

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes ;

par C. E. LEMIEUX, jr., M. D., Québec (1).

Historique -- Bien que l'idée d'attaquer directement les tumeurs de la vessie remonte à la fin du siècle dernier, ce n'est en réalité que depuis les travaux de Warner, Civiale, Leroy d'Etiolles, et après eux, Billroth, que des données certaines furent écrites sur ce sujet important. La période moderne renferme de plus les traités de Sir Henry Thompson, Whitehead et Pollard en Angleterre, et ceux de M. P. Bazy et Félix Guyon en France. Warner, en 1747 (2), peut être considéré comme le premier chirurgien qui de bon escient fendit l'urèthre chez une femme de 23 ans, porteur d'un polype qui faisait protrusion par le méat urinaire. Ce polype par son volume et sa position gênait beaucoup la miction qui ne pouvait se faire qu'à l'aide du cathéter, et cela depuis trois ans. Il fut heureux dans son opération. La vessie étant ouverte, il lia une tumeur du volume d'un œuf de dinde et la malade se rétablit.

Civiale se servit du lithotriteur. Aussi le voyons nous avec plus ou moins de succès arracher et écraser des tumeurs papillomateuses à l'aide de son trilobe.

Leroy d'Etiolles se contente de lier le pédicule à l'aide d'un porte-ligature spécial.

Billroth en 1875 réussit à enlever une tumeur vilieuse de la vessie d'un jeune garçon en pratiquant une double lithotomie (périnéale et hypogastrique). Ses successeurs furent moins heureux que lui. En effet, Volkmann tente la même opération, mais voit son malade succomber quelques heures après, de péritonite.

Kocher (de Berne) fut plus heureux ; il guérit par la taille périnéale et un grattage énergique un adulte qui souffrait depuis deux ans d'hématuries rebelles et de douleurs intolérables, et qui rendait des urines d'une odeur insupportable.

Ces succès enhardirent les chirurgiens, et, de l'Allemagne, le mouvement se porta d'abord en Amérique, ensuite en Angleterre, et enfin en France où il s'est fait un grand nombre d'opérations de ce genre.

Robert Hudson fit paraître dans le *Dublin Journal of Medical Science*, (June 18, 1879) un travail important sur les fibromes papillaires et qui résulte de l'observation d'un malade qui succomba après de longues années, tourmenté par des hématuries, des douleurs, de la cystite à diverses reprises.

(1) M. le Dr Lemieux nous adresse ce travail de Paris où il est actuellement à compléter ses études médicales.

(2) *Cases of Surgery*. 4th edition—1784, p. 303.

Alexander W. Stein, de New York, fait paraître en 1881 un rapport de toutes les opérations qui se sont pratiquées jusqu'alors dans les deux sexes sur le réservoir urinaire, et, dans ses commentaires, il veut que l'on se hâte d'intervenir chez la femme par les voies naturelles dilatées par la *colpo-cystotomie*, tout en reconnaissant cependant que par la cystotomie sus-pubienne les parties sont mieux exposées à la vue, avantage qui dans certains cas doit primer toutes les autres considérations.

Pour la première fois, le 11 avril 1882, Sir H. Thompson communiqua à la *Royal Medical and Chirurgical Society*, de Londres, un premier cas d'exploration suivi d'extirpation d'un fungus de la vessie, et depuis cette époque il a pratiqué un très grand nombre de fois cette opération, soit dans un but diagnostic, soit dans le but de délivrer le porteur de son néoplasme.

Les idées de Sir H. Thompson furent partagées par Morgan, Whitehead et Pollard qui ont pratiqué l'opération de ce grand chirurgien quatre fois chez l'homme et deux fois chez la femme, et de plus en ont fait un rapport ou travail très intéressant dans *The Lancet* (6, 13 et 20 octobre 1883).

Les allemands Simon, Winckell, Bishop, Marie Heim Vægelin n'ont pas voulu se laisser devancer, et tous sont couronnés de succès.

En France, c'est à M. Pierre Bazy que revient, en 1882, l'honneur de la première opération de ce genre, après avoir précisé et le diagnostic et le procédé opératoire. Le sujet, homme de 47 ans, fut opéré le 20 décembre 1882. Dès le lendemain il ne souffrait plus et ses urines étaient devenues claires et limpides. Mais peu à peu il perdit l'appétit, il eût des accès de fièvre, la langue se sècha, l'affaiblissement fut progressif, enfin, six mois après l'opération, il mourut sans souffrances ni secousses.

