'on avait été obligé de couper le pédicule à mesure que l'on procédait aux ligatures. Le tube à drainage avertit bientôt qu'il se produisait une hémorrhagie abondante et réouvrant l'abdomen, je constatai que le sang venait du ligament large par une petite artère que la déchirure avait ouverte et qui se trouvait en dessous de la ligne des ligatures. Cette mort ne serait pas arrivée si, après avoir attaché le pédicule par segments, j'ous englobé le tout dans une ligature en masse assez basse pour y comprendre la déchirure. J'eus bien vite attaché l'artère saignante, mais la patiente était devenue trop faible pour supporter la seconde opération. A ma connaissance, plusieurs autres cas de mort sont arrivés par le glissement d'une ligature à la suite d'un simple enlèvement des annexes utérins. Il semble difficile à comprendre comment cet accident peut arriver si l'on traverse le pédicule au moyen de deux ligatures qui se croisent et que l'on

(1) *Suite et fin.* Voir le numéro de mars 1894.

attache de chaque côté, ayant le soin de ramener sur eux-mêmes les derniers fils noués et de les attacher de nouveau en comprenant tout le pédicule dans une ligature en masse. Une telle ligature ne peut pas glisser. Le gros catgut de bonne qualité et convenablement préparé est pour cette fin même plus sûr que la soie, car le catgut se contracte lorsqu'il est mouillé.

On peut facilement en avoir la preuve. On attache avec la soie et le catgut, plaçant les fils à une faible distance l'un de l'autre, un morceau de laminaria distendue, puis on le jette dans l'eau, au bout d'une heure ou deux, le catgut produira une forte constriction sur cette substance élastique, tandis que la ligature de soie exercera toujours la même pression qu'au moment où elle aura été appliquée. S'il y a de vastes adhésions, il faut faire de petites sutures au catgut; pour l'exudation qui se produit, une abondante irrigation avec de l'eau très chaude est suffisante pour la contrôler. Souvent m'attendant, à beaucoup d'exudation, j'ai fermé l'abdomen après avoir placé le tube à drainage, puis après avoir passé les 24 heures suivantes très inquiet, je n'ai pas retiré du cul de sac de Douglas plus d'un demi once de liquide. Lorsque l'intestin est déchiré les sutures de Lambert arrêteront mieux l'hémorragie que le galvano-cautère. Ainsi, dans un cas où, après un mois, j'eus l'occasion de faire une seconde opération pour l'enlèvement d'un abcès de l'ovaire resté en place, je trouvai qu'une petite surface intestinale que j'avais touchée avec le galvano-cautère, afin d'arrêter l'hémorragie était ferment agglutinée avec les circonvolutions intestinales avoisinantes, dont il était impossible de la détacher. Je pense que nous pouvons nous exempter d'introduire les astringents dans l'abdomen, le perchlorure de fer, par exemple, dans tous les cas où j'ai entendu dire qu'on en avait fait usage les patientes moururent de péritonite. La pression au moyen de la gaze stérilisée est sûre et semble n'avoir aucun mauvais effet. Sans doute, la plus grande somme d'hémorragie est due aux opérations trop longtemps prolongées, ainsi sous le titre : Opérations prolongées, on peut inclure non seulement la plupart des cas de décès dus à l'hémorragie, mais encore ceux qui proviennent d'une trop longue anesthésie, car c'est précisément le trouble que donne le décollement des adhésions et l'arrêt de l'hémorragie qui en résulte, qui retarde l'opération, cependant, l'anesthésie prolongée est elle-même une des principales causes du mauvais résultat de l'opération. Le tube à drainage est une sentinelle vigilante qui nous avertit de l'hémorragie et pour cette seule raison, il faut continuer de l'employer. Voici les objections qui sont contre lui : 1ère, il donne une porte d'entrée aux germes septiques et 2ème, la petite ouverture qu'il occupait reste faible et peut donner lieu par la suite à une hernie des parois abdominales.

La première objection doit être mise de côté, car si la garde-malade qui est chargée de vider le drain prend les précautions

ordinaires, il y a peu de danger d'infection par le tube, et comme preuve, je puis dire qu'à l'hôpital des femmes, je n'ai jamais eu de cas de décès dû à la septicémie à la suite d'une section abdominale, pourtant la plupart des opérations sont faites dans la même chambre et les malades sont ensuite traitées dans les salles communes de l'hôpital avec un résultat tout aussi bon que celles qui sont dans les chambres privées, cependant, chez la plupart de ces malades on applique un drain pendant un ou deux jours. Outre cela, le drain est bientôt enkysté et séparé des intestins comme par un mur. Ceci est parfaitement prouvé lorsqu'il se produit une fistule, les fèces s'écoulent par le canal que le drain a laissé après lui, passent à travers les circonvolutions intestinales sans se mêler aux intestins et sans produire de péritonite.

La seconde objection doit aussi être rejetée, car si l'on supporte assez longtemps et de la manière que je vais décrire l'ouverture laissée par le tube et fermée par granulation, elle sera aussi solide que n'importe quelle autre partie de la paroi abdominale et il n'y aura pas de danger de produire une hernie.

Anesthésie prolongée.—Nous envenons maintenant au cas de mort arrivant à la suite d'une anesthésie trop longtemps prolongée, mort souvent classée sous le titre vague de choc. C'est un fait bien connu qu'il y a des opérateurs habiles mieux doués de patience et de persévérance que de jugement qui continueront une opération jusque pendant quatre heures. Ceci est plus que la chair et le sang humain peut supporter, car dans tous les cas de ce genre qui sont venus à ma connaissance les patientes sont mortes. Lorsque nous songeons au degré de narcotisme profond sous l'effet duquel nous sommes obligés de tenir nos patientes pendant toute la durée d'une section abdominale, au délicat tissu du péritoine qui, pendant tout ce temps, est rudement manipulé, il nous est impossible de s'attendre à d'autre résultat qu'à une mort certaine. Nous constatons que les opérateurs dont les décès sont de 3 à 4 par cent ont réduit minute par minute le temps nécessaire pour faire telle ou telle opération, qu'ils sont d'une grande habileté et d'une grande expérience, si bien que ce qui occuperait pendant une heure un chirurgien peu habile, ils le feront peut être en vingt minutes. On peut presque poser comme règle générale qu'il vaut mieux ne pas entreprendre une section abdominale si elle doit durer au-delà d'une heure et si on l'a commencée il vaut mieux cesser dès que l'heure s'est écoulée.

Je n'eus qu'une fois l'occasion d'admirer le jugement d'opérateurs célèbres qui, se trouvant en présence d'adhésions qui leur étaient impossible de rompre en une heure, eurent le courage d'arrêter l'opération et de préserver la vie de la malade, tandis que tant de fois j'ai regretté de voir tourner en un résultat inévitablement fatal une opération qui aurait bien réussi, n'ont été les efforts inutiles faits dans le but de la rendre parfaite aux dépens

de la vie de la patiente. C'est pourquoi, tout ce que l'on peut attendre de l'habileté et de l'attention la plus stricte doit être mis en œuvre, afin de sauver un temps qui contribue dans une si grande mesure au succès de l'opération. Pour cette raison, tout discours ou autre intervention de la part des visiteurs et des assistants qui pourrait enlever à l'opérateur un seul moment d'attention ou le distraire de son travail doit être supprimé, ce n'est pas le moment de donner une lecture pratique pendant une section abdominale, car il y a peu de gens qui, comme Jules César, peuvent faire sept choses à la fois et tandis qu'ils sont à donner une lecture, à conter une histoire ou à écouter une plaisanterie, ils perdent au moins quelques moments précieux, augmentant d'autant les risques de l'anesthésie prolongée. Il ne doit pas se prononcer un seul mot qu'au moment où l'abdomen est suturé et qu'on a discontinué d'administrer les anesthésiques.

Soins à donner aux intestins.—Le quatrième élément de succès est le soin des intestins, un des points les plus importants à leur sujet se trouve résumé dans ces paroles d'un des plus célèbres opérateurs américains: "Il faudrait, dit-il, ne jamais voir les intestins et plus d'une fois j'ai constaté la vérité de ce proverbe, si je ne vois pas les intestins pendant une opération, il me reste très peu d'anxiété sous le rapport de leur traitement ultérieur, si je les vois pendant l'opération, ou ce qui est plus encore, si les matières s'échappent de l'abdomen et reposent sur les parois externes ou sur la table, peu importe, le trouble que l'on se donne pour les protéger avec des serviettes chaudes, ou de la soie huilée, je sais qu'il sera très difficile de les traiter ensuite. Que ce soit dû à la paralysie du grand sympathique provoquée par le contact de l'air ou par une manipulation trop prolongée injuriant le péritoine." C'est un fait bien connu que les intestins qui ont subi de grandes manipulations donne du trouble et par la suite causent beaucoup d'anxiété. Les cas de décès survenant à la suite d'intervention aux fonctions intestinales ne sont pas aussi communs que ceux qui résultent de la septicémie, de l'hémorrhagie ou de l'anesthésie prolongée.

Quelques opérateurs m'ont cependant répondu que cette intervention leur avait enlevé des malades. Bon nombre d'entre eux ont même réouvert l'abdomen plusieurs jours après, ont trouvé l'obstruction et sauvé leurs patientes; mais dans d'autres cas les intestins refusèrent absolument de fonctionner. On constatera généralement que tel cas où les intestins ont subi beaucoup de manipulations soit en dehors de l'abdomen ou bien encore on les a épongés à outrance sans les exposer à l'extérieur donnera quelque peu de distention avec tympanisme, puis de la paralysie. Mais au lieu de se servir d'éponge si on lave la cavité abdominale au moyen d'une abondante injection d'eau chaude, les intestins fonctionnent naturellement un jour ou deux après l'opération.

Ceci est un puissant argument qui doit nous porter à employer l'irrigation au lieu des éponges pour le nettoyage du péritoine. Non seulement les éponges ne constituent pas un moyen suffisant pour enlever toutes les particules des matières septiques, mais encore si on leur substitue l'eau chaude et s'il reste un peu de cette eau dans la cavité abdominale, la lymphe que secrète les surfaces fraîchement dénudées se trouve diluée et les dangers d'adhésion entre les replis intestinaux sont diminués d'autant. Pour cette raison, je crois qu'il serait bien dans tous les cas de laisser un peu d'eau dans le péritoine, il est d'ailleurs bien capable de l'absorber lorsqu'elle ne sera plus nécessaire, si elle ne s'écoule pas par le drain, comme cela arrive ordinairement. Dans des cas désespérés de distension abdominale, quand tous les moyens pour enrayer le tympanisme ont échoué, je dois au professeur Skene la prescription suivante que j'emploie alors et qui devrait être connue de tous :

Quinine	6 à 8 grs.
Acide sulphurique aromatique.....	q.s. pour dissoudre.
Eau	5 I.
Acacia	q. s. pour adoucir la mixture.—En lavement.

Au moment de l'administrer, on ajoute assez d'eau chaude pour que la température du liquide soit égale à celle du rectum. Si, dit-il, il y a aucune possibilité de soulager la flatulence, on y arrivera par ce moyen, c'est aussi un excellent remède pour supporter les forces de la malade. Au fait, il croit que c'est par son action tonifiant sur l'intestin que cette mixture soulage la flatulence. Plutôt que de laisser mourir la malade de flatulence, il faut réouvrir l'abdomen. J'eus connaissance d'un cas où, ayant pratiqué cette seconde opération, on trouva les intestins adhérents à l'incision abdominale, on aurait pu prévenir cet accident en ramenant l'ouverture en bas et pardessus les viscères avant de fermer la plaie.

Autres éléments de succès.—Aux éléments de succès qui sont nécessaires pour éviter les quatre principales causes de mort ci-haut mentionnées, il faut ajouter d'autres petits accidents que l'on doit éviter, si nous souhaitons bien réussir. Ainsi, on peut difficilement regarder comme satisfaisant un cas où l'on a comme résultat une hernie douloureuse, l'ovaire qui faisait souffrir la malade étant enlevé. C'est pourquoi il est bon de dire quelques mots sur les moyens d'éviter la hernie. Lorsque les bords de l'incision sont amenés ensemble, bien nets et non écrasés, les couches de tissus étant en parfaite opposition, nous obtenons une union par première intention. Sous ce titre, sont inclus tous les cas d'union opérée sans suppuration ou granulation. Cependant, il n'est pas absolument nécessaire qu'il y ait une exudation de lymphe plastique. L'union par première intention idéale est celle où les surfaces coupées, fibres ou vaisseaux correspondent et s'unissent dans une opposition parfaite, ce qui, probablement, n'arrive jamais.

après une section abdominale. L'union se fait plutôt au moyen de la lymphe plastique que secrète l'une et l'autre surface constituant un ciment gélatineux qui s'organise ensuite et se transforme en tissus fibreux de couleur blanche. Nous avons une bonne idée de ce phénomène en observant ce qui arrive lorsque le chirurgien qui s'occupe d'orthopédie sectionne le tendon d'Achille pour guérir le pied équin, une fois le tendon divisé on laisse le pied dans sa position vicieuse pour trois jours, donnant au tendon sectionné le temps de se souder de nouveau par la lymphe plastique qu'il secrète. Lorsqu'une quantité suffisante de cette lymphe est exudée sans attendre que le tendon soit fermement uni, tandis qu'il est encore élastique, le chirurgien place graduellement le pied à angle droit avec la jambe jusqu'à ce qu'il y ait une espace de deux pouces entre les bouts des tendons que tient unis entre eux cette bande de lymphe plastique encore molle.

On laisse alors le pied dans cette position jusqu'à ce que ce nouveau tissu soit complètement organisée, le patient jouira alors de l'usage parfait de son pied. La même chose arriva après une section abdominale et la grande fréquence de la hernie est due à l'enlèvement trop précoce des sutures lorsque la lymphe plastique encore molle et élastique n'est pas suffisamment organisée en tissus fibreux blanc. En laissant comme support les sutures de crin de Florence pour un mois après l'opération on évitera non seulement la hernie, mais aussi on s'exemptera les craintes que donne les excès de toux ou autres efforts de la part de la malade, pouvant rupturer l'incision et donner issue aux intestins qui se répandent à l'extérieur, comme cela est arrivé dans plusieurs cas. Si on laisse en place pendant un mois les sutures de crin de Florence, comme j'ai fait dans mes 15 ou 18 derniers cas, ils ne peuvent causer aucun mal et il est impossible que cet accident arrive. Bien que je ne sois pas positif sur l'espace de temps qu'exige cette lymphe plastique pour se transformer en tissus fibreux blanc très solide, cependant, je serais en faveur de laisser les sutures en place jusqu'à ce que cette transformation soit complète. Dans mes derniers cas, j'ai suturé profondément les bords incisés des fascia de l'abdomen avec du crin de Florence. Ces sutures resteront là toute la vie, rendant la hernie absolument impossible. J'introduis ces sutures les dernières, au moment d'attacher celles qui doivent clore complètement la plaie.

Nous pouvons donc dire que les éléments de succès en cœliotomie, autant qu'ils nous sont connus jusqu'aujourd'hui, consistent dans la prévention de la septicémie ou péritonite, de l'hémorragie, de l'anesthésie prolongée, de la blessure des intestins et de la vessie, de la hernie abdominale et de l'abcès des parois. D'après l'expérience d'un grand nombre d'opérateurs, nous concluons que si nous ne perdons pas de malade d'aucune cause ci-dessus mentionnée, nous pouvons tout aussi bien faire mille opérations qu'une centaine, sans avoir à enregistrer un seul cas de décès.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Diagnostic différentiel d'une douleur abdominale chez la femme.—Dans la clientèle, on est appelé quotidiennement à résoudre ce problème ardu.

Rien de plus banal : une femme accuse des douleurs abdominales, récidivantes et de longue durée. Elle consulte et, le plus souvent, avec l'idée obsédante d'une affection utérine.

L'insistance d'une telle malade, chacun l'avoue, est parfois trop suggestive. Elle peut, on en a cité des exemples, conduire à des interventions opératoires dont certains chirurgiens sont prodigues, à en juger par les récents débats de la Société de chirurgie sur les douleurs pelviennes post-opératoires. Au médecin de décider par la précision de son diagnostic pathogénique et différentiel.

La douleur abdominale est *pariétale*, *pelvienne*, *névralgique* ou *extra pelvienne*. Voilà le point de départ clinique et banal à l'aide duquel on s'orientera dans cette exploration diagnostique.

Première question : la sensation pénible que la malade accuse, est-elle une *douleur pariétale* ?

Dans l'affirmative, elle a pour origine la faiblesse des parois abdominales, la distension ou la fatigue musculaire ou une sensibilité individuelle excessive. Comme caractères : persistance extrême localisation indécise et provocati n seulement, dans la station debout ou pendant les efforts de la marche. Jusque-là, rien que de simple.