Maintenant que nous avons passé en revue et mentionné les noms de ceux qui ont fait progresser la chirurgie dans la question importante qui fait le sujet de ces notes, qu'il nous soit permis d'entrer dans la question et de passer subseqüemment en revue : 1o. la nature histologique et les variétés ; 2o. le siège ; 3o. le diagnostic avec les indications et contre-indications opératoires ; 4o. les diverses opérations.

Nature histologique et variétés.—Les travaux de Braxton Hicks (*Lancet*, 1867), de Sir H. Thompson, de Coulson et d'Harrison en Angleterre ; ceux de Gross et de Stein en Amérique et ceux des Allemands Virchow, Roser, Volkmann, Kocher et Billroth ont, il est vrai, rendu de réels services, mais cependant il est encore très difficile de donner une classification anatomique des néoplasmes de la vessie. Tout ce que l'on est parvenu à faire jusqu'ici a été d'assigner à un certain nombre de dégénérescences et de productions pathologiques une place dans la nomenclature. Jusqu'ici c'est la tuberculose vésicale qui nous est la mieux connue, et cela, grâce aux travaux de M. Tapret, de l'école de Necker (1).

A M. Molinier nous sommes redevables d'un excellent travail sur les fungus villeux et les angiomes villeux. (2)

(1) Tapret. Tuberculisation des organes urinaires.—Arch. gén. de méd. 1878, t. I, p. 513 et 1879, t. II, p. 403.

(2) Molinier. Essai sur le fungus villeux et l'angiome villeux de la vessie. Thèse de Paris, 1870.

M. Féré, dans un mémoire qui a été couronné, nous cite tous les faits de cancer rencontrés dans les diverses publications scientifiques. Ainsi c'est du microscope que nous devons attendre la solution définitive de la question. En attendant nous devons nous contenter de la grande division qui s'impose d'elle-même, c'est-à-dire *tumeurs bénignes* et *tumeurs malignes*.

Dans la première catégorie, plaçons les papillomes (lisses et vil-
leux), les myxomes, les fibromes, les myomes, et dans la seconde,
nous rangerons les épithéliomes, les encéphaloïdes, les squirrhos, les
colloïdes, les sarcomes.

La variété la plus commune des tumeurs de la vessie est, suivant
Erichsen (7e édition, t. II, p. 848), la forme villeuse. Cette tumeur est
absolument bénigne et dans le plus grand nombre des cas est alliée
aux papillomes. Cette variété de tumeurs consiste en un grand nom-
bre de petits appendices filiformes qui flottent librement dans le
contenu de la vessie.

À l'examen microscopique on voit que ces appendices sont formés
par des anses capillaires liées entre elles par un tissu conjonctif très
délicat et dans certains points presque homogène avec de nombreux
noyaux qui les entourent. Ces appendices sont revêtus d'un épithé-
lium analogue à celui qui tapisse le réservoir urinaire.

On peut quelquefois trouver dans les urines des fragments de ces
excroissances qui peuvent servir au diagnostic de la maladie.

Au sujet des tumeurs bénignes, Stein donne les chiffres suivants :
papillomes, 60 ; myxomes, 15 ; fibromes, 15 ; myomes, 3 ; mais il
fait remarquer qu'il est très rare de rencontrer le fibrome pur.

Quant aux tumeurs malignes, il n'a pas laissé de chiffres, mais Gross
pense qu'elles sont très rares et que le plus souvent c'est l'encéphaloïde
que l'on rencontre.

Erichsen (*loc. cit.*) dit aussi qu'elles sont très rares et ajoute que
quand on les rencontre elles sont le plus souvent le résultat d'un
cancer développé dans les organes voisins : prostate, rectum ou
utérus.

Walsho prétend dans tous les cas qu'elles ne se rencontrent pas
avant 40 ans.

Féré (*loc. cit.*) donne les chiffres suivants pour les tumeurs malignes :
encéphaloïde ou médullaire, 39 ; squirrho, 7 ; épithéliome, 5 ; sar-
come, 3 ; colloïde, 1 ; il est facile de voir par ces deux tableaux que
les tumeurs bénignes sont de beaucoup les plus fréquentes.