Persiste-t-elle cependant dans le décubitus dorsal ou malgré le repos ? On soupçonnera les viscères et l'utérus ; on les explorera.

Si cette exploration attentive fait constater leur intégrité, plus de doute, par élimination, on s'arrêtera au diagnostic de douleur musculaire en rapport avec l'anémie ou la neurasthénie. Donc, au point de vue pratique, il y a urgence d'examiner, dans la station debout et le décubitus dorsal, toute maladie accusant ce symptôme.

Deuxième question. Il s'agit d'une *douleur pelvienne*. Ici encore, deux cas. Cette douleur est-elle *inflammatoire* ou *congestive* et causée par une métrite chronique, la salpingite, l'ovarite, une périmétrite, la congestion ou un déplacement de l'utérus ? Profonde, rémittente, atténuée, mais non abolie par le décubitus, elle aura son foyer aux lombes ou dans le bas-ventre. Voilà pour ses caractères.

Elle sera localisée.

La zone de la *douleur ovarienne* se trouve, on le sait, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure; celle d'une *douleur utérine* à l'hypogastre ou au sacrum. L'acte vénérien et la menstruation l'augmentent.

Dépend-elle de la contracture du muscle utérin? Cette *douleur de contracture* est paroxystique; ses crises durent une minute au plus et sont suivies de périodes de rémission absolue. Un médecin anglo saxon, qui en a donné une bonne description, Hermann, remarque que le décubitus ne la modifie point; c'est la douleur abdominale du fibrome ou d'une crise de dysménorrhée.

Troisième question. On soupçonne une *douleur névralgique*. Celle-ci est indépendante de la position debout ou couchée de la malade et en rapport avec un état morbide général: anémie, neurasthénie, névropathie, etc. Elle s'améliore et s'aggrave en raison, cela se comprend, des vicissitudes et de l'évolution de cet état morbide. Elle est intermittente, n'accompagne point des troubles viscéraux ou fonctionnels susceptibles d'en donner raison, mais s'associe ou alterne avec d'autres douleurs névralgiques diversement localisées sur diverses régions. Bref, c'est une douleur remittente et mobile, caractère commun aux diverses manifestations du nervosisme.

Quatrième question. On suppose une *douleur extra pelvienne* et on est disposé à mettre en cause la foie, l'intestin, l'estomac et le rein?

L'hypothèse d'une colique hépatique ne paraît point légitime. La douleur qui l'accompagne est vive, épigastrique, paroxystique, suivie de rémission en rapport avec le cheminement du calcul biliaire et accompagnée de nausées ou de vomissements.

Dans les coliques intestinales, la douleur siège à l'ombilic sur le trajet des côlons ascendants, transverse ou descendant; le décubitus dorsal ne l'atténue point; l'expulsion de gaz ou la défécation la diminuent.

Existe-t-il une douleur intestinale par adhérence de l'S iliaque et consécutivement à une péritonite pelvienne? Cette douleur accompagne le cheminement du bol fécal dans cette portion de l'intestin; elle est donc transitoire, précédant la défécation et cessant après cet acte. Comment la confondre avec des douleurs abdominales, pelviennes ou pariétales?

Il suffit, pour mémoire de mentionner les *douleurs stomacales* celles de la dyspepsie, de l'ulcère, du cancer et de la gastralgie. L'ingestion des aliments calme les secondes et augmente les premières; elle ne modifie jamais les douleurs d'origine vraiment abdominale.

Est-il relativement aussi aisé de différencier ces dernières avec les *douleurs rénales*.

La douleur de la colique néphrétique est violente, paroxystique

et souvent accompagnée de vomissements. Les urines contiennent du sang ou des graviers. A défaut d'une expulsion de ces corps étrangers retenus dans l'urètre, on pratiquera la palpation qui fait constater, symptôme révélateur, le gonflement et la sensibilité exagérée de l'un des reins.

Une cause d'erreur, cependant, que M. Herman signale, après Duncan, consiste dans une sensibilité exagérée de cet organe, en l'absence de pyélite, de calculs ou de lésions inflammatoires. Elle est en rapport, d'après ces observateurs, avec le degré de concentration de l'urine, l'irritation causée par le passage de cette dernière à travers le filtre rénal et, ajoutent-ils, des dépôts cristallins de sels urinaires dans les conduits excréteurs. Pour la faire disparaître, il suffit (moyen à la fois de diagnostic et de traitement) de faire ingérer en abondance des boissons délayantes et diurétiques.

L'urologie microscopique et chimique permet de distinguer la douleur de la néphrite chronique et de la pyélite ; ici encore, possibilité d'un diagnostic précis.

Quant à la douleur du rein mobile, avec étranglement, obstacle à la circulation, ou congestion, elle est aiguë, dure quelques jours et disparaît avec la cause de l'accident.

Ainsi donc, le diagnostic des douleurs abdominales est affaire de tact clinique. Les auteurs classiques s'y arrêtent peu ! Pourquoi ? C'est un tort.—*Revue de Clinique et de Thérapeutique.*

Contusion violente du rein droit.—Hématuries, coliques néphrétiques. — Guérison. — Par le Dr BOIFFIN. — Les indications thérapeutiques sont actuellement encore assez mal déterminées dans les contusions du rein, et ce genre de traumatisme est assez rare pour que le fait suivant soit étudié :

M. C..., 48 ans, de forte constitution, fit une chute de voiture, le 19 novembre 1891, dans les conditions suivantes : il marchait à grande vitesse, quand il heurta un chariot pesant ; il fut projeté hors de sa voiture à terre, et la voiture elle-même, se renversant sur le côté, lui retomba sur le flanc droit, le train reposant sur les pavés. La douleur immédiate fut extrêmement vive, cependant M. C. put remonter en voiture qu'il conduisit lui-même jusque chez lui, à 3 kilomètres. En arrivant il se met au lit avec de vives douleurs lombaires, avec des menaces de syncope. Son médecin le voit une heure après son arrivée, et ne pouvant obtenir une miction spontanée, il essaie de passer une sonde. Celle-ci est arrêtée avant d'arriver à la vessie ; mais aussitôt après le malade urine seul, l'urine est sanglante, et contient de gros caillots cruoriques très denses, allongés.

Dans l'après-midi, grandes douleurs s'étendant du rein droit à la vessie, par crises ; issue de caillots avec l'urine. Le traitement consiste en 12 sangsues sur la région lombaire droite, cataplasmes laudanisés sur le ventre qui est très sensible.

Le soir même, je vois le malade avec son médecin : la journée a été très pénible. Le malade est très agité et inquiet ; les dernières urines sont moins sanglantes, on ne trouve aucune trace d'ecchymoses sur la région malade, le ventre est légèrement ballonné.

En palpant le flanc droit on détermine une vive douleur, et on ne parvient pas à sentir de collection profonde ; la douleur est moins vive au niveau de la vessie, le pouls est un peu fréquent, pas de fièvre. On applique une vessie de glace sur le flanc droit et on fait plusieurs injections sous-cutanées de morphine dans la nuit.

Le lendemain matin, il y a eu plusieurs crises de douleurs dans la nuit, l'urine est à peine teintée en rouge, ballonnement léger du ventre ; flanc droit-sensible à la pression, mais pas de tuméfaction rénale ; pas de fièvre. Le soir, le ballonnement a augmenté, le ventre est plus sensible à la pression, hoquet répété température 39°5.

Le 21, la nuit a été plus calme, les douleurs abdominales et lombaires sont moins vives, le ballonnement est encore assez marqué. Même traitement. Dans les jours suivants, l'amélioration se continua : mais huit jours plus tard, nouvelles hématuries pendant trois jours. Guérison. Revu un an après, le malade n'accuse aucun trouble.

Cette observation présente un certain intérêt au point de vue thérapeutique, car elle montre par le résultat heureux de l'expectation que l'intervention immédiate, recommandée par Simon en Allemagne, dans les hématuries graves, doit rester encore le plus souvent dans le domaine de la théorie.

Un point intéressant, c'est le retour des accidents plusieurs jours après leur disparition complète, alors que tout semblait terminé et les vaisseaux rénaux déchirés définitivement oblitérés : cette rechute, que l'on retrouve notée dans plusieurs observations, montre combien le repos doit être prolongé après cette sorte de traumatisme ; dans un cas de Maunoury de Chartres, c'est après le retour de l'hématurie à 15 jours d'intervalle que la suppuration envahit le foyer de contusion du rein, et entraîna la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Dans notre observation, il n'y eut pas d'infection du foyer rénale, la résorption du sang épanché, et la cicatrisation de la plaie contuse du rein se firent d'une façon aseptique. Or dans plusieurs faits semblables, il n'y a que le cathétérisme qui puisse être incriminé comme cause de la suppuration, et les accidents semblent suivre cette marche : infection des contenus sanguins de la vessie, rétention d'urine par caillots, infection ascendante par l'uretère de la plaie rénale. Cette pathogénie indique combien doit être réservé et surtout aseptique le cathétérisme dans ces cas.

Bien que l'abondance de l'hématurie ait été grande, bien que les caillots formés au niveau du rein aient été la cause de coliques néphrétiques très violentes, et prolongées, il n'y a pas là d'indications suffisantes pour une intervention sanglante qui serait grave par

elle même, car la découverte du foyer sanguin peut être la cause d'une hémorragie redoutable sur le champ, si l'opérateur éprouve quelques difficultés à trouver les vaisseaux qui donnent le sang et s'il est conduit à faire une néphrectomie immédiate.

La terminaison heureuse des accidents sous l'influence de traitement médical dans notre cas n'est donc pas favorable à l'idée d'intervention au moment de l'hématurie, selon la théorie de Simon.

Une seule indication est actuellement bien nette et bien formelle pour l'ouverture du foyer rénal, c'est la suppuration qui se révèle surtout par des phénomènes fébriles graves et des accidents locaux quelquefois mal déterminés.—*Gazette med. de Nantes.*

Sur un nouveau signe de la péricardite.—Dans sa thèse sur la péricardite des enfants, M. le docteur Peyré attire l'attention sur un signe particulier de la péricardite décrit récemment par le docteur Pins (de Vienne) et par MM. Perret et Devic (de Lyon); il cite de nouvelles observations personnelles montrant que ce signe peut être précieux dans une maladie dont le diagnostic est généralement fort difficile. Voici comment Pins a décrit ce signe.

Si l'on percute assis un malade atteint de péricardite avec épanchement, on trouve une "matité absolue ou relative depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la ligne axillaire." A l'auscultation on perçoit au même niveau un souffle bronchique très aigu, ayant le timbre de la voyelle E, un renforcement du frémissement vibratoire; et dans le centre de la matité de la bronchophonie, il n'y a, malgré cela, ni râles, ni frottements.

Si l'on fait pencher le malade en avant, et si l'on examine après quelques minutes, on trouve au lieu de la matité un son clair et plein. Là où tout à l'heure la matité était absolue, on trouve un son tympanique, et le souffle bronchique a presque disparu. Le même changement a lieu si on fait coucher le malade sur le côté gauche; mais dans la position couchée sur le ventre, le changement est encore plus complet.

De même, MM. Perret et Devic ont noté des signes pleuro-pulmonaires du même genre, quoiqu'en réalité le péricarde seul fût atteint. Ils ont constaté à la base du poumon gauche l'existence d'une matité ou d'une sub-matité assez étendue, s'accompagnant de souffle, de bronchophonie sans râles. Ces symptômes augmentaient et diminuaient d'intensité en même temps que l'épanchement subissait les mêmes oscillations. Ces signes étaient déterminés par la compression du poumon et de la bronche gauche par le sac péricardique distendu. Ces signes disparaissaient, lorsqu'on faisait prendre à l'individu la position gèno-pectorale. Les deux observateurs ont remarqué qu'ils ne se montrent pas indifféremment chez tous les malades; on les trouve chez les individus jeunes, à corpulence grêle, à thorax rétréci d'avant en arrière et qui ont la paroi thoracique peu épaisse. Ils affirment que pour

que ces signes se manifestent, il faut un épanchement assez abondant. Les auteurs sont amenés à se demander si certains cas de pleurésie, qu'on a signalés dans certains péricardites, n'étaient pas des signes de compression pulmonaire.

Ces divers signes pleurétiques, que l'on entend à la base du poumon gauche, matité, souffle aigu sans râles, bronchophonie, ne répondent donc pas à un épanchement dans la plèvre. Il suffit de faire mettre le sujet dans une position telle qu'on décomprime le poumon, pour que tous ces signes cessent et que tout rentre dans l'ordre. Ces symptômes de pseudo-pleurésie sont causés par l'atélectasie du poumon comprimé par le liquide péricardique. Cette compression est très facile chez l'enfant, dont le thorax est tout petit eu égard à la grosseur du cœur.

Les cas recueillis par M. Peyré viennent confirmer cette manière de voir qui montre que si on perçoit des signes de pleurésie gauche chez un enfant, on devra rechercher s'il n'y a pas quelque lésion du côté du péricarde et voir en même temps si ces symptômes subsistent dans la position génu-pectorale.

Grâce à ces signes de pseudo-pleurésie, et à ceux signalés par les auteurs classiques, on reconnaîtra le plus souvent l'existence de la péricardite.—*Journal de médecine et de chirurgie pratique.*

CHIRURGIE.

Du tubage dans le croup ; procédé opératoire, par le docteur RABOT, médecin de la Charité. — Bien qu'ayant reçu, fin 1891, la boîte d'O'Dwyer pour l'intubation laryngée, cette intervention n'a été courageusement appliquée dans mon service qu'en janvier 1893. La raison en était aux difficultés que j'avais éprouvées : pour être plus franc, à l'impossibilité où je m'étais trouvé de faire le tubage. La trachéotomie était le seul traitement appliqué à toutes sortes de sténose laryngée.

En 1891, M. Ferroud, ancien élève de Lyon et interne à Saint-Étienne, très habitué au tubage, voulut bien intervenir devant moi. Il le fit avec tant de brio que je ne rêvai plus que de l'imiter. Peu à peu j'arrivai à le suivre. Les difficultés de l'introduction étaient à peu près vaincues : l'extraction restait impossible. Les résultats en outre avaient été si malheureux que j'abandonnai l'intubation une seconde fois. Un premier pas cependant avait été fait.

Je lus enfin une communication d'un professeur de Vienne (Autriche) qui tout comme moi ne semblait pas très familiarisé avec l'extracteur. Il proposait en laissant le fil de place et en espé-

rait les plus heureux résultats. Une nouvelle impulsion m'était donnée, et la diphtérie aidant, je fus complètement maître de l'instrument d'O'Dwyer.

Je laisse de côté l'histoire et ne parlerai de l'arsenal de l'intubation que pour en féliciter son auteur. Que Schröber se serve depuis 1860 de tubes pareils, cela est possible. O'Dwyer le premier a appliqué le tube, le porte-tube et l'extracteur au traitement du croup. Il est juste de lui en exprimer toute notre reconnaissance. Son outillage lui fait le plus grand honneur, car il est parfait.

Je ne parlerai pas des instruments bien connus. Une visite au fabricant édifiera les amateurs de tubage mieux que je ne saurais le faire.

Je vais maintenant décrire l'intubation laryngée en insistant sur quelques points. A la question qui doit se poser : Quand doit-on faire le tubage ? La réponse est facile : Au moment précis où l'on ferait la trachéotomie. Je suppose l'intervention décidée.

Intubation.—L'enfant est laissé dans son lit, tandis que l'opérateur fait ses préparatifs. Il choisit d'abord le tube qu'il doit employer, en se servant de la mesure métrique de la boîte basée sur l'âge. Le tube choisi, il coupe une longueur de fil de soie de 30 à 35 centimètres, passe ce fil dans l'œillet du tube et en noue les deux chefs à leurs extrémités. Il s'assure que l'ajustage est parfait, que l'obturateur et le porte-tube sont en ligne droite, l'obturateur faisant un angle droit sur le porte-tube. Il monte alors l'obturateur sur le tube. La tête de ce dernier doit être placée la face inclinée en avant, le fil est alors à la gauche de l'opéré et naturellement dans la main droite de l'opérateur qui va l'y garder. Il s'assure que le tube tombe facilement.

A ce moment l'enfant est pris par les aides. Si l'opérateur a plusieurs personnes avec lui ; l'une tiendra les mains, l'autre l'ouvre-bouche ou la tête du patient, une troisième le petit malade. S'il n'a qu'un aide à son service, l'opéré sera rigoureusement emmaillotté. L'aide sur les genoux duquel l'enfant sera assis fera bien d'y placer une toile cirée, la défécation n'étant pas rare si l'intubation est longue. Les jambes de l'opéré sont placées et fixées entre les genoux de l'aide qui peut en même temps, en appuyant sur le front, relever légèrement la tête. L'enfant ainsi placé, l'ouvre-bouche est mis en place. Si le médecin n'a pas à son service l'ouvre-bouche de Dehard, il veillera à ce que celui dont il peut se servir ne dépasse pas trop l'arcade dentaire, et ne tienne pas une très grande place dans la cavité buccale. En achetant un ouvre-bouche, faire en sorte d'avoir un acier de bonne qualité, c'est à dire que l'instrument ne se fausse pas ou ne se casse pas sous la dent, petits accidents que j'ai eu l'occasion d'observer. Le placement de l'ouvre-bouche n'est pas toujours facile. Une fois en place le spectacle est horrible, l'enfant semble en imminence de crises convulsives. L'opérateur s'agenouille alors devant lui. Il est possi-

ble de faire le tubage le malade couché. Il est alors nécessaire que le lit ne soit pas trop haut et que le menton se trouve un peu relevé. Le médecin enfonce son index gauche dans la bouche et va à la recherche du larynx. Il doit s'assurer de la position de l'épiglotte et bien se rappeler que dans le mouvement qu'il vient d'exécuter, souvent l'épiglotte est refoulée et abaissée sur le larynx. Dans ce cas il porte alors son index derrière le larynx et cherche à relever l'épiglotte en ramenant son extrémité digitale vers la langue. Temps parfois difficile.

L'opérateur ne doit pas se contenter de renverser l'épiglotte sur la langue. Son doigt se placera dans l'ouverture sus-glottique de façon qu'il sente en avant l'épiglotte et en arrière les cartilages aryénoïdes. De cette façon il les immobilise. On ne doit jamais perdre de vue, et j'insiste sur ce fait, que dans certains cas, alors que le tube est porté dans le larynx sans que les cartilages aryénoïdes aient été immobilisés, ces derniers se portent d'eux-mêmes sous le tube en s'abaissant, et au moment où l'opérateur déclanche le tube tombe dans le pharynx. Il ne reste plus alors qu'à recommencer. Si, au contraire, l'épiglotte est renversée en avant, les cartilages aryénoïdes immobilisés en arrière, rien n'est plus facile que de faire pénétrer le tube. Pour ce, le chirurgien tenant le manche du porte-tube dans sa main droite parallèlement à l'axe du corps fait pénétrer le tube dans la bouche jusqu'à ce qu'il rencontre l'index gauche qu'il doit suivre complètement. Arrivé sur le larynx, l'opérateur s'arrête et relève le manche du tube qu'il tient alors horizontalement. D'ordinaire ce tube pénètre de lui-même dans le larynx, l'opérateur déclanche, et avec l'index gauche appuie sur la tête du tube ainsi fixé. Un sifflement métallique annonce que le tube est en place. L'opération est terminée. Comme rapidité, avec un peu d'habitude, rien ne peut être comparé au tubage. L'opérateur s'assure alors que l'enfant respire bien. S'il y a de la cyanose, on la voit graduellement et rapidement disparaître, la toux prend un timbre métallique.

On a alors le choix de couper le fil, ou de le laisser collé sur la joue gauche du malade. Couper le fil et avoir soin de tenir la pulpe de l'index gauche sur la tête du tube, tandis que l'on coupe l'anse du fil, puis saisissant le chef où se trouve le nœud, on tire le fil pendant que l'index fixe le tube.

Laisser le fil en place, ce qui se fait facilement en collant le fil sur la joue du patient avec un peu de collodion. Dans ce cas on doit tenir les mains de l'enfant attachées. Chez les tout petits enfants il suffit de leur faire de gros gants avec du linge. Chez les enfants plus âgés, lorsqu'ils ont passé quelques heures liés, bien souvent il suffit de leur promettre de les rendre libres s'ils ne touchent pas au fil. Beaucoup acceptent. Enfin quelques-uns coupent le fil avec les dents, et l'on devra alors employer l'extracteur.

L'opération terminée, parfois la respiration se fait mal (des

membranes ont été déplacées ?), le tube est ramené en tirant sur le fil, des membranes sont parfois expulsées. Si la dyspnée revient ou persiste on recommence l'opération.

Le plus souvent tout est terminé, l'enfant respire bien, l'ouvre-bouche est enlevé ; l'enfant reporté dans son lit s'endort. D'autres fois il survient une toux pénible, quinteuse, durable pendant environ une heure et plus. Quelques gouttes de chloroforme suffisent pour que le calme se fasse.

Puis tout va pour le mieux en apparence, et tant vaut la diphthérie, tant vaut le tubage. Si la diphthérie est légère, le tubage est bien plus brillant que la trachéotomie. Si la diphthérie est sévère, tout va de mal en pis, moins cependant que dans la trachéotomie.

Soins consécutifs.—Il faut nourrir l'enfant. Pour cela on donne des aliments liquides, de préférence du lait tiède, pas de vin, et surtout pas de vin blanc, qui prend si désagréablement à la gorge quand on a de l'angine : on le donnera en petite quantité, à la cuillère. Les dernières gouttes provoquent bien souvent des quintes de toux fort pénibles. Certains malades peuvent avaler cependant sans difficulté. On évitera avec le plus grand soin de donner des pâtes sèches qui réduites en miettes viennent obturer le tube.

Je le laisse en général quatre ou cinq jours à moins que ne survienne de l'agitation ou une haute élévation de la température. Habitué à la trachéotomie, j'accuse vite le tube de ces méfaits. Si le fil a été laissé en place, rien n'est plus facile que l'extraction. Dans le cas contraire, il faut se servir de l'extracteur.

Extraction.—Là, il existe de véritables difficultés. Elles ne sont toutefois pas insurmontables.

Pour extraire le tube, l'enfant est placé comme pour l'intubation. Ici la tête n'est pas relevée, mais tenue parfaitement droite. Le spectacle est le même, tout aussi hideux. L'opérateur doit être bien maître de lui-même et se rappeler que la couronne de la tête du tube est très étroite.

Si donc il pose son extrémité digitale sur le rebord du tube et qu'il applique la pointe de l'extracteur à côté de la pulpe de son index, la pointe de l'extracteur tombe à peu près fatalement dans la lumière du tube ou très légèrement à sa gauche. Ceci posé, le médecin ayant dans sa main droite l'extrémité inférieure de l'extracteur, va avec l'index de la main gauche à la recherche du tube. Dès qu'il l'a trouvé, il place son doigt sur son rebord et dirige la pointe de l'extracteur sur la pulpe de l'index gauche. Dès qu'il a senti ce contact, il relève vivement le manche de l'instrument, de façon à ce qu'il soit horizontal, absolument comme dans l'intubation.

Alors seulement il appuie sur le ressort pour faire écarter les deux branches de la pointe. La cause trop fréquente de l'échec

est que le manche n'est pas assez relevé. La pointe ne pénètre pas assez dans le tube et l'instrument dérape. Si au contraire le manche est bien horizontal, la pointe de l'extracteur se trouve profondément dans ce tube tenu alors solidement par les branches qui s'écartent. L'instrument est alors ramené en dehors de la bouche, en tenant bien appuyé sur le ressort. Le degré d'écartement plus ou moins grand de ce dernier indique que le tube est saisi.

Malgré tout, l'extraction est difficile. Le larynx très mobile semble échapper au doigt de l'opérateur qui a la sensation d'une mer trop houleuse. Dans ses mouvements d'ascension et de descente le tube pénètre de lui-même sur la pointe de l'extracteur, puis s'en dégage. De là la difficulté de saisir le moment précis où l'on doit appuyer sur le ressort.

Pas plus pour placer que pour extraire le tube, je ne conseille l'usage du doigtier métallique. Il tient beaucoup de place et a le désagrément d'obliger le médecin à suivre de l'œil son instrument. Dès que l'index gauche est sur le larynx, le tubage devient une opération d'aveugle. L'ouvre-bouche doit suffire pour garantir le doigt du médecin. Si malgré tout cet instrument n'était pas à la hauteur de sa mission et si l'index était vivement pincé, l'opérateur ne doit pas chercher à le sortir de la bouche. Au contraire, il doit le porter vivement vers la base de la langue. Il détermine ainsi une nausée qui fait largement ouvrir la bouche. Enfin parfois impossible de dégager le doigt, d'où la nécessité de se laisser mordre.

Nettoyage et stérilisation des instruments.—Une fois le tubage terminé l'enfant au lit, l'opérateur doit songer à ses instruments. Je rappellerai ici que si le porte-tube n'est pas nettoyé très souvent il se rouille et ne peut plus fonctionner. Pour obvier à cet inconvénient, enlever la petite vis située à la partie inférieure du manche, puis tirer sur le tube; en faire sortir la tige qui porte l'obturateur, bien la frotter avec du papier verre très fin; passer dans le tube un rouleau de papier buvard; tremper la tige dans du pétrole et remonter l'instrument. Pour l'extracteur, il faut exiger désormais que la vis qui retient les différents organes de l'appareil ne soit pas rivée, de façon à pouvoir être enlevée. Le tube et l'obturateur sont stérilisés dans de l'huile bouillante pendant une heure.

Telle est la méthode que je suis dans mon service.

Accidents, inconvénients.—Passons maintenant en revue les accidents produits par le tubage, les inconvénients qu'il présente. Ma série a été probablement très heureuse, car je ne puis lui reprocher qu'une chose, la difficulté de la déglutition. Quant à l'expulsion du tube, sa chute dans l'œsophage, puis dans l'estomac, je ne puis les considérer comme des accidents ayant quelque importance. Le tube est rejeté, tant mieux: on n'a pas à en faire

l'extraction, et le malade bien souvent peut s'en passer. Le tube est dans l'estomac, il viendra dans le rectum et sera expulsé sans aucun danger. Quant aux fausses routes, à la pénétration des aliments dans les bronches, je ne puis en parler. Je n'ai jamais vu de pareils accidents. On parle encore d'ulcérations de la trachée. Je les ai souvent rencontrées, mais je puis en dire autant pour la trachéotomie.

Le seul reproche qu'il soit vraiment possible d'adresser au tubage est la difficulté de la déglutition. Sur environ dix malades j'ai essayé d'y remédier de la façon suivante. L'enfant était tubé dès que cela devenait indispensable: le fil laissé en place, collé sur la joue. Le matin le tube était enlevé: on servait de suite à manger à l'enfant qui restait ainsi sans tube aussi longtemps que cela était possible. L'asphyxie revenant, le tube était replacé. Cela durait de quatre à six jours. J'y ai renoncé en raison de la difficulté de plus en plus grande du tubage, à mesure qu'il était plus répété. L'enfant redoute l'intervention, et le spasme ne fait que s'accroître à mesure que l'opération est répétée. J'ai abandonné cette méthode, et l'alimentation est ce qu'elle peut pendant les quelques jours où l'enfant reste tubé.

Avantages.— Les grands avantages de l'intubation sont: 1^o l'absence d'infection de la plaie, ce qui n'est pas un avantage à dédaigner; 2^o le peu de soins que réclame le petit malade une fois qu'il est tubé; 3^o pas de conséquences immédiates fâcheuses; l'avenir seul peut nous apprendre ce qu'il en sera plus tard de ces favorisés de la diphtérie.

À la trachéotomie, dont je suis grand partisan, je ne fais qu'un reproche: la mort sous le couteau. D'une intubation manquée, d'un tube rejeté un peu trop tôt ou que l'on ne peut enlever quand on le veut, il est possible d'en rappeler. Devant la mort sous le couteau, il n'y a plus qu'à s'incliner.

Du reste, il faut bien en convenir un peu, les praticiens de mon âge sont mal placés pour juger sainement le tubage. Nous sommes encore imbus des cliniques de Trousseau, nous avons nous-mêmes obtenu de bons résultats de la trachéotomie, il nous semble impossible de faire mieux. Mais les jeunes gens qui voient de près le croup arriveront sans peine à se convaincre que là où le tubage est resté sans résultat, la trachéotomie sera trop souvent impuissante. C'est dans dix ans, dans vingt ans que le tubage sera franchement et pleinement adopté.

Opération sans danger, facile à faire, l'intubation laryngée se fera à chaque instant. Prenons un exemple courant et typique. Vous être appelé au milieu de la nuit pour un enfant qui suffoque: tout vous porte à croire qu'il ne s'agit que d'une laryngite striduleuse; cependant il vous reste des doutes: il existe des diphtériques dans le quartier, à l'école où va l'enfant, dans la maison du malade. Parlez-vous de trachéotomie, quoique y songeant,

j'en doute fort, vous redouterez vous-même une opération réputée comme grave et dangereuse ; vous en tirerez-vous par une potion ? cela serait difficile, l'asphyxie semble menaçante ; de votre côté vous voudriez bien partir, que faire ? C'est bien simple. Placer un tube d'O'Dwyor bravement, vivement, coller le fil sur la joue. Tout le monde dormira tranquille, le lendemain à neuf heures vous tirerez sur le fil et vous aurez eu du temps devant vous pour réfléchir, pour savoir la conduite que vous aurez à tenir.

C'est alors, direz vous, une opération d'attente : de choix si vous voulez, Je suis disposé à l'admettre, mais bien souvent elle sera définitive, même dans le croup. Qui n'a vu ces laryngites graves précédant la rougeole ; on ne sait quel diagnostic porter, et pourtant l'enfant asphyxie. Faites comme moi et vous ne le regretterez pas.

A côté des trente-quatre malades porteurs de bacilles de Löffler qui ont subi l'intubation, je puis placer une rougeole et trois laryngites striduleuses graves sans bacilles de Löffler. Ces quatre malades ont facilement supporté l'intervention et personne n'a eu à s'en plaindre. Chassaignac n'a-t-il pas dit que la broncho-pneumonie était justiciable de la trachéotomie ; moi j'y ajoute du tubage. Là le tube trouve encore bien sa place. Dans l'adéno-pathie trachéo-bronchique l'intubation pourra encore rendre des services.

J'ai fait avec soin les autopsies de mes malades tubés. Comme chez les trachéotomisés, la mort reconnaissait pour cause la bronchite pseudo-membraneuse. Et là que pouvons-nous faire ? Rien.

Indications et contre-indications.—Le tubage est indiqué dans toute sténose laryngée. Dans le croup cependant il faut tenir compte de certaines conditions. Le grand état de nervosisme de certains enfants est une véritable contre-indication à l'intubation. Chaque fois qu'il essaye de boire, il se met à tousser et est pris alors de véritable accès de rage. Il en arrive à refuser complètement de s'alimenter. La sortie du tube devient alors une véritable opération qui bien souvent nécessitera l'emploi du chloroforme : ce que ne réclame pas en général l'intubation. L'âge joue aussi un certain rôle. Le tubage réussit très bien jusqu'à cinq ans exclusivement dans le croup ; passé cet âge il est peut-être inférieur à la trachéotomie. J'ai cependant tubé une petite fille de 6 ans qui a parfaitement guéri. Après la disparition du tirage et des membranes, elle eut de l'albumine, de la paralysie du voile du palais et des troubles de l'accommodation. Il s'agissait donc bien là d'une véritable diphtérie avec bacilles de Löffler constatés. Enfin le tubage prend le pas sur la trachéotomie quand il est à craindre que la dyspnée ne laisse pas le temps de pratiquer cette dernière opération.

Le tubage n'a vraiment qu'une chose contre lui : c'est le prix

élevé de ces instruments. La boîte d'O'Dwyer vaut 160 francs; tout praticien débutant y regardera à deux fois avant de se la procurer. Pour quatre fois moins il pourra faire un grand nombre de trachéotomies, car en ville on se soucie peu du numéro de la canule, et un 0 fait tout aussi bien pour un enfant de douze ans que pour un de trois. A l'hôpital même le médecin seul y attache de l'importance.

En résumé, le tubage vaut la trachéotomie, ni plus ni moins; dans ces deux opérations le succès dépend uniquement de la diphthérie. Quoi qu'en ait dit Trousseau, quoi qu'en ait pensé l'Académie, le tubage restera, et le jour où ses instruments seront d'un prix moins élevé, dans dix ans, dans vingt ans peut-être, on fera à peu près exclusivement l'intubation laryngée.

Nos successeurs associeront alors dans leur reconnaissance les noms de Bouchut et d'O'Dwyer.—*Lyon Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Manuel opératoire de l'injection intra-utérine.—M. Getten indique dans sa thèse le manuel opératoire des injections intra-utérines avec des détails qui montrent bien comment doit être conduite cette opération assez délicate.

Nous distinguerons, dit-il, les cas suivants :

1^o Opération immédiatement après l'accouchement ;

2^o Opération durant le post-partum.

Injection intra-utérine immédiatement après l'accouchement.—L'opérateur sera muni d'une sonde intra-utérine, antiseptisée; d'un réservoir contenant le liquide de l'injection, et d'un bassin pour recevoir les liquides qui s'écouleront de l'utérus. A la partie inférieure, le réservoir sera muni d'une tubulure à laquelle on adaptera un tube en caoutchouc, assez long à l'extrémité libre duquel on fixera la sonde.