Siège des néoplasmes vésicaux.—Il est admis par tous les auteurs que
la base de la vessie est le siège de prédilection des tumeurs de cet or-
gane. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'emprunter à M.
Féré les chiffres suivants qui en font preuve :

Base, 26 ; paroi postérieure, 17 ; voisinage de l'uretère gauche, 8 ;
voisinage de l'uretère droit, 5 ; base et paroi postérieure, 7 ; paroi
postérieure et paroi supérieure, 5 ; base et paroi antérieure, 3 ; paroi
postérieure et latérale gauche, 2 ; base et paroi latérale gauche, 2 ;
base et paroi latérale droite, 1 ; paroi latérale gauche, 2 ; paroi laté-
rale droite, 2 ; paroi antérieure, 2 ; paroi antérieure et supérieure, 1 ;
col, 3 ; sommet, 2 ; tumeurs diffuses, 8.

Une chose assez digne de remarque c'est l'intégrité des ganglions
lymphatiques pelviens et lombaires dans les tumeurs de la vessie his-

tologiquement démontrées les plus malignes, de même que l'absence de l'infection générale de l'économie. C'est M. Sappey qui a démontré qu'il ne se trouvait pas de réseaux lymphatiques dans l'épaisseur des parois du réservoir de l'urine. Ainsi, inutile de dire que l'envahissement secondaire est chose rare.

Bien plus souvent, comme le fait remarquer Erichsen, c'est le contraire qui a lieu ; c'est-à-dire qu'à la suite de néoplasmes malins ou de tumeurs des organes, utérus, rectum ou prostate, on peut avoir des dégénérescences secondaires de la vessie, mais alors il va sans dire que toute intervention est contre-indiquée.

Mais quand le néoplasme siège au trigone vésical et que un ou les deux uretères sont intéressés, et que leur lumière est en partie ou en totalité obstruée, alors on voit survenir des complications rénales secondaires qui sont l'hydro-néphrose, la pyélite, la sclérose simple ou compliquée de néphrite suppurée.

Ainsi, comme résumé, disons :

Les néoplasmes bénins (papillomes, etc.) sont plus fréquents dans la vessie que les néoplasmes malins.

Le siège de prédilection des uns et des autres est la base, le trigone et la paroi postérieure de la vessie.

Tous deux (bénins et malins) ont une tendance à se pédiculiser. L'engorgement ganglionnaire et l'infection générale de l'économie sont choses extrêmement rares.

Les lésions inflammatoires de la vessie sont tardives et même exceptionnelles en l'absence de toute provocation autre que celle du néoplasme. Les lésions des reins paraissent également tardives.

Diagnostic des néoplasmes vésicaux.—La précision du diagnostic étant la condition indispensable de toute bonne thérapeutique, nous avons cru, pour faciliter l'étude, devoir diviser en deux classes distinctes les symptômes que l'on rencontre : 1o. Symptômes rationnels ; 2o. Signes physiques.

Symptômes rationnels.—M. Guyon dont on connaît les travaux sérieux nous dit que les caractères de l'hématurie suffisent par eux-mêmes et en dehors de toute exploration vésicale pour affirmer le diagnostic : tumeur de la vessie.

C'est en effet ce pissement de sang qui domine toute la symptomatologie des néoplasmes vésicaux et l'emporte de beaucoup sur les autres symptômes que l'on rencontre, v. g. fréquence des mictions, douleurs, etc., ce que l'on rencontre aussi dans d'autres affections de cet organe (cystite, rétention).

En effet il est très rare que cette hématurie fasse défaut dans le cours du développement d'une tumeur vésicale ; elle en est souvent le premier et quelquefois même l'unique symptôme. (1)

Mais cette hématurie a un caractère qui lui est propre en ce qu'elle se produit spontanément et sans cause provocatrice, et c'est le plus souvent le matin au réveil et pendant la nuit qu'elle se produit. Le repos n'a donc aucune influence sur elle, contrairement à ce que l'on rencontre chez les calculeux. Ces hématuries ont encore ce caractère qui leur est propre, à savoir qu'elles disparaissent comme elles sont venues, c'est-à-dire brusquement. D'une miction à l'autre la métamorphose

(1) Ashurst, *Philadelphia Med. Times*, t. II, p. 366, 1872.

phose est complète sans que rien ne puisse venir expliquer ce changement qui, pour se servir de l'expression de M. Féré (*loc. cit.*), "tient de la fiéerie."