Position de la femme.—Toute position assise, demi-assise ou debout doit être proscrite. On laissera la femme dans son lit, dans le décubitus dorsal, ce qui évitera toute secousse à la nouvelle accouchée; le siège sera un peu élevé. Le bassin sera placé assez en avant pour permettre le mouvement d'abaissement de la sonde au moment de son introduction. Les membres inférieurs de la parturiente seront entourés de draps chauds pour éviter tout refroidissement, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses à demi-fléchies sur le bassin et tenues légèrement écartées.

Avant de procéder à l'introduction de la sonde, on fera un lavage et une large irrigation vaginale avec une canule ordinaire.

Introduction de la sonde.—L'opérateur se place à droite de la

malade : le pouce, l'annulaire et l'auriculaire de la main droite sont fléchis ; l'index et le médium réunies en extension, enduits de vaséline sublimatée sont introduits dans le vagin et cheminent jusqu'au col de l'utérus, puis le médium, tourné en haut et en avant, sera doucement et profondément engagé dans le large orifice cervical, tandis que l'index recourbé à angle droit emplit le cul-de-sac supérieur, contribuant à rétroverser l'utérus. Au même moment, la sonde tenue de la main gauche est glissée sur le médium, le jet ouvert, jusqu'à ce que le bec touche la pulpe du doigt ; ensuite, la main gauche quittant le pavillon de la sonde va s'appliquer au-dessus du pubis, corrigeant l'antéflexion normale de l'utérus après l'accouchement, par refoulement en arrière de la paroi abdominale. En même temps, le médium, animé de petits mouvements d'élévation et d'abaissement soutenant la sonde, la dirige facilement, par petits coups au delà de l'anneau de contraction : on est alors sûr que le bec de la sonde a pénétré dans la cavité utérine. La main gauche va reprendre le pavillon de la sonde et, l'abaissant fortement vers le plan du lit, la fait pénétrer par ce seul mouvement assez profondément.

Pendant toute la durée de l'introduction de la sonde, l'opérateur doit avoir les yeux fixés sur la malade. Celle-ci ne doit à aucun moment exprimer la moindre souffrance quand cette introduction est bien faite : c'est là le seul moyen d'éviter les accidents.

Dès que la sonde est dans l'utérus, la main gauche de l'opérateur revient s'appliquer à plat sur la paroi abdominale et s'assurer avec douceur du degré de pénétration de la sonde. Puis, le talon de la main appuiera fortement sur la trompe et la corne droites, la pulpe des doigts sur la trompe et la corne gauches, le creux de la main jugera de la distension possible de l'utérus et l'empêchera en comprimant modérément l'utérus. L'index et le médium restés dans le vagin apprécieront la moindre apparence de contraction utérine et serviront de conducteur au liquide.

L'opérateur aura toujours présent à l'esprit qu'il pratique seulement un *lavage utérin*. En conséquence, le récipient contenant le liquide ne devra pas être élevé à plus de 25 à 30 cent. au-dessus du lit de l'accouchée, juste pour avoir un écoulement suffisant : jamais l'écoulement du liquide ne sera arrêté : c'est le seul moyen d'éviter l'entrée de l'air dans l'utérus. Si une contraction utérine survenait assez violente pour oblitérer le col, arrêter l'écoulement de retour, la distension ne sera pas à redouter, car le liquide n'ayant qu'une pression de 25 cent. sera refoulé dans le récipient : pour être absolument prudent, on pourra abaisser le récipient au-dessous du niveau de l'utérus, au moment de la contraction dont on sera averti par les deux doigts restés en contact avec le col.

Combien de temps doit durer l'injection ? Généralement tant que le liquide s'échappe de l'utérus teinté par les matières intra-utérines : on ne dépassera jamais dix minutes environ.

On terminera *toujours* l'injection avant l'écoulement complet du liquide du récipient, et en retirant la sonde on irriguera le vagin : c'est là une mesure destinée à empêcher l'arrivée de l'air dans l'utérus.

Une précaution importante est de bien s'assurer, après l'injection, s'il ne reste pas de liquide dans le vagin ou dans l'utérus, rétention qui peut se produire lorsque la femme a de la vaginite, ou encore le bassin élevé et la tête basse, comme après les hémorragies. Si par hasard il y a rétention du liquide, il faut vider l'utérus au moyen d'une sonde, afin d'éviter tout accident d'intoxication.

Injection intra-utérine durant le post-partum.—L'introduction de la sonde devient difficile dans les jours qui suivent l'accouchement parce que le col tend à se reformer, aussi le manuel opératoire sera-t-il un peu différent dans certains cas.

La femme peut rester dans le décubitus dorsal : l'introduction de la sonde utérine se fera comme précédemment. Dans la plupart des cas, dans les huit premiers jours du post-partum, la manœuvre ne sera pas plus compliquée qu'au moment de l'accouchement : ne jamais oublier de corriger l'antéflexion utérine.

Mais l'opération est très douloureuse, quelquefois difficile : alors, il ne s'agit pas de donner du chloroforme comme le conseillent certains auteurs, mais de procéder comme il suit :

La femme sera placée en travers du lit, en position obstétricale le siège débordant à peine le bord du lit. Les membres inférieurs et écartés seront soutenus par deux aides ou appuyés sur deux chaises. On évacuera la vessie et on procédera à la toilette vulvo-vaginale ordinaire. Puis l'opérateur, armé d'une pince de Museux, va, sous la conduite de l'index droit, saisir la lèvre antérieure du col, évitant surtout de pincer la muqueuse vaginale des culs-de-sac, et saisissant assez loin du bord libre du col pour ne pas le déchirer. Il abaisse alors lentement le col et, par suite, l'utérus, jusqu'à ce que le col utérin apparaisse à l'orifice vulvo-vaginal ; il est bon, pendant ce temps de l'opération, qu'un aide appuie sur le fond de l'utérus, facilitant ainsi son abaissement. L'abaissement de l'utérus s'obtient toujours très facilement, étant donné le relâchement énorme de tous les tissus et des organes du petit bassin durant le post-partum. Quand le col est à la vulve, on relève la pince à angle droit et on la confie à un aide.

Le plus souvent la sonde utérine pénétrera directement dans l'utérus sans résistance aucune ; ce n'est que rarement qu'il sera nécessaire de dilater le col, ce qu'on obtiendra toujours immédiatement à l'aide des dilateurs cylindriques d'Hégar.

L'abaissement de l'utérus, outre qu'il rend l'introduction de la sonde aisée, évite aussi les accidents variés qu'on observe quelquefois dans l'injection utérine ordinaire, grâce à la difficulté et aux traumatismes variés.—*Journal de médecine de Paris.*

La salipyrine contre les menstruations profuses. — Nous avons déjà, à plusieurs reprises, signalé les propriétés de la salipyrine dans le rhumatisme. Le Dr. Zurhelle signale aujourd'hui les propriétés de cet agent thérapeutique dans la menstruation profuse, surtout dans les cas où l'hémorrhagie n'est pas due à une affection organique (cancer ou fibrome).

Administrée quelques jours avant les règles, à la dose de 1 gramme, répétée trois fois par jour, en cachets, la salipyrine diminuerait très considérablement la quantité et la durée du flux menstruel et serait en tant que médicament antiménorrhagique, plus efficace que l'ergot de seigle et l'ergotine. En outre, elle agirait favorablement aussi contre la dysménorrhée. Dans ce cas il convient de réduire la dose à 1 gramme 50 par jour. — *Jour. de Méd. de Paris.*

Traitement des troubles de la ménopause. — Les nombreux désordres qui atteignent les femmes à l'époque de la ménopause peuvent être attribués à deux causes : aux troubles de la circulation offrant un caractère de stase dans les différents organes et aux modifications du système nerveux qui sont accompagnées de phénomène d'irritation et d'hyperesthésie. Les bouffées de chaleur, la tendance aux hémorrhagies nasales ou autres, les transpirations abondantes, les accès de tachycardie, de vertige, la stase sanguine dans les organes du petit bassin, les hémorroïdes, les troubles psychiques, etc., sont les phénomènes habituels de l'âge critique qui, de tout temps, a excité l'attention des médecins.

Autrefois on recommandait tout particulièrement les émissions sanguines, la saignée, les ventouses comme moyens préventifs. Elles peuvent en effet combattre momentanément les phénomènes de stase, mais elles ont l'inconvénient de soustraire du sang, d'amener l'anémie et d'affaiblir le système nerveux. Kisch fait au contraire grand cas des purgatifs qui ont été recommandés de tout temps et qui sont très efficaces dans les congestions passives qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Une partie du sang accumulé est consommée par les sécrétions abondantes, et la transsudation diminue la pression collatérale dans les vaisseaux abdominaux. Les purgatifs sont indiqués dans les hyperémies de la muqueuse stomacale ou intestinale, du foie, du poumon, des méninges. Ils exercent une action révulsive favorable sur l'utérus et ses annexes et sont absolument nécessaires pour combattre le météorisme qui accompagne la constipation ; cependant on doit éviter les drastiques et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, on ne les réserve que pour certains cas particuliers.

Les lavements ou les irrigations intestinales, les applications humides sur la région hypogastrique sont des moyens adjuvants très utiles. Kisch qui exerce à Marienbad, recommande aussi les cures thermales avec les eaux salines et chlorurées sodiques, surtout lorsqu'il y a des tendances aux congestions cérébrales, aux névralgies ou à la tachycardie.

Les bains tièdes à 30° ou 32° C. constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit ; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hyperesthésies cutanées, les névralgies viscérales et les troubles psychiques. D'après l'auteur, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire ; il en est de même des bains de mer froids.

Les hémorrhagies de la ménopause exigent toute l'attention des médecins en raison de l'état d'anémie et de marasme qu'elles peuvent produire et qui offrent un terrain tout préparé pour la production des néoplasmes malins. L'hémorrhagie est peu abondante, le repos, l'emploi local du froid, les injections froides, les applications de glace sur l'abdomen peuvent suffire.

Si ces moyens échouent, on a recours aux tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformé qu'on laisse en place pendant plusieurs heures. Kisch prescrit avec avantage une teinture hémolytique qui contient 0.10 d'ergot par gramme de teinture dont il donne 20 gouttes toutes les heures.

Un phénomène pénible de la ménopause assez fréquent est le prurit de la vulve et du vagin. Il constitue parfois le premier symptôme du cancer du col. Pour combattre ce symptôme du cancer. Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs avant de se coucher un bain tiède à 30, additionné de 1 kilogr. de son que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant : acide salicylique 1 gr., amidon et talc pulvérisé à 50 gr. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories parmi les femmes arrivées à la ménopause. Les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité ; les autres sont excitables, nerveuses, plutôt maigres. Aux premières convient un régime légèrement dégraissé ; aux secondes il faut un régime très nourrissant, sans excitant, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, devront éviter les rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes génitaux ; la suppression brusque des règles pourrait avoir de graves conséquences.— *La France méd., d'après la Pester méd. chir. Presse.*

L'asystolie et la grossesse.—Clinique de M. le professeur TARNIER à la Clinique d'accouchement.—Vendredi dernier, il y a quatre jours, dans l'après-mi, arriva à la consultation, bien péniblement, une jeune femme anhélanle, à la face violacée, souffrant bien plus (c'était frappant) de la maladie de cœur qui la terrassait que de sa grossesse. On l'ausculta : le cœur était en plein accès d'asystolie.

Vous avez vu cette femme, Messieurs, samedi matin dans cet état alarmant qu'elle présentait à son arrivée ; vous l'avez vue ce matin pour ainsi dire transformée. Qu'avons-nous fait ?

Ce nous est une occasion de parler de l'asystolie dans ces rapports avec la grossesse et de la conduite que doit dans ces cas tenir le médecin.

Qu'est-ce que l'asystolie ? Un homme à l'esprit ingénieux et chercheur, original dans le bon sens du mot, remarqua, il y a de cela une quarantaine d'années, que beaucoup de cardiaques avaient la même manière de mourir : le cœur s'affaiblissait de plus en plus, et finissait par se refuser à sa tâche. Il appelait cela l'asystolie, et ce mot, très heureux et très juste, fut accepté par tous.

C'est donc BEAU, médecin de l'hôpital Saint Antoine, qui eut le mérite de comprendre l'asystolie et de la baptiser.

L'asystolie est une *faiblesse du cœur* : l'organe n'envoie plus dans l'économie le sang en quantité suffisante, se laisse faiblir, puis va à la dérive, puis s'arrête.

Quels sont les symptômes de l'asystolie ? Oh ! à peu près toujours les mêmes.

D'abord une dyspnée d'intensité variable. Elle peut être légère et ne s'accroître qu'au moment d'efforts un peu violents, comme elle peut être fatigante ou s'éveiller à la moindre fatigue. Elle peut aller jusqu'à l'orthopnée : le malade, arc-bouté sur ses deux bras, cramponné des deux mains à son fauteuil et à son lit, croit voir venir la mort, asphyxié.

Les inspirations sont plus fréquentes ; des râles muqueux remplissent la poitrine, la sécrétion bronchique étant activée par l'état congestif du poumon. Quelquefois il peut se faire de petites apoplexies pulmonaires.

La face est violacée ; les yeux semblent sortir de l'orbite, les lèvres bleuâtres sont entr'ouvertes. Le visage exprime un état d'anxiété et d'angoisse.

Le pouls est très rapide. Le cœur, volumineux, à sa pointe abaissée, et bat de façon variable suivant qu'on l'examine pendant l'accès, entre deux accès au début ou à la fin de la maladie.

Les urines sont souvent albumineuses.

À l'autopsie c'est toujours la même chose : cœur droit dilaté, cœur gauche hypertrophié, congestion des viscères.

Pourquoi ? c'est bien simple.

Supposer une lésion des valvules sigmoïdes de l'aorte. Le cœur

se contracte, le sang passe dans l'aorte, mais les valvules insuffisantes leissent revenir dans le ventricule, qui, en ce moment en diastole, finit par se dilater pour s'hypertrophier ensuite afin de lutter contre l'excès de sang qui le remplit; puis insuffisance de la mitrale, stase dans l'oreillette gauche, d'où stase dans les veines pulmonaires, stase dans le poumon, relentissement du courant dans l'artère pulmonaire, dilatation du ventricule droit insuffisance de la tricuspidé, dilatation de l'oreillette droite.

Et cela, on le comprend, se produira aussi bien dans les affections pulmonaires, asthme, emphyseme, catarrhe bronchique, alors, que la stase sanguine se fait dans les poumons, produisant la stase dans l'artère pulmonaires, et consécutivement une dilatation du cœur droit.

Voilà, Messieurs, ce qu'est l'asystolie.

Chez les femmes enceintes que produit-elle de particulier ?

Les maladies de cœur chez les femmes enceintes ont une gravité particulière et des symptômes particuliers : la cardiopathie et la grossesse retentissent l'une sur l'autre, et le pronostic de chacune devient plus sombre.

Le premier qui s'occupa de ce sujet fut PETER dans une leçon de 1872. Il attribua la gravité des cardiopathies compliquées de grossesse à ce que la masse sanguine était plus considérable chez les femmes enceintes, et fatiguait ainsi plus vite le cœur.

Peu de temps après, M. DUROZIEZ publia un petit mémoire traitant de l'influence des maladies de cœur sur la grossesse.

Puis M. BUDIN revint sur le même sujet dans le *Progrès médical*.

Mentionnons enfin la thèse d'agrégation de M. PORAK en 1880.

Cherchons un peu quelles sont les causes de cette gravité particulière.

La femme enceinte est, au point de vue circulatoire, dans des conditions spéciales : suractivité de la circulation, augmentation de la masse sanguine. Même chez la femme la mieux portante, le cœur dans la grossesse, fait des efforts sensibles ; qui dit effort dit hypertrophie : le cœur s'hypertrophie. C'est ce qu'a démontré en 1857 Larcher, puis Dueret et Blot. Il peut y avoir, avec le cœur normal qui pèse environ 280 grammes, des différences pouvant atteindre 50 et 60 grammes.

Chez la femme enceinte le sang se modifie. Le nombre des globules diminue, la quantité de fibrine diminue, les principes aqueux augmentent, le sang s'appauvrit. A la fin, dans les derniers mois, la fibrine augmente. De 3 p. 100 au début, elle tombe à 2 $\frac{1}{2}$ p. 1000 pour remonter à 4, 4 $\frac{1}{2}$, quelquefois 5.

Chez la femme enceinte le globe utérin peut gêner la circulation. M. Porak dans sa thèse dit que c'est une erreur de croire que l'aorte puisse être comprimée par l'utérus. Cela arrive pourtant et les autopsies le prouvent.

On trouve les intestins refoulés à droite, à gauche, en haut : le globe utérin est en rapport direct avec la colonne vertébrale, la face postérieure appuie directement sur l'aorte.

De plus le globe utérin en remontant refoule le diaphragme ; d'où nouvelle cause de gêne respiratoire.

De tout cela il résulte que chez la femme enceinte se trouvent réunies, de la façon la plus nette, la plupart des conditions qui favorisent l'asystolie. L'asystolie est, il faut dire, toute préparée.

Indépendamment des signes particuliers à chaque maladie de cœur et à leurs complications, il y a chez la femme enceinte certains symptômes tenant à l'action combinée des deux états anormaux dans lesquels elle se trouve.

On a dit que chez la femme enceinte atteinte de maladie de cœur, les règles persistaient après le début de la grossesse. Est-ce vrai ?

Pour ma part j'ai souvent remarqué, dans ma clientèle, des femmes qui venaient me consulter pour une maladie utérine en se plaignant de pertes de sang. J'examinais l'utérus, les annexes, rien.

J'auscultais, et alors je trouvais une lésion quelconque nettement caractérisée, cause évidente de la métrorrhagie. Eh bien, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que ces métrorrhagies se produisent au début ou dans le courant de la grossesse chez les cardiaques ? Ne serait-ce pas là ce que certains auteurs ont pris pour la continuation des règles ?

Chez les cardiaques d'ailleurs c'est chose fréquente que de voir l'utérus se congestionner, la circulation utéro-placentaire être le siège de mouvements fluxionnaires variés, allant jusqu'à l'apoplexie placentaire, pouvant produire la mort du fœtus, l'avortement, l'accouchement prématuré, etc ; etc.

Chez les cardiaques, deux cinquièmes des femmes gravides peuvent accoucher avant terme.

Ce long préambule étant terminé, j'arrive enfin à l'histoire de ma malade.

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, primipare, sans histoire pathologique remarquable, sans antécédents héréditaires, exerçant un métier peu fatigant : modiste. — On affirme toutefois qu'étant toute enfant elle était facilement essoufflée et hésitait à courir, à monter des escaliers : elle commençait alors sa maladie de cœur. Elle n'eut ni rhumatisme ni maladie grave ; si elle fit de l'endocardite on ne s'en aperçut pas. A onze ans elle fut prise de chorée, maladie bien rhumatismale, et si la lésion cardiaque avait été reconnue postérieurement on aurait eu beau jeu pour la mettre sur le compte de la chorée, mais le cœur avait commencé. Cette première attaque fut suivie d'une autre.

Voilà sa courte histoire.

Les dernières règles datent du 8 au 12 avril dernier. Elle entre le vendredi 15 décembre à la clinique. La dyspnée est énorme, elle

a les lèvres blêmes, les yeux saillants hors de l'orbite; des gouttes de sueur perlent sur son front; aussitôt couchée, elle se redresse, hagarde, sans respiration; elle asphyxie. Le soir de son entrée on compte 76 respirations par minute, tandis que, pendant le même temps, le cœur a 122 pulsations. Il bat tumultueusement, comme affolé, et on ne peut entendre ni intermittences, ni faux pas, ni souffle.

Elle rendait des crachats hémoptoïques, avait de l'œdème des jambes; elle était albuminurique.

Était-ce de l'albuminurie par toxhémie? ou bien par néphrite? ou bien due à la lésion cardiaque? Je croirais plutôt à cette dernière cause, bien qu'il ne faille pas oublier qu'il peut y avoir des néphrites gravidiques et des toxhémies pouvant produire l'éclampsie.

J'ai fait saigner la malade, et le sérum du sang retiré s'est montré toxique. Tandis que le sérum humain normal tue en raison de 10 grammes pour 1 kilogr. de lapin, ici il a suffi de 7 gr. 8. Ce sérum était donc toxique, et cette toxhémie est une cause de plus à ajouter à celles que produit l'asystolie.

Immédiatement après cette saignée, qui ne dépassa pas 260 grammes, le soulagement éprouvé par la malade fut extraordinaire: le nombre des respirations à la minute tomba à 45 et le pouls à 100. Le lendemain de la saignée, les respirations tombaient à 40, le pouls à 88. Il y a trois jours de cela et cette amélioration persiste.

La palpation de la région précordiale révèle un cœur dilaté.

Maintenant que le cœur s'est assagi on entend, de temps à autre, un faux pas, un petit souffle au premier temps à la pointe, un souffle au deuxième temps à la base; le choc du cœur est sourd. La malade a de l'insuffisance à sa mitrale et à son aorte: c'est plus qu'il n'en faut pour faire de l'asystolie.

Tout maintenant s'est bien dégagé: nous connaissons la cause de l'état asystolique de cette femme, nous avons été assez heureux pour remédier d'une façon rassurante aux dangers immédiats... mais quel pronostic devons-nous porter?

Réservé, très réservé, d'autant plus réservé que l'accouchement va nécessiter des efforts. Or, l'effort à lui seul, chez la femme prédisposée, peut provoquer l'asystolie, combien ici faut-il la redouter!!

Quel est le traitement à appliquer dans ces cas si difficiles?

D'abord on ne doit pas espérer guérir le cœur: on ne doit (et c'est déjà bien peu facile) se borner à veiller aux accidents si prompts à s'éveiller...

Quand on sent poindre l'asystolie: ventouses, saignée, digitale, caféine, oxygène.

Pour lui diminuer ses chances de paraître, instituez un régime lacté sévère: les aliments ordinaires sont nuisibles, surtout par les

ptomaines qu'ils contiennent, qui viennent augmenter la toxicité du sang.

La femme est cardiaque, soit ; nous savons que de ce côté il y a peu de chose à faire ; mais comme elle est en même temps enceinte, et que sa cardiopathie est surtout grave à cause de la grossesse, une question se pose immédiatement : quand l'asystolie est menaçante, doit-on faire l'accouchement provoqué ?

Oui, il faut le faire, car l'état du cœur va aller s'aggravant, car les dangers de mort vont aller s'augmentant, car l'accouchement à terme va être d'autant redoutable..., mais l'accoucheur ne doit pas oublier qu'il risque quand même de voir la malade mourir entre ses mains. Il faut faire l'accouchement provoqué, puisque c'est le seul chemin de salut, mais il ne faut pas s'effrayer trop si malgré tout on se heurte à la mort.

Un dernier mot, Messieurs. Quand vous serez consulté par une jeune fille atteinte de maladie de cœur sur des projets de mariage, rappelez-vous le sombre tableau des complications de la grossesse et dites-lui : " Avec la maladie dont vous souffrez, vous pourrez, grâce à des précautions sérieuses, vivre votre vie jusqu'à l'âge ordinaire : si vous vous mariez, vous mourrez tôt. "

Voilà pour la jeune fille. — A la femme mariée vous direz tout bonnement : " Ne faites pas d'enfants. " — *Tribune médicale.*

PÉDIATRIE.

Hygiène dans les maladies de cœur chez les enfants, par le Dr VARIOT, médecin des hôpitaux.—Un très grand nombre d'affections cardiaques acquises chez les enfants sont tout-à-fait latentes. Aucun trouble fonctionnel important n'attire l'attention ni du côté de l'appareil circulatoire ni du côté de l'appareil respiratoire. Certains enfants atteints d'une affection valvulaire ont un peu plus d'essoufflement et des palpitations après un effort, une course, une ascension. Mais ce fait est si commun même chez les enfants sains qu'il n'est guère remarqué.

Le pouls lui-même n'est pas modifié, il a sa fréquence, son amplitude, son rythme normaux.

Le plus habituellement, c'est par hasard qu'on découvre ces lésions valvulaires latentes qui, presque toujours, siègent sur la mitrale. On ausculte l'enfant pour une affection thoracique et, en inspectant le cœur, on aperçoit un murmure prolongé ou même un souffle très caractérisé, dont le maximum est à la pointe avec irradiation axillaire. Si on recherche le volume du cœur on le trouve augmenté, la pointe est plus ou moins abaissée.

Les parents sont généralement fort surpris quand on leur an-

monce que leur enfant est atteint d'une affection cardiaque qu'ils ne soupçonnaient même pas. En s'enquérant des antécédents de l'enfant on apprend qu'il a eu, depuis plus ou moins longtemps, une attaque de rhumatisme quelquefois légère, ou bien une atteinte de chorée, plus rarement une scarlatine, un érysipèle ou une fièvre typhoïde. Il arrive même, comme je viens de l'observer récemment dans mon service de l'hôpital Hérold sur une jeune fille chlorotique âgée de quatorze ans, qu'on découvre un rétrécissement mitral avec les signes physiques les plus complets, sans qu'il soit possible d'expliquer le développement de cette lésion par aucune maladie constitutionnelle ou infectieuse antérieure. En pareille circonstance, force est donc de reconnaître une origine congénitale à la malformation de la valvule mitrale.

Chez les adultes on rencontre bien souvent aussi des lésions valvulaires qui ne retentissent pas sur la circulation périphérique ni sur la nutrition générale. Ces lésions sont bien compensées également; le myocarde s'est hypertrophié comme il convient pour suppléer à l'insuffisance de l'appareil valvulaire. Mais toutes proportions gardées, on peut dire que les enfants supportent mieux en général les lésions valvulaires que les adultes et surtout que les personnes d'un âge plus avancé.

Le myocarde est dans l'enfance, plus complaisant, qu'on ne passe cette expression; en raison d'une nutrition plus active, les fibres musculaires s'adaptent mieux au surcroît de travail qui leur est imposé, lorsque le cours du sang n'est plus réglé et dirigé normalement par le jeu des valvules. Mais bien plus, les médecins d'enfants ont vu parfois des lésions valvulaires nettement constatées à l'auscultation, disparaître sous l'influence du temps et probablement aussi de l'accroissement normal du cœur. De même que certaines cicatrices cutanées très circonscrites chez les enfants finissent avec le temps par devenir presque imperceptibles, on conçoit qu'une lésion superficielle de la mitrale se répare et que les signes physiques s'éteignent.

Les affections cardiaques des enfants lorsqu'elles sont tout à fait latentes, ne réclament par elles-mêmes ni traitement, ni hygiène spéciale; les révulsifs sur la région précordiale et surtout les cautères sont d'une efficacité bien douteuse.

Mais quand on connaît l'origine des lésions et le plus habituellement c'est le rhumatisme qui entre en cause, il faut s'attacher à prévenir le retour des attaques de rhumatisme qui retentiraient de nouveau sur l'appareil valvulaire. Les jeunes rhumatissants seront vêtus chaudement, porteront de la flanelle sur la peau, éviteront les sueurs abondantes et les refroidissements qui s'en suivent, seront protégés soigneusement contre le froid et surtout contre le froid humide.

On leur administrera le sirop d'iode de fer ou, à intervalles, de faibles doses d'iode de sodium pour stimuler la nutrition.

Mais si les troubles asystoliques liés à une altération du myocarde consécutive aux lésions valvulaires, si ces phénomènes asystoliques, dis-je, sont plus rares chez les enfants que chez les adultes, ils n'en sont pas moins réels. Sous des influences qu'il est bien difficile de préciser la nutrition du myocarde est déficiente et l'arythmie cardiaque apparaît avec l'engorgement du système veineux, la congestion pulmonaire et hépatique, les suffusions séreuses, etc.

Le médecin doit donc s'efforcer, aussi bien par le régime hygiénique que par une thérapeutique active, de conjurer de pareils accidents, ou d'y remédier si déjà ils sont apparus. J'emprunte à un travail publié par le Dr Jacobi, de New-York, dans les *Archives of Pediatrics*, des préceptes forts utiles sur l'hygiène des enfants atteints d'affections cardiaques.

En règle général, il faut réduire la quantité des aliments; dans les maladies aiguës la diminution de l'appétit se charge d'y pourvoir. Mais de plus, il faut fractionner les prises d'aliments, ne pas surcharger l'estomac dans la crainte de gêner le jeu du diaphragme et de provoquer un développement abondant de gaz.

On ne donnera que de petites quantités d'hydrocarbures et on insistera surtout sur les albuminoïdes, les œufs, le lait, dont la digestion sera facilitée au besoin par l'administration de la pepsine et de solutions faibles d'acide chlorhydrique.

Le lait doit être l'aliment préféré, il contient tous les principes nécessaires à la nutrition, il n'exige pas un travail trop considérable de l'estomac et des glandes digestives pour être absorbé et on peut ajouter enfin qu'il a des propriétés diurétiques dues surtout à la lactose. Sur ce point, Jacobi est entièrement d'accord avec Potain et la plupart des médecins Français qui préconisent le lait comme bon à l'alimentation chez les adultes cardiaques.

Pour ne pas augmenter le travail du cœur, il est bon de ne permettre que l'ingestion de quantités modérées de boisson; une absorption trop rapide de liquide augmente la tension vasculaire et gêne les fonctions du cœur. Les boissons glacées peuvent avoir une influence fâcheuse par leur quantité et par action réflexe sur le cœur partant des nerfs des voies digestives. Stokes a proscrit l'ingestion immodérée du lait et des potages et Oertel va jusqu'à recommander la diète des liquides.

Les stimulants tels que le café, le thé, les breuvages alcooliques ne doivent pas faire partie du régime normal des cardiaques; on ne doit y recourir que comme à des agents médicamenteux dans des conditions spéciales.

Dans toutes les affections du cœur, le repos absolu du corps et de l'esprit est de première nécessité. Les excitations, les cris sont préjudiciables; il faut employer tous les moyens pour calmer un enfant dans de telles conditions, et même recourir à de faibles doses d'opiacés ou de bromure de potassium pour obtenir ce résultat.

Il faut laisser l'enfant choisir lui-même sa position dans son lit, il sait très bien trouver celle qui lui convient le mieux.

A tout prix il doit rester en repos et étendu. Par ce seul fait le nombre des battements du cœur se ralentit.

Le repos est non seulement un agent curatif, mais un moyen préventif pour éviter les accidents liés aux altérations du myocarde.

Que celles-ci soient dues à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, à la diphtérie, à la petite vérole, le repos au lit ou sur une chaise longue doit être formellement prescrit pendant des semaines. Durant la convalescence de ces maladies lorsque les battements provoquent une accélération marquée des mouvements du cœur et décèlent une faiblesse de cet organe, liée peut-être à une dégénération partielle des fibres musculaires, l'enfant doit être condamné à garder le lit. De même que l'eau chaude, l'air chaud ne convient pas aux jeunes cardiaques, une température modérée est celle qu'on doit rechercher.

D'après mes observations personnelles, je crois pouvoir ajouter quelques remarques aux conseils de Jacobi spécialement pour les enfants atteints d'affections cardiaques avec cyanose.—Pendant l'été, ces petits malades sont dans un état relativement satisfaisant. Mais dès que la saison froide et brumeuse arrive, les troubles circulatoires périphériques sont augmentés par l'action seule du froid.

Je vois en ce moment un nouveau-né atteint de cyanose, dont la teinte cyanique augmente dès qu'on l'expose au froid, il pousse des cris, les lèvres se refroidissent et se paralysent et il ne peut même plus saisir le sein pour téter. Un autre garçon cyanique âgé de 10 ans que je vois au Dispensaire de Belleville, fréquente l'école sans inconvénients pendant l'été, mais l'hiver il est obligé de garder la chambre. Il est glacé pendant le court trajet qu'il est obligé de faire pour se rendre à l'école et il passe une heure ou deux à se réchauffer auprès du poêle avant de pouvoir travailler avec ses petits camarades.

Les enfants atteints de cyanose congénitale doivent donc être maintenus autant que possible dans une atmosphère chaude.—*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*

De l'endopéricardite chronique chez les enfants.—Clinique de M. le Dr. Jules SIMON, à l'Hôpital des Enfants malades.—J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui des maladies du cœur chez les enfants et en particulier des maladies chroniques.

Vous avez vu, dans nos salles, au n° 31, un petit enfant atteint d'endopéricardite chronique et je vous ai montré, à son sujet, une série de faits qui vous ont convaincu de la différence qui existe entre les maladies du cœur de l'enfant et les mêmes maladies chez l'adulte.

Les maladies organiques du cœur, chez l'enfant, sont le plus souvent caractérisées par une lésion mitrale, surtout une insuffisance. Quelquefois aussi il y a insuffisance et rétrécissement. Il est beaucoup plus rare de trouver, comme chez l'adulte une affection aortique; et, quand cette affection aortique existe, elle ne prend pas la même importance chez l'enfant que chez l'adulte; en outre elle est plutôt une extension de la lésion mitrale.

Ainsi donc, les lésions du cœur chez les enfants ont pour centre de prédilection la valvule mitrale.

En même temps que ces lésions de l'endocarde limitées au cœur gauche, on trouve fréquemment de la péricardite sèche avec des fausses membranes ou simplement avec des rugosités, et parfois, mais c'est l'exception, avec des adhérences. Dans quelques cas, on constate un épanchement plus ou moins important. Rappelez-vous que chaque fois qu'il y a une péricardite chez un enfant, vous trouvez une endocardite concomitante. Dans tous les cas, se développe une hypertrophie du muscle cardiaque chargé de lutter contre l'obstacle au cours du sang.