M. Guyon explique cette marche particulière des hématuries des néoplasmes vésicaux par leur processus pathogénique qui est plutôt congestif qu'ulcératif.

Mais la longue durée, l'abondance et la fréquence de ces hématuries qui peuvent très rapidement emporter le malade vient ajouter un nouveau point important dans le diagnostic.

La marche de ces hématuries est absolument capricieuse, car il faut se rappeler qu'elles se manifestent pour ainsi dire par périodes de quelques jours, d'une semaine ou quelquefois même d'un mois, et ensuite elles sont séparées par de longs intervalles de calme le plus absolu. Il faut donc être très particulier quand on questionne un malade sur la façon dont se produisent ses hématuries.

J'emprunte à M. Guyon (1) le tableau résumé suivant des principaux caractères des pissements de sang symptomatiques d'un néoplasme, d'un calcul vésical ou d'une affection rénale.

<i>Néoplasme de la vessie.</i>	<i>Calculs de la vessie.</i>	<i>Maladies des reins.</i>
Hématurie.	Hématurie.	Hématurie.
Sans douleur.	Douloureuse.	Douleur dans les lombes.
Spontanée.	Provoquée par la fatigue, la marche, la voiture.	Moins souvent spontanée; provoquée par les efforts, la fatigue.
De longue durée.	De courte durée.	De courte durée.
Ne disparaissant pas par le repos.	Disparaît par le repos.	Ce n'est qu'à la fin qu'elles se prolongent.
Cesse brusquement et sans cause.		Se répètent souvent.

La quantité de sang que rend le malade n'est pas toujours la même au début, au milieu ou à la fin de la miction; elle varie dans sa coloration, claire ou à peine teintée en rose au début, elle se colore de plus en plus vers la fin. On remarque il est vrai ce pissement de sang dans trois affections, mais il est beaucoup plus abondant dans les cas de tumeurs vésicales, et comme le fait remarquer M. Féré: "Cette différence peut s'expliquer non-seulement par la contraction de la vessie mais surtout par la diminution de la pression intra-vésicale qui favorise la rupture des vaisseaux mal protégés de la tumeur."

L'urine ne contient ni mucus ni pus; en un mot, en dehors des hématuries, elle est claire et limpide comme de l'urine normale. Ce fait est digne de remarque, et les choses se comportent ainsi jusqu'à ce que la maladie en soit rendue à un point tel que toute intervention chirurgicale soit impossible. Vers la fin de la maladie l'urine prend de nouveaux caractères; elle devient épaisse, floconneuse, boueuse et prend une odeur particulière, celle de *macération anctomique*.

Les fragments de tumeurs qui peuvent se rencontrer dans les urines, même sans qu'il y ait jamais eu d'hématuries, constituent à eux seuls

(1) Guyon, Leçons cliniques des mal. des voies urinaires, professées à Necker, 1876-77.

des caractères si précieux que je ne crois pas devoir insister plus longuement sur ce point.

La douleur, qui est le second symptôme rationnel, est si peu importante que nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de nous y arrêter. En effet, la tolérance de la vessie est extrême chez certains sujets, car on voit des dégénérescences qui pour avoir envahi toute une paroi de l'organe ne causent aucune douleur ; mais on a le change dans les cas appelés, en Angleterre, *irritable bladder*, terme désigné en France sous le nom de *cystalgie*. Mais ces douleurs éprouvées par les contractions de la vessie expulsant son contenu, douleurs qui durent quelquefois plusieurs jours sans discontinuer, sont très vraisemblablement les indices d'une propagation de la tumeur vésicale aux organes voisins, et se font alors sentir dans les lombes, le périnée, l'aîne, le long de la cuisse, etc.

Signes physiques.—On peut classer les signes physiques en deux catégories distinctes :

1o. Ceux qui se présentent d'eux mêmes à l'attention du chirurgien et même des malades ; 2o. Ceux qu'il faut rechercher avec discernement et méthode.

Les premiers s'observent surtout chez la femme. En effet dans ce sexe la tumeur qui est le plus ordinairement pédiculée sort par l'urètre, soit au moment de la miction, soit d'une manière permanente.

Ces tumeurs qui quelquefois sont volumineuses et pédiculées peuvent parfois déterminer l'inversion de la vessie.