Voyons maintenant ce qu'il y a de particulier, soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue symptomatique, soit même au point de vue de l'évolution des endopéricardites chez les enfants.

Le petit malade dont je vous ai déjà parlé est un spécimen très-net de l'innocuité apparente des maladies organiques du cœur chez les enfants. Un adulte se plaindra de sentiment de gêne, de douleur, de plénitude, même à l'état de repos le plus complet; le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique lui est pénible. C'est pourquoi, chez de tels malades, lorsque les signes physiques, ne sont pas très prononcés, vous pouvez, avec ces symptômes, songer à une maladie du cœur. Chez les enfants vous êtes bien loin de ce tableau. Notre petit malade n'a pas de sensation de gêne, ni de picotements, ni de constriction de la poitrine. Vous lui demandez s'il souffre, il vous répond négativement.

Ainsi, les signes fonctionnels, qui dépendent des maladies organiques du cœur chez l'adulte, n'existent pas chez les enfants. Malgré les signes physiques il n'y a aucune perturbation cardiaque et encore moins de battements d'artères. Cela est si vrai qu'on décèle une lésion organique du cœur à l'occasion d'une bronchite, d'une broncho-pneumonie; en auscultant le poumon, le médecin s'aperçoit qu'il y a une maladie du cœur.

Et cependant, les signes physiques sont bien sensibles et plus faciles à percevoir que chez les adultes. C'est alors qu'il est bon de se rappeler les préceptes de Bouillaud qui recommandait de bien s'éclairer, de mettre le malade en lumière. C'est ce que j'ai fait devant vous pour le petit malade du n° 31. On constate une voussure de la paroi thoracique au devant du cœur, mais les espaces intercostaux sont déprimés; il n'y a donc pas épanchement dans le péricarde.

Vous vous orientez et vous examinez la pointe, la région épigastrique et la base du cœur. Vous voyez que la pointe est descendue : elle se montre plus bas que le mamelon et en dehors, et vous reconnaissez à ce signe une hypertrophie du cœur. La région épigastrique est animée de soulèvements; la paroi est agitée comme par un flot qui se propage. À la base du cœur vous observez également des oscillations et des dépressions qui alternent avec le choc de la pointe. Vous pouvez de la sorte vous rendre compte du degré d'hypertrophie du muscle cardiaque.

La percussion confirme cette étendue. Vous savez que, chez l'enfant, la matité cardiaque n'est pas en proportion avec le volume du cœur et qu'à l'état normal vous avez seulement 3 centimètres carrés de matité vraie. Ici les lignes de matité sont considérables et mesurent 10 centimètres dans tous les sens. Si vous palpez vous constatez un frémissement cataire; vous sentez sous votre main comme un mouvement vibratoire analogue à celui qu'on éprouve en caressant un chat qui fait son ronron.

L'auscultation se fait très facilement, plus facilement même que chez l'adulte.

Il existe dans le cas particulier qui nous occupe un bruit intense au premier temps qui couvre le premier temps et dont le maximum est à la pointe. En remontant l'oreille vous êtes un peu troublé dans votre auscultation, car vous constatez un bruit de navette, un bruit de souffle en apparence dans le second temps. Ce bruit est sec, rugueux : c'est un bruit de frottement. La péricardite se borne parfois à ce seul signe qui existe au niveau de l'infundibulum, là où existe un léger dépôt fibrineux.

Chez cet enfant, vous entendez encore un bruit de souffle au deuxième temps, à la base; c'est un souffle d'insuffisance aortique. Ce souffle est très doux; il est confirmé par le pouls qui est régulier, bondissant, vibrant, c'est le pouls de Corrigan. Du reste, les caractères du pouls se retrouvent au tracé sphygnographique, et la ligne d'ascension est terminée par le crochet qui coïncide avec le reflux d'une partie de l'ondée sanguine à travers l'orifice aortique.

Je vous ai dit que l'insuffisance aortique est bien plus rare chez l'enfant que chez l'adulte et j'ajoute que si on diagnostique souvent l'insuffisance aortique lorsqu'il y a une péricardite c'est qu'on se trompe dans l'interprétation des signes physiques. Voici pourquoi : Dans la péricardite sans épanchement il n'y a pas de lésions considérables de la séreuse; elles sont très légères et limitées; elles se bornent à un peu de boursoufflement, à quelques dépôts plastiques; et alors, à la systole cardiaque, le frottement a son maximum d'intensité, car le cœur est projeté en avant, mais au moment de retrait du cœur le frottement devient doux et limité.

Mais, chez les enfants, l'insuffisance aortique ne comporte pas un aussi sombre pronostic que chez les adultes. Il revient une

petite quantité de sang dans le ventricule, c'est vrai; mais l'enfant n'a pas de surprise ni dans la circulation ni dans la respiration; le cœur s'accommode et se vide plus ou moins complètement. Exceptionnellement vous verrez une insuffisance aortique dominer la scène.

En résumé, les signes physiques de l'endopéricardite chronique chez les enfants sont plus faciles à percevoir que chez les adultes; ils vous permettent de reconnaître et d'affirmer ici l'existence simultanée d'une insuffisance mitrale, d'un frottement du péricarde et d'une insuffisance aortique.

Dans certains cas embarrassants, lorsque le bruit de pialement disparaît de temps en temps, comme chez un de nos petits malades, il importe d'employer le procédé du Dr Azoulay, qui augmente la tension du sang et rend plus sensibles les signes physiques.

Vous pouvez encore ausculter dans la région postérieure du thorax, ce qui vous permettra de distinguer les bruits dûs à l'altération du sang, qui forment comme un roulement lointain, et les souffles qui appartiennent à une lésion d'orifice et qui s'entendent contre la colonne vertébrale.

Comment, chez les enfants, se déroulent les affections organiques du cœur au point de vue de la santé générale? De la manière la plus surprenante. On voit naître ces affections, se développer; on est porté à croire que l'enfant ne pourra pas continuer à vivre ainsi. Point du tout, les enfants restent 5, 10, 15 ans avec une lésion cardiaque sans présenter d'infiltration aux malléoles, ni de phénomènes du côté du foie ou du rein. L'état général est relativement parfait. Cela tient à ce que le muscle cardiaque, les gros vaisseaux et les cœurs capillaires sont indemnes; la tension du sang se trouve soulagée par la contractibilité permanente des grands et des petits vaisseaux.

Il y a encore une raison et cela tient à ce que l'enfant se développe tous les jours; la lésion reste à peu près la même tandis que le muscle augmente; par conséquent les proportions entre l'obstacle et les organes de propulsion sont moindres.

En résumé, signes fonctionnels peu intenses, signes physiques très accusés, état général satisfaisant à part un peu d'anémie, telle est en quelques mots la caractéristique des maladies cœur chroniques de l'enfant.

Gendrin disait de ne jamais faire de pronostic d'échéance pour les maladies du cœur. C'est ici encore plus vrai, car le pronostic des maladies du cœur des enfants est loin d'être aussi grave que chez les adultes.

Du reste, la gravité du pronostic varie un peu avec la lésion. En présence d'une péricardite très intense, il faut être très réservé au point de vue des accidents futurs, et la péricardite est ce qu'il y a de plus grave. L'endocardite seule permet de vivre longtemps.

Lorsqu'il y a une insuffisance aortique, n'allez pas porter un pronostic sévère, car l'avenir ne vous donnerait pas raison. Chez l'adulte il en est autrement, mais ici l'insuffisance aortique (à moins qu'elle ne soit particulièrement accusée et domine la scène) est simplement un élément de désordre dans la circulation; il y a une soupape qui ne ferme pas bien et rien de plus.

Quel est le traitement à instituer pour une affection organique du cœur? Il n'y a pas un médicament à donner plutôt qu'un autre; il faut établir une médication. Eh bien, qu'allons-nous faire pour soulager la circulation cardiaque de ce petit malade du n° 31? A l'hôpital, nous n'avons pas toutes les ressources que nous trouverions en ville. Nous tâcherons néanmoins d'activer son cœur et, pour cela, nous lui ferons des frictions, du massage; nous l'autoriserons à faire certains exercices, mais nous lui défendrons ceux qui nécessitent un effort. Il faut le soustraire à l'action du froid pour qu'il ne prenne pas des bronchites ou des trachéo-bronchites qui gêneraient la petite circulation et par suite fatigueraient le cœur. En ville, vous exciterez le fonctionnement de la peau par l'hygiène et les vêtements.

Il ne faut pas omettre toutes ces recommandations. Mais, me direz-vous, le massage, la friction, c'est bien banal pour une maladie du cœur, et vous hésitez peut-être à formuler ainsi votre ordonnance. Si vous tenez compte des raisons que je vous donne, vous devez le faire cependant.

Peut-on attaquer la lésion? Il y a plusieurs moyens. Je ne vois pas pourquoi on ne traiterait pas le cœur comme une jointure pour éviter de nouvelles poussées congestives. Je fais donc mettre sur la poitrine au devant du cœur, et systématiquement, des pointes de feu ou des vésicatoires volants. Pendant la révulsion j'ai l'habitude d'envelopper le cœur comme une articulation au moyen d'une couche d'ouate et de taffetas gommé, le tout maintenu par un bandage de corps. Puis, suivant l'état des symptômes je donne quelques médicaments.

S'il y a des battements précipités et à plus forte raison s'ils sont irréguliers, je fais prendre au malade pendant huit jours X à XX gouttes de teinture de digitale par jour. Lorsqu'il y a une indication formelle à agir plus rapidement je prescris 30 centigrammes d'infusion de feuilles de digitale. De toute façon on suspend bientôt la digitale pour éviter l'accumulation du médicament dans l'organisme.

L'iodure de potassium est employé dans de grandes proportions contre la scrofule, contre la syphilis et contre les reliquats du rhumatisme. C'est un médicament qui mérite d'attirer votre attention. On croit généralement qu'il faut l'employer à de fortes doses. Or, si vous en inférez qu'il est inoffensif et qu'avec beaucoup vous agirez mieux, vous aurez des déboires, car l'iodure de potassium au bout de peu de temps donne de la fatigue. Pour un enfant de

13 ans, je me contente de 30 à 40 centigrammes d'iodure de potassium par jour; j'atteins rarement la dose de 50 centigrammes. Il faut le donner d'une façon intermittente, car il est nuisible, prolongé longtemps, même à faible dose.

Vous pouvez encore recommander le café, ou un peu de caféine.

Il y a des cardiaques très nerveux, surtout les petits enfants qui ont eu la chorée; ils ont de l'insomnie et des battements de cœur sans la moindre émotion. Il faut alors avoir recours aux calmants. Le bromure de potassium est utile dans ces cas; mais on doit le suspendre rapidement. J'ai observé un enfant en ville qui avait des saignements de nez chaque fois qu'il prenait du bromure de potassium, et cela même avec la dose minime, 1 gramme du médicament, jugée nécessaire pour calmer ses battements de cœur.

Il faut, en outre, sustenter les malades et les tonifier. Vous donnerez d'abord de l'arsenic sous forme d'arséniate de sonde que vous prescrirez à la dose de 0,05 centigrammes pour 250 grammes d'eau et dont vous ferez prendre une cuillerée à café à chaque repas. Au bout de 15 jours vous emploierez les phosphates en poudre mêlés aux aliments.

L'hémoglobine est utile aux enfants, non pas seulement parce qu'elle contient du fer, mais probablement aussi par ce qu'elle agit comme aliment.

Si le petit cardiaque a un bon estomac, vous donnerez de l'huile de foie de morue.

Il est absolument indispensable de surveiller les voies digestives car si vous avez une tension plus grande dans les appareils internes vous aurez de la pression sur les vaisseaux et la circulation sera rendue plus difficile. Alors, tous les deux ou trois jours vous ferez prendre un laxatif quelconque, peu importe l'espèce. Souvent le rétablissement d'un enfant suivra ce simple petit moyen.

Il est une autre question, c'est celle des eaux minérales et du bain de mer.

L'enfant est pâle, anémique, a eu un rhumatisme et vous êtes tentés de l'envoyer à Aix, à Luchon peut être, ou bien comme sa famille va aux bains de mer. il ira également. Sachez bien que les cardiaques ne doivent aller à aucune espèce d'eaux. Je leur interdis même Luxeuil. A l'intérieur, comme à l'extérieur les eaux sont nuisibles dans les maladies de cœur. Il en est de même du bord de la mer où les cardiaques prennent des maladies de reins, du foie, et s'acheminent à l'asystolie, ce que vous ne voyez pas ou presque jamais dans nos salles.—*Annales de médecine.*

Le raffinement intellectuel diminue la capacité génésique des peuples comme celle des individus.

FORMULAIRE.

Amygdalite.—*Miles.*

- P.—Huile essentielle d'eucalyptus 15 min.
 Alcool camphré..... 1½ drachme
 Teinture de gaïac..... 8½ drachmes
 Glycérine. q. s. pour f. 1 once

M.—Dix gouttes sur du sucre à laisser se dissoudre dans la bouche, toutes les heures ou toutes les deux heures.—*N. Y. Medical Record.*

Vomissements de la gastralgie.

- P.—Cocaine. 1½ grain
 Antipyrine..... 15 grains
 Eau distillée..... 3 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures ou toutes les heures.—*Canada Lancet.*

Angine diphthéritique.—*Wilson.*

- P.—Huile essentielle d'eucalyptus..... 2 drachmes fl.
 Benzoate de soude 1 drachme
 Bicarbonate de soude..... 2 onces fl.
 Eau de chaux..... q. s. pour f. 2 lbs. liquides

M.—*Mode d'emploi* : Appliquer en pulvérisation sur les membranes, toutes les demi-heures pendant 3 ou 4 minutes chaque fois.—*College and Clinical Record.*

Prurit vulvaire.

- P.—Sublimé corrosif..... 1 grain
 Alun 20 grains
 Poudre d'amidon 1½ drachme
 Eau de menthe poivrée..... q. s. pour f. 6 onces fl.

M.—En lotions.—*Practitioner.*

Prurit vulgaire.

- P.—Phénol..... 1 à 2 drachmes
 Potasse liquide..... 1 drachme fl.
 Huile de lin..... q. s. pour f. 1 once fl.

M.—Faire un liniment à appliquer avec un linge doux.—*Practitioner.*

Poux du pubis.—*Brocq.*

- P.—Sublimé corrosif..... 1 partie
 Acide acétique dilué..... 300 parties

M.—En lotions. Cette lotion, non seulement tue les poux, mais facilite le détachement des *lentes*.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, AVRIL 1894.

BULLETIN.

A travers la thérapeutique.

Dans la livraison du 15 mars du *Bulletin de Thérapeutique*, M. Dujardin Beaumetz fait l'examen critique du *traitement des chorées*, établissant tout d'abord "qu'il suffit de jeter un coup d'œil sur les nombreuses médications proposées pour la cure de la chorée, pour comprendre la confusion qui existe sur ce point spécial de thérapeutique."

La cause de cette confusion est bien simple, c'est que la chorée n'est pas *une*, et telle ou telle médication peut réussir dans tel ou tel cas et manquer absolument son effet dans tel ou tel autre cas, d'où l'indication "d'établir d'abord, d'une façon très précise, à quelle variété de chorée on a affaire."

Laissant de côté les formes chroniques, M. Beaumetz ne s'occupe que de la chorée aiguë (*chorée vulgaire, chorée de Sydenham*). Pour lui, il y a deux grands groupes de chorée: une d'origine rhumatismale, l'autre de nature hystérique. Or "ces influences rhumatismale et nerveuse, pour leur coexistence chez le même individu, rendent la thérapeutique hésitante, et l'embarras est encore augmenté par le fait que la chorée étant une maladie cyclique (ascension, état, déclin), et selon qu'on intervient à l'une ou l'autre de ces périodes, on a, avec le même médicament, tantôt des échecs, tantôt des succès."

M. Beaumetz signale en outre certaines formes anormales de chorée, viz: chorée paralytique, au cours de laquelle il n'y a pas prédominance de l'incoordination des mouvements, mais un état de paralysie généralisée.

Nous nous demandons, comme le fait M. Beaumetz: "Que doit faire le praticien en présence de ces diverses variétés?" La réponse ne saurait être facile et voici comment la formule M.

Beaumetz: "D'abord, bien établir la part qui revient à chacun des facteurs, puis examiner à quelle période de l'évolution on intervient; enfin, reconnaître quelle est la forme clinique qu'on a à combattre"

Dans la chorée rhumatismale, l'emploi du salicylate de soude a échoué dans l'immense majorité des cas. D'autres ont eu quelques succès. Pas d'accord sur ce point. Moncorvo a préconisé l'exalgine à dose de $6\frac{1}{2}$ grains à 12 grains (40 à 75 centigr.) pour des enfants de cinq ans, par prises de $1\frac{1}{2}$ grain (10 centigr.) qu'on ferait prendre quatre à cinq fois par jour. M. Dujardin Beaumetz dit avoir obtenu des résultats presque nuls, à la dose de 30 centigr. (5 grains) par jour. Il recommande surtout l'antipyrine dans la chorée d'origine rhumatismale, à dose de 4 grammes par jour (60 grains.) Legroux amènerait, paraît-il, la guérison après quinze à vingt jours de traitement par ce remède.