Mais il n'en est pas de même des seconds qui nécessitent, de la part du chirurgien, des manœuvres délicates, pouvant déterminer, par elles-mêmes, des accidents graves. Ces derniers méritent d'attirer plus longuement notre attention ? On les reconnaîtra :

1^o Par la palpation hypogastrique et le toucher rectal isolés ou combinés.

2^o Par le cathétérisme vésical.

3^o Par une véritable opération permettant l'exploration digitale de la vessie.

A.—Palpation hypogastrique et toucher rectal.—Toutes les fois que l'on voudra explorer les viscères du petit bassin, chez l'homme ou chez la femme, on devra observer le décubitus dorsal et même placer un coussin sous le siège du malade, afin que la pression des viscères ne vienne pas gêner les recherches. Cette position a ceci d'avantageux, c'est qu'elle permet au chirurgien, suivant les besoins, de combiner le toucher rectal et le palper abdominal. De plus, condition importante, la vessie doit être vide.

M. Guyon ne cesse de répéter, dans son admirable ouvrage sur les maladies des voies urinaires, que l'on ne saurait agir avec trop de douceur et de délicatesse lorsqu'il s'agit du cathétérisme. Alors le chirurgien déprimera lentement, avec douceur, mais profondément la paroi abdominale, car si l'on agissait autrement, il y aurait, à n'en point douter, des spasmes des muscles droits qui gêneraient considérablement l'examen sérieux qui est le but que nous poursuivons.

Mais là ne se borne pas l'examen. Outre l'état d'intégrité de la région prévésicale constaté par le palper abdominal, il faudra aussi se rendre compte de la liberté des fosses iliaques et explorer la région des ganglions lombaires.

Le toucher, rectal chez l'homme, vaginal chez la femme; nous renseignera mieux que la palpation abdominale pour la raison toute simple que par ces deux voies la couche des tissus est de moindre épaisseur, et aussi parceque, comme nous l'avons déjà dit, c'est sur le bas-fond, le trigone et la paroi postérieure de l'organe que siègent, de préférence, ces néoplasies. On pourra constater, par ce mode d'examen, le degré de souplesse ou de rigidité des parois vésicales, et aussi apprécier la mobilité des organes du petit bassin, c. a. d. des rapports qu'il affecte, soit avec le rectum chez l'homme, soit avec l'utérus chez la femme.

Nous n'hésitons donc pas à dire que de tous les procédés mentionnés pour faire l'examen de la vessie, c'est le toucher rectal ou vaginal combiné à la palpation hypogastrique qui, reconnu comme étant le plus simple, est aussi le meilleur. Car nous ne pensons pas qu'il soit avantageux d'employer le mode d'exploration de Volkmann, qui est connu sous le nom d'examen *bi-manuel*, et qui consiste à introduire chez le sujet chloroformé un ou deux doigts de la main gauche, suivant l'âge, dans l'intestin, et cela aussi loin que possible, tandis qu'un aide presse avec ses deux mains la région hypogastrique pour repousser la vessie vers les doigts du chirurgien. Alors, si quelques corps se rencontrent entre les doigts du chirurgien et les mains de l'aide, le chirurgien va à la rencontre de l'obstacle en passant sa main sous celles de l'aide, c'est-à-dire entre celles-ci et la paroi abdominale, et peut ainsi étudier, palper et même saisir la partie malade de l'organe. Mais ce procédé n'est pas exempt, suivant nous, d'accidents graves et quelquefois même promptement mortels.

B.—*Cathétérisme vésical*.—Le cathétérisme donne des renseignements beaucoup moins précieux que ceux qui nous sont fournis par le palper hypogastrique, et même ces renseignements peuvent être tout à fait négatifs. Ensuite il est bon de savoir que le cathétérisme, même bien fait et par les mains les plus habiles, peut déterminer des hémorrhagies mortelles. Nous avons, pour appuyer cet avancé, les observations d'hommes éminents, tels que Tufnell (1), Rendu (2), Langlebert (3), Féré (4). Pour M. Guyon, la crainte de ces hémorrhagies était si grande que comme règle générale il ne voulait pas qu'un sujet porteur de tumeur vésicale fût sondé, excepté toutefois dans les cas où la présence de caillots ou quelques autres accidents fussent venus pour ainsi dire forcer la main du chirurgien. Mais aujourd'hui, on passe un peu par dessus cette règle, car il faut apprécier les contours, le volume, le siège et la consistance de la tumeur.