Ici, comme le fait remarquer M. Beaumetz, le succès est d'autant plus rapide qu'on est à la période de déclin de la maladie.

Quant aux cas graves, dit M. Beaumetz, la médication interne par l'antipyrine ne suffit pas. "Il faut des hypnotiques puissants qui prolongent le sommeil de l'enfant et l'empêchent de se livrer à des mouvements désordonnés."

Bouchut et Cadet de Gassicourt ont employé le chloral, lequel est, comme tous les médecins le savent du reste, très bien supporté par les enfants, même à dose élevée. Bouchut en donnait 45 grains (3 grammes) et même jusqu'à 5 grammes (75 grains) en vingt-quatre heures. Plus prudent, M. Cadet de Gassicourt préfère fractionner les doses et la potion qu'il conseille renferme 4 grammes de chloral (60 grains.)

De cette potion il donne une cuillerée à bouche toutes les 24 heures jusqu'à ce que le sommeil se produise.

Donc, en résumé, antipyrine dans les cas légers et chloral dans les cas graves. De plus, il faut une médication externe, surtout dans la forme nerveuse de nature hystérique. Or chez ces sujets il y aurait assez souvent un trouble cardiaque sérieux, l'endocardite. Avant d'employer l'hydrothérapie, les douches froides ou les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale, il faudra, comme le conseille M. Beaumetz, examiner avec le plus grand soin le cœur de ces malades et agir avec une extrême prudence dans l'application des douches froides ou des pulvérisations d'éther. L'auteur termine en disant qu'on peut tirer un bon parti du massage et de la gymnastique. Quant à cette gymnastique, telle que préconisée par Blache, on en a exagéré beaucoup la valeur thérapeutique. Dans les formes paralytiques elle est impossible à appliquer, et dans les formes graves, la gymnastique exagère plutôt qu'elle ne régularise l'incoordination des mouvements.

Ici encore c'est à la période de déclin que la gymnastique donne les meilleurs effets.

Dans la chorée hystérique, il faut d'abord faire le diagnostic aussi exact que possible par les signes ordinaires de la maladie : stigmates, analgésie du voile du palais, points hystérogènes, troubles de la sensibilité cutanée, etc., outre les antécédents héréditaires, soit chez le père, soit chez la mère.

Dans cette forme, c'est le bromure de potassium et l'hydrothérapie qui sont les agents les plus actifs de la médication. Dans ces cas le cœur est intact, et les douches froides ne produisent aucun accident cardiaque. M. Dujardin-Beaumetz n'a guère confiance en l'arsenic comme agent curateur dans la chorée. Pour lui cette médication n'est qu'adjuvante et ne jouerait qu'un rôle très secondaire dans la cure de la chorée. Nous devons ajouter cependant que les auteurs anglais et américains parlent avec avantage de la médication arsenicale, et Sir James Savvyer a fait observer que si le traitement arsenical échoue parfois dans la chorée, cela est dû au fait que la dose ordinairement recommandée par les auteurs est trop petite. Cette dose, d'après lui, peut être augmentée du double, et avec les meilleurs résultats.

Pour en revenir à la douche froide, elle doit être faite en jet. Elle devra être administrée le long de la colonne vertébrale, ajoute M. Beaumetz, on devra terminer par une douche chaude sur les membres inférieurs et si l'excitation nerveuse est bien grande, il faut modifier la température de l'eau et employer les douches tièdes ou à température décroissante.

“ Si la chorée est très intense, dit M. Beaumetz, l'administration de la douche devient très difficile. Dans ce cas c'est l'enveloppement dans le drap mouillé que l'on doit ordonner ; cet enveloppement doit durer de 10 à 15 secondes, puis on entoure les malades dans des couvertures chaudes.”

Ici encore le massage est indiqué ainsi que la gymnastique, sauf dans les cas de chorée rhumatismale.

Dans les formes paralytiques de la chorée, M. Beaumetz reconnaît comme moyen véritablement actif l'enveloppement dans le drap mouillé.

Somme toute, nous dirons comme M. Dujardin Beaumetz, que le traitement de la chorée paraît s'être beaucoup simplifié. On a préconisé tour à tour la strychnine (Trousseau), l'aniline (Turnbull), le curare (Fulton) et l'ésérine (Bouchut), l'hyoscyamine (Oulmont), l'hyoscine (Magnan) et *tutti quanti*.

Au lieu d'employer ces médications actives, M. Beaumetz dit qu'on doit toujours se souvenir que la chorée a toujours une marche naturelle qui la conduit à la guérison et qu'il ne faut pas, par une médication intempestive, arrêter l'évolution normale de cette affection.

M. Beaumetz insiste en terminant sur l'alimentation des choréiques, rendue parfois très difficile par l'incoordination des mouvements. Les choréiques ne peuvent se servir de leurs mains et

souvent il y a des troubles dans la déglutition et la mastication. Il recommande alors les panades épaisses, additionnées de jus de viande et se servir de gobelets de métal plutôt que de verres qui peuvent se briser sous l'influence des mouvements choréiques de la mâchoire. Enfin il faut surveiller l'usure de la peau, produite par des frottements incessants et qui peuvent produire des érosions et même des ulcérations qu'on devra traiter par des lotions anti-septiques.

Oulmont a dit que le traitement spécifique n'existe pas. Tous les médecins l'admettent et l'ont admis bien avant Dulmont.

M. Beaumetz termine son étude critique par cette *flèche du Parthe* qu'il lance aux croyants, en citant le mot de Bouteille en 1810: "Un remède qui guérirait tous les sujets atteints de chorée est une chimère!"

Il ne reste plus qu'à tirer l'échelle.

* * *

Dans l'*éclampsie puerpérale*, M. TARNIER formule ainsi son traitement. Saignée abondante, régime lacté absolu, purgatifs drastiques; ceux-ci n'agissant pas, lavements avec une goutte d'huile de croton, plusieurs jours de suite, et enfin chloroforme en inhalations de préférence au chloral.

* * *

M. PIEDALLU a proposé à la *Société de thérapeutique* l'essai du traitement suivant dans l'*angine diphthérique*:

Sirop simple.....	32 onces.
Iodure de potassium.....	750 grains.
Biiodure de mercure.....	7½ "

M.—Dose: Une cuillerée à café ou à dessert toutes les deux heures.

Au bout de quelques heures, des signes d'hydrargyrisme se manifestent et l'on doit diminuer la quantité du sirop. M. Piedallu enlève les membranes lorsqu'elles se détachent, trois fois par jour, et les touche avec la liqueur de Van-Swieten. Est-ce chance ou hasard? Le traitement lui a parfaitement réussi et il demande qu'on vérifie son efficacité.

Le sirop de Piedallu ressemble beaucoup à celui de Gibert.

* * *

La *quinine*, d'après HARE, de Philadelphie, ne saurait provoquer l'avortement, attendu qu'elle n'agit sur l'utérus qu'après que cet organe a commencé à se contracter sous l'influence des douleurs du travail.

* * *

Dans le traitement de l'alcoolisme avec irritabilité nerveuse,

alors que l'on administre le chloral comme sédatif, Hare dit que l'on devrait toujours combiner la strychnine au chloral.

* * *

Dans les cas de polyurie survenant durant la grossesse, le professeur Parvin recommande la portion suivante :

Teinture de valériane..... 3 onces fl.
Teinture d'opium désodorisée 2 drachm.fl.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé quatre fois par jour.

* * *

HARE préconise l'emploi de la formule suivante dans les cas de douleurs gastralgiques dues au catarrhe gastrique :

P.—Acide hydrocyanique dilué, 1 à 2 drachmes fl.
Extrait fluide de chanvre indien, 2 drachmes fl.
Extrait fluide de jusquiame, $\frac{1}{2}$ once fl.
Esprit de chloroforme, q. s. pour f. 3 onces fl.

M.—*Dose*.—Une cuillerée à thé toutes les trois heures jusqu'à soulagement de la douleur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LEGENBRE ET BROCA.—*Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par les docteurs Paul LEGENDRE et A. BROCA, avec un formulaire et un tableau posologique, in-8 de 670 pages, 1894, chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

La thérapeutique infantile présente tant de difficultés et est d'une application tellement délicate qu'on ne pourra de longtemps, si jamais, écrire trop de bons ouvrages sur ce sujet.

Il y a tant de points de différence entre la thérapeutique de l'enfant, celle de l'adulte et celle du vieillard, que l'importance d'un bon traité de thérapeutique infantile ne saurait être trop estimé. Celui de MM. Legendre et Broca est une œuvre magistrale en ce genre.

Le traité est divisé en deux parties. La première est une revue générale des moyens dont dispose la thérapeutique infantile :

Alimentation—Circumfusa et moyens thérapeutiques externes — Modes d'administration et dosage des médicaments. — Les grandes indications thérapeutiques.

La deuxième partie est disposée sous forme alphabétique de maladies, ce qui facilite beaucoup les recherches, avantage qui n'est pas à dédaigner quand on a besoin de consulter hâtivement.

et que l'on appréciera d'autant plus qu'un grand nombre d'ouvrages précieux sont de vrais dédales où l'on trouve tout ce qu'on ne cherche pas.

La partie chirurgicale, moins considérable, on le conçoit, s'occupe surtout des indications thérapeutiques, qui sont le but unique de l'ouvrage.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1894, par H. BOQUILLON-LIMOUSIN, cinquième édition. 1 vol. in 18 de 314 pages, cartonné. 3 fr.

M. BOQUILLON-LIMOUSIN est l'auteur de trois Formulaires dont le succès va toujours croissant, grâce à leur ingénieuse conception et au soin avec lequel ils sont tenus au courant des progrès de la thérapeutique : le *Formulaire des alcaloïdes*, le *Formulaire de l'antiseptie*, et le *Formulaire des médicaments nouveaux* arrivé à sa 5e édition.

Parmi les 500 articles importants qu'il renferme, nous citerons l'*antipyrine*, la *caféine*, la *cocaïne*, l'*exalgine*, l'*hyponne*, l'*ichtyol*, les *injections d'huile*, la *kola*, le *menthol*, le *naphtol*, la *phénacétine*, la *résorcine*, la *saccharine*, la *salipyrine*, le *salol*, le *strophantus*, le *sulphonal*, etc.

L'édition de 1894 contient un grand nombre d'articles nouveaux, parmi lesquels nous signalerons les suivants : *Abrine*, *Agathine*, *Alumnol*, *Antispasmine*, *Benzonaphthol*, *Bétol*, *Cardine*, *Chloralose*, *Crésotal*, *Dulcine*, *Eucalyptol*, *Extraits d'organes*, *Formanilidine*, *Gallanol*, *Gallobromol*, *Hydrastinine Kola*, *Liquides Capsulaire*, *Cérébral*, *Pancréatique*, *Testiculaire*, *Thyroïdien*, *Pental*, *Pipérazine*, *Scopolamine*, *Sels de strontiane*, *Sérum artificiel*, *Thiosinamine*, *Tolpyrène*, *Tolysal*, *Trional*, *Urophérine*, etc., qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Les Excentriques ou déséquilibrés du cerveau, par le Dr MOREAU, de Tours. Vingtième volume de la petite Encyclopédie médicale, collection in-18 raisin, cartonnée à l'anglaise, 3 fr.

Les *Excentriques*, véritables déséquilibrés du cerveau, forment une classe de gens plus nombreuse que l'on ne saurait croire. Nous les coudoyons tous les jours, mais comme on fait peu d'attention à un fait isolé, on ne s'en préoccupe pas davantage. Le Dr MOREAU, DE TOURS, vient de faire paraître un travail des plus curieux sur ces individus. Après avoir décrit le caractère psychologique de l'excentrique, il nous montre par des faits nombreux que l'excentricité suit une progression sans cesse croissante, chacun cherchant à faire mieux que son devancier. D'un point de départ simple, logique même, on arrive par une filière insensible à ces actes véritablement stupéfiants et qui semblent sortis du cerveau d'un romancier fécond. Cependant, ce travail contient un

enseignement: il nous explique ce qui se passe, en partie, dans les temps de trouble et de révolution et le rôle capital que joue l'imitation. Inoffensifs en temps ordinaire, les déséquilibrés du cerveau deviennent, au moment des révolutions et des émeutes, des instruments inconscients, mais redoutables, entre les mains de ces hommes que l'on trouve toujours à la tête des mouvements populaires.—Société d'Éditions Scientifiques, Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le docteur Raymond NOGUÉ, avec une préface de M. le Dr G. VARIOT, médecin des hôpitaux, in-18 de 650 pages. Prix: 6 fr.

En offrant au public médical ce Formulaire, le Dr Raymond Nogué a voulu mettre entre les mains de tout praticien un guide précis et sûr de thérapeutique infantile.

Dans le champ chaque jour grandissant de la thérapeutique, il a judicieusement choisi les médications ayant fait leurs preuves entre les mains des hommes les plus autorisés. Il s'est également efforcé de citer de préférence les formules les plus simples, qui souvent lui ont paru être les meilleures.

La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer.

En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la posologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres. Société d'Éditions Scientifiques, Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

KELLOGG.—A new Dynamometer for use in anthrometry, by J. H. KELLOGG, M.D.—Modern Medecine Pub. Co., Battle Creek, Mich., 1894.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Bureau provincial de médecine.—Afin de prévenir tout malentendu, nous sommes autorisés par M M. les Drs Belleau et Brosseau, secrétaires adjoints du Bureau Provincial de médecine à annoncer que, d'après les nouveaux règlements, les prochains examens préliminaires auront lieu au Cabinet de Lecture, No 1717 rue Notre Dame, Montréal, commençant jeudi le 28 juin prochain; et que l'assemblée semi-annuelle du bureau aura lieu mercredi le 4 juillet au même endroit,

Tous les gradués devront se présenter la veille devant le comité de créance pour faire examiner leur diplôme et brevet d'admission à l'étude.

L'honoraire pour le brevet est de \$20 et l'honoraire pour la licence de \$40.

L'annonce officielle sera publiée en temps et lieu.

Nécrologie.—CANADA.—A Montréal, M. le docteur Ubalde LACAILLE, gradué de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal en 1876.

ÉTRANGER.—A Paris, M. le docteur A. OLLIVIER, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.—A Paris, M. le docteur JUHEL-RÉNOY, médecin de l'hôpital Cochin, a succombé à une fièvre typhoïde hypertoxique.—A Paris, le 2 avril, à l'âge de 77 ans, M. le docteur BROWN-SÉQUARD, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, président de la Société de biologie.—A Paris, M. le docteur GEORGES POUCHET, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle de Paris, rédacteur du *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques*.—A Edimbourg, M. le docteur William LEISHMAN, Professeur (*Regius*) d'obstétrique à l'Université d'Edimbourg et auteur de l'ouvrage intitulé : *System of Midwifery*.

École de Médecine et de Chirurgie de Montréal; Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.—Les examens de fin d'année ont eu lieu, en présence des six assesseurs choisis par le Bureau provincial de médecine, du 27 au 30 mars 1894.

Nous donnons ici les noms des élèves qui ont subi avec succès les épreuves sur les quatorze matières de l'enseignement.

BOTANIQUE.

Joseph Aumont, Arthur Bernier, Pierre Jos. Bédard, G. E. Beauchamp, Alex. Bourdeau, Edgar Cassegrain, Georges Cartier, L. P. Caissac, Louis Doray, Hormisdas Deschambault, F. X. Duplessis, Jos. Ferdinand Demers, Jos. David Dupuis, A. Hector Desloges, Marcel Daignault, Calixte Ethier, Arthur Fournier, Elius Groulx, Henri Lafleur, Oswald Létourneau, Wilfrid Lamy, Albert Laramée, A. W. Miles Leclair, F. X. Massicotte, Joseph Mourgues, Joseph Myre, Antoine Miquelon, Normand Maasé, Wilfrid S. Picotte, Jos. Arthur Poirier, Ernest Primeau, Romuald Picard, J. L. Henri Pagé, Joseph Pesant, F. M. Peltier, Adonai Quintal, Chs. B. Rouleau, Joseph Rémillard, J. Napoléon Roy, Tancrede Saucier, Jean Solomon, Eugène Serres, Olivier Tourigny, Zéphirin Thibault, J. Roma Tremblay.

HYGIÈNE.

Joseph Aumont, Arthur Bernier, Pierre J. Bédard, G. E. Beauchamp, Honorius Baulne, Alex. Bourdeau, Wilfrid Brosseau,

Edgar Cassegrain, Georges Cartier, L. Paul Caissac, Louis Doray, Hormisdas Deschambault, F. X. Duplessis, J. Ferdinand Demers, J. David Dupuis, A. Hector Desloges, Marcel Daignault, Calixte Ethier, Arthur Fournier, Elius Groulx, R. T. Germain, Henri Lafleur, Oswald Létourneau, Wilfrid Lamy, Albert Laramée, Omer Ledoux, A. W. Miles Leclair, Normand Massé, F. X. Massicotte, Joseph Mourgues, Joseph Myre, Antoine Miquelon, Joseph Arthur Poirier, Romuald Picard, J. L. Henri Parent, Joseph Pesant, F. M. Peltier, Wilfrid S. Picotte, Adonai Quintal, Chs. B. Rouleau, Joseph Rémillard, J. Napoléon Roy, Tancrede Saucier, Jean Solomon, Olivier Tourigny, J. Roma Tremblay.

HISTOLOGIE.

Joseph Aumont, Arthur Bernier, Pierre J. Bédard, Alex. Bourdeau, Wilfrid Brosseau, L. H. Brault, Edgar Cassegrain, Georges Cartier, Gustave Côté, L. P. Caissac, Louis Doray, J. Fréd. Demers, F. X. Duplessis, A. Hector Desloges, Calixte Ethier, Arthur Fournier, Elius Groulx, Hermas Gaucher, Henri Lafleur, Oswald Létourneau, Wilfrid Lamy, Albert Laramée, A. W. Miles Leclair, J. Hormisdas Lemoyne, Normand Massé, F. X. Massicotte, Eximère Martin, R. R. Ménard, Joseph Mourgues, Joseph Myre, Antoine Miquelon, J. L. Henri Pagé, J. Arthur Poirier, Wilfrid S. Picotte, Ernest Primeau, Hector Pelletier, F. M. Peltier, Adonai Quintal, Chs. B. Rouleau, J. Napoléon Roy, Eugène Serres, Olivier Tourigny.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE GÉNÉRALE

J. P. A. Archambault, Georges Bourgeois, Honorius Baulne, L. W. Beaugard, S. D. Belhumeur, Paul Berthiaume, Ernest Bélisle, Wilfrid Brosseau, J. A. J. Chevigny, Gustave A. Côté, Issaïe Charbonneau, Eugène Désaulniers, E. B. Desmarteau, J. Ferdinand Demers, J. E. Damour, Hormisdas Dubreuil, Oliva G. Duhamel, Aristide Ferland, J. Adélaré Fecteau, A. T. Germain, Arthur E. Gélinas, Athanase Hurtubise, Wilfrid Labelle, Arthur Lacroix, L. Amédée Lamarche, Joseph Lapierre, Ludger Labelle, J. Alphonse Lorrain, Arthur P. Lécuyer, Z. E. Marchand, Joseph Marion, Eximère Martin, J. Paul Ostiguy, J. Eugène Prévost, Emile Pelletier, Ernest Pelletier, Adonai Quintal, Florian Ruest, Philippe Sainte-Marie, Eugène Saint-Jacques, Arthur Sylvestre, N. A. Sabourin, Paul Trudel, Albert D. Trudeau, P. Vandandaigue

CHIMIE

J. P. A. Archambault, Georges Bourgeois, Honorius Baulne, L. W. Beaugard, S. D. Belhumeur, Paul Berthiaume, Alex. Bourdeau, Alphonse Bordeleau, Wilfrid Brosseau, J. A. J. Chevigny, Issaïe Charbonneau, J. Ferdinand Demers, J. E. Damour, Hormisdas Dubreuil, Aristide Ferland, R. T. Germain, Athanase Hurlu-

bise, L. Amédée Lamarche, Ludger Labelle, J. Alphonse Lorrain, Arthur P. Lécuyer, Omer Ledoux, Joseph Latour, L. Labbé de Grandchamp, J. Hormisdas Lemoyne, Arthur Lesage, Joseph Marion, Eximère Martin, R. R. Méuard, Jos. Paul Ostiguy, J. Eugène Prévost, Emile Pelletier, Ernest Pelletier, Hector Pelletier, Adonai Quintal, Chs. B. Rouleau, Florian Ruest, Philippe Ste Marie, Eugène St-Jacques, Arthur Sylvestre, N. Arthur Sabourin, Eugène Serres, Paul Trudel, Albéric Trudeau, P. Vandandaigue.

ANATOMIE.

Louis Noé Albert, J. P. A. Archambault, Théod Bruneau, Geo. Bourgois, Honorius Baulne, S. D. Be humeur, Paul Berthiaume, J. A. J. Chevigny, Isaïe Charbonneau, J. E. Pamour, Hormisdas Dubreuil, Aristide Ferland, R. T. Germain, Arthur E. Gélinas, Athanase Hurtubise, L. Amédée Lamarche, Joseph Lapierre, Ludger Labelle, Omer Ledoux, Joseph Latour, Timothée Lebel, Wilfrid Labelle, Joseph Marion, Eximère Martin, J. Paul Ostiguy, J. Eugène Prévost, Emile Pelletier, Ernest Pelletier, Hector Pelletier, J. A. Pinault, J. H. Riopelle, Florian Ruest, Georges Roy, Philippe Sainte-Marie, Eugène Saint-Jacques, N. Arthur Sabourin, Paul Trudel, Albéric Trudeau, P. Vandandaigue.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

Arthur Asselin, J. B. Archambault, J. A. Aubin, A. Avila Allaire, Maxime O. Bélanger, Alexis Bouthillier, Ernest Brunelle, Victor J. Bourdeau, Benjamin Bonnier, Ernest Bélisle, Frs. de Borgia Bergeron, Charles E. Campeau, Aurélien Constantineau, Gustave Côté, H. Ernest Chaput, J. Albert Duhamel, Paul Denis, W. J. A. Derome, Albert Desgroseillers, E. Victor Désy, S. A. Daudelin, Oliva G. Duhamel, Arthur de Grandpré, J. Adélarde Fecteau, Léglus Gagnier, Evariste Gélinas, J. Albert Gélinas, W. A. Huguenin, Olivier Jacques, Hector Omer Joyal, J. Edmond Lesage, Alexis Lagacé, D. E. Lecavalier, Henri Lasnier, Joseph Lapierre, Walter Lewis, Albert Lassalle, Arthur Lortie, Timothée Lebel, J. Bte. Martin, Adhémar Magnan, G. L. Marsolais, J. B. R. Pepin, Jos. Arthur Pineau, Ls. Zénon Renaud, Jean Pierre Roux, J. C. A. Ricard, Alex. Rodrigue, J. Alphonse Rouleau, J. H. Riopelle, J. B. Richard, Aldéric Saint-Denis, Chs. D. Tétrault, A. J. E. Viger, Phéodora Verdon.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Joseph Auguste Aubin, A. Avila Allaire, Max. O. Bélanger, Alexis Bouthillier, Ernest Brunelle, Benjamin Bonnier, Joseph Bachand, A. Oscar Boulé, L. Harteau Brault, Chs. C. Campeau, H. Ernest Chaput, Aurélien Constantineau, J. A. J. Chevigny, Gustave A. Côté, Paul Denis, W. J. A. Derome, Albert Desgro-

seillers, E. B. Desmarteau, J. Gaspard Dequoy, J. Albert Duhamel, E. Victor Désy, S. A. Dandelin, Arthur de Grandpré, J. Adélarde Fecteau, Emile Fluhmann, Léglus Gagnier, Evariste Gélinas, W. A. Huguenin, Athanase Hurtubise, Olivier Jacques, Omer Hector Joyal, J. Edmond Lesage, Alexis Lagacé, Daniel E. Lecavalier, Henri Lasnier, Joseph Lapierre, Arthur P. Lécuyer, Walter Lewis, Albert Lasalle, Arthur Lortie, J. W. Lavergne, Timothée Lebel, J. B. Martin, Adhémar Magnan, G. L. Marsolais, J. B. Raoul Pepin, L. Zénon Renaud, J. P. Roux, J. C. A. Ricard, Alex. Rodrigue, J. B. Richard, J. H. Riopelle, Aldéric St-Denis, Chs C. Tétrault, A. J. E. Viger, Phédora Verdon.

OPHTHALMOLOGIE et OTOLOGIE

Arthur Asselin, J. B. Archambault, J. B. N. Aubin, R. Archambault, Jean Bergeron, Joseph Beauchamp, Victor Bourdeau, Narcisse F. Belleau, Joseph Bachand, Frs de Borgia Bergeron, Narcisse Bellemare, J. A. Charette, Ernest A. Charon, Toussaint Cabana, Isidore Côté, E. G. Courteau, H. Ernest Chaput, J. Edmond Dubé, Albert Dufresne, Joseph P. Deschatelets, G. H. A. Dufresne, Oliva G. Duhamel, Léopold Désilets, Hormisdas Fréchette, Emile Fluhmann, Ch. Hector Godin, F. X. Pierre Goyette, Geo. Arthur Girard, J. Albert Gélinas, Ulric Jacques, Hector Omer Joyal, J. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Arthur Lefebvre, Napoléon Lambert, J. W. Lavergne, Alphonse Mercier, Zénon Malo, L. V. Masse, G. L. Marsolais, Ls Frs Alfred Ouellet, R. L. O. Poliquin, Frédéric Pelletier, Joseph Arthur Pineau, Honorius Ricard, David Roberge, J. A. Rouleau, J. H. Riopelle, Just. E. Robillard, Henri St-Germain, J. Delphis Salvail, Arthur Trudeau, Raphaël Trudeau, J. W. D. Vézina, Hector Valois, J. B. W. Yvon.

TOCOLOGIE.

Arthur Asselin, J. B. Archambault, J. B. N. Aubin, Jean Bergeron, Joseph Beauchamp, Victor J. Bourdeau, N. Fortunat Belleau, Narcisse Bellemare, Frs de Borgia Bergeron, H. Ernest Chaput, J. A. Charette, Ernest A. Charon, Toussaint Cabana, Isidore Côté, E. G. Courteau, J. Edmond Dubé, Albert Dufresne, Joseph P. Deschatelets, G. H. A. Dufresne, Oliva G. Duhamel, Léopold Désilets, Hormisdas Fréchette, C. H. Godin, F. X. P. Goyette, Arthur G. Girard, Antonio Internoscia, Ulric Jacques, Hector Omer Joyal, J. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Arthur Lefebvre, Napoléon Lambert, J. W. Lavergne, Alphonse Mercier, Zénon Malo, L. Valmore Masse, G. L. Marsolais, L. Frs. Alfred Ouellet, R. L. O. Poliquin, J. Arthur Pineau, Honorius Ricard, David Roberge, Joseph Alfred Rouleau, J. H. Riopelle, Just. E. Robillard, Henri Saint-Germain, J. Delphis Salvail,

Raphaël Trudeau, Arthur Trudeau, J. W. D. Vézina, Hector Valois, J. B. Wilfrid Yvon.

PATHOLOGIE INTERNE,

Arthur Asselin, J. B. Archambault, J. B. N. Aubin, Jean Bergeron, Joseph Beauchamp, Victor J. Bourdeau, Narcisse F. Belleau, Frs. de Borgia Bergeron, Narcisse Bellemare, H. Ernest Chaput, J. A. Charette, Ernest A. Charon, Toussaint Cabana, Isidore Côté, E. G. Courteau, Joseph E. Dubé, Albert Dufresne, J. P. Deschatelets, G. H. A. Dufresne, Oliva G. Duhamel, Léopold Désilets, Hormisdas Fréchette, Emile Fluhmann, Jos. Albert Gélinas, Chs. Hector Godin, F. X. P. Goyette, George Arthur Girard, Antonio Internoscia, Ulric Jacques, Wilfrid Jarry, Hector Omer Joyal, J. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Arthur Lefebvre, Napoléon Lambert, J. W. Lavergne, G. L. Marsolais, Alphonse Mercier, Zénon Malo, L. Valmore Masse, L. Frs. Alfred Ouellet, R. L. O. Poliquin, J. Arthur Pineau, J. Alphonse Rouleau, Honorius Ricard, David Roberge, Just. E. Robillard, J. H. Riopelle, Henri Saint-Germain, S. Delphis Salvail, Raphaël Trudeau, Arthur Trudeau, J. W. D. Vézina, Hector Valois, J. B. Wilfrid Yvon.

PATHOLOGIE EXTERNE

Arthur Asselin, J. B. Archambault, J. B. N. Aubin, Jean Bergeron, F. de Borgia Bergeron, Joseph Beauchamp, Victor J. Bourdeau, Narcisse F. Belleau, Joseph Bachand, Narcisse Bellemare, J. A. Charette, E. A. Charron, Toussaint Cabana, Isidore Côté, E. G. Courteau, H. Ernest Chaput, Joseph E. Dubé, Albert Dufresne, J. P. Deschatelets, G. H. A. Dufresne, Oliva G. Duhamel, Léopold Désilets, Hormisdas Fréchette, C. Hector Godin, F. X. P. Goyette, G. Arth. Girard, U. Jacques, Wilf. Jarry, H. Omer Joyal, J. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Arthur Lefebvre, Napoléon Lambert, J. W. Lavergne, G. L. Marsolais, Alphonse Mercier, Zénon Malo, Ls. Valmore Massé, Louis François Alph. Ouellet, R. L. O. Poliquin, J. Arthur Pineau, J. Alphonse Rouleau, Honorius Ricard, David Roberge, Just. E. Robillard, J. H. Riopelle, Henri Saint-Germain, J. D. Salvail, Raphaël Trudeau, Arthur Trudeau, J. W. D. Vézina, Hector Valois, J. B. Wilfrid Yvon.

Ci suit la liste des gradués, Bacheliers et Docteurs :

BACHELIERS EN MÉDECINE

Louis Noé Albert, J. P. A. Archambault, Georges Bourgeois, Honorius Baulne, Ernest Bélisle, S. David Belhumeur, Paul Berthiaume, J. A. J. Chevigny, Isaïe Charbonneau, Gustave A. Côté, J. E. Damour, E. B. Desmarteau, Hormisdas Dabreuil,

Eugène L. Désaulniers, Aristide Ferland, Adélarde Fecteau, Arthur E. Gélinas, A. T. Germain, Athanase Hurtubise, L. Amédée Lamarche, Joseph Lapierre, Ludger Labelle, Omer Ledoux, Joseph Latour, Thimothée Lebel, Joseph Marion, Eximère Martin, J. Paul Ostiguy, C. Eugène Prévost, Emile Pelletier, Ernest Pelletier, Florian Ruest, Philippe Sainte-Marie, Eugène Saint-Jacques, N. Arthur Sabourin, Paul Trudel, Albéric D. Trudeau, Pierre Vandandaigue.

DOCTEURS EN MÉDECINE.

Arthur Asselin, J. B. Archambault, J. Nicéphore Aubin, Jean Bergeron, Frs. de Borgia Bergeron, Joseph Beauchamp, Victor J. Bourdeau, *avec distinction*, Fortunat N. Belleau, Joseph Béchard, Narcisse Bellemare, J. Armand Charette, Ernest Charon, Toussaint Cabana, Isidore Côté, Eugène G. Courteau, *avec grande distinction*, H. Ernest Chaput, *avec grande distinction*, J. B. Théophile Dorion, J. Edmond Dubé, *avec grande distinction*, A. Albert Dufresne, Joseph Pierre Deschatelets, G. Henri A. Dufresne, *avec grande distinction*, Oliva G. Duhamel, Léopold Désilets, Hormisdas Fréchetie, *avec grande distinction*, C. Hector Godin, *avec grande distinction*, F. X. Pierre Goyette, G. Arthur Girard, Antonio Internoscia, Ulric Jacques, *avec distinction*, Hector Omer Joyal, J. Albert Lesage, *avec grande distinction*, J. B. R. Tessier dit Lavigne, *avec distinction*, Arthur Lefebvre, Napoléon Lambert, *avec distinction*, J. Wilfrid Lebus Lavergne, Gaspard L. Marsolais, Alphonse Mercier, *avec grande distinction*, Zénon Malo, L. Valmore Masse, *avec distinction*, L. F. Alfred Ouellet, R. L. Odilon Poliquin, *avec distinction*, J. Arthur Pineau, J. Alphonse Ruleau, Honorius Ricard, *avec distinction*, David Roberge, *avec grande distinction*, Just. E. Robillard, Joseph Henri Riopelle, Henri St-Germain, J. Delphis Salvail, *avec distinction*, Raphaël Trudeau, *avec distinction*, Arthur Trudeau, *avec distinction*, J. N. Damien Vézina, *avec grande distinction*, Hector Valois, J. B. Wilfrid Yvon.

Naissance.

D'ARTOIS.—A Farnham, le 29 mars, la femme de M. le docteur P. A. D'ARTOIS a mis au monde une fille.

Décès.

THIBAUT.—A Montréal, le 9 avril, est décédé, à l'âge de 63 ans, M. Frédéric THIBAUT, Président de la Compagnie de Lithographie et d'Imprimerie Gebhardt-Berthiaume.