L'instrument a aussi de l'importance, et le meilleur dans ces cas est la sonde exploratrice métallique à bec court et sans yeux, car les bords tranchants de ces ouvertures pourraient infliger une nouvelle blessure à l'organe déjà malade. Lorsque la sonde rencontre dans la vessie une tumeur villositaire en forme de longs filaments arborescents et flottants dans le liquide contenu dans l'organe, elle transmet, suivant M. Guyon, une sensation qu'il compare à celle que l'on pourrait éprouver en caressant avec le bec de cette même sonde une longue barbe soyeuse.

(1) Tufnell—*Dublin Quart. Journ. Med. Sc.*, 1865, Vol. 59, p. 470.

(2) Rendu—*Bulletin Soc. Anat.*, 1869, p. 543.

(3) Langlebert—*Bulletin Soc. Anat.*, 1876, p. 256.

(4) Féré—*Loc. cit.*, p. 74.

C.—*Exploration digitale de la vessie.*—Ce moyen, en effet, est très efficace et l'emporte même sur la vue dans la constatation des lésions situées à grande profondeur. Sir H. Thompson le considère comme tellement important qu'il n'hésite pas à le pratiquer, même chez l'homme, par une opération préliminaire.

Après toutes ces données, nous croyons devoir conclure que le diagnostic des tumeurs vésicales est possible dans bon nombre de cas; mais les hématuries, il ne faut pas l'oublier, constituent, avec le toucher rectal ou vaginal, un au palper hypogastrique, les moyens qui sont les plus importants.—(A suivre.)

NOTES DE THERAPEUTIQUE; (1)

par H. E. DESROSIERS, M. D.

Professeur à l'Université-Laval, (Montréal), Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Mercuriaux.—Acide sulfureux.—Iodure de potassium.—Gouïron et lézithine.—Régime sec.

Mercuriaux.—Dans une note lue à l'Académie de médecine de New-York, le Dr A. JACOBI, après avoir établi qu'une expérience de nombre d'années lui a appris à placer, en l'emploi des mercuriaux, dans le traitement de la diphthérie, une confiance plus grande qu'il n'en avait auparavant, en vient (*N. Y. Medical Record*) aux conclusions suivantes:

1. Le traitement des affections pseudo-membraneuses des organes respiratoires par le mercure promet de bons résultats.
2. Le sublimé corrosif, la préparation mercurielle la mieux adaptée à la médication interne.
3. On doit, par l'administration de doses fréquemment répétées, mettre le système sous l'influence du remède.
4. On le doit administrer dilué dans la proportion de 1 pour au moins 3,000 ou 4,000.
5. Les très jeunes enfants supportent la dose de un demi grain et même davantage par jour, et cela durant plusieurs jours de suite.
6. La salivation et la stomatite sont rares et guérissent très bien. Rares aussi les troubles gastro-intestinaux: au reste ils sont légers et peuvent être évités par l'usage d'aliments mucilagineux et amyliacés ou l'administration de petites doses d'opium.
7. Si le bichlorure est mal supporté, des octions à l'oléate de mercure peuvent être faites, soit seules, soit alternant avec l'administration du sublimé par les premières voies.
8. Le traitement du croup peut, en grande partie, être prophylactique. La plupart des cas sont compliqués de diphthérie de la gorge ou en sont la suite. Sans vouloir préconiser un traitement exclusivement local qui, chez les malades récalcitrants, doit être employé de force, et ce'a, au grand détriment du patient, j'attire l'attention sur l'emploi local du mercure sur le pharynx, tant chez les malades que chez les sujets sains, comme moyen d'empêcher le larynx d'être envahi par la maladie.

Acide sulfureux.—M. Herbert COLLIER considère (*Medical Times and Gazette*) le traitement local du *lupus vulgaris* par l'acide sulfureux.

(1) Voir la livraison d'août.

comme étant celui qui, ju-qu'ici, lui a donné les résultats les plus satisfaisants : cinq guérisons sur neuf cas. L'acide sulfureux agit à la fois comme parasiticide et comme stimulant local, comme on le peut constater dans le traitement d'un grand nombre de maladies des surfaces muqueuses et cutanées. L'auteur le préfère de beaucoup à l'acide carbonique. Il l'emploie sous forme de lotion, d'huile ou de vapeur. La lotion se prépare en ajoutant à l'acide, deux, trois ou quatre parties d'eau. C'est là une préparation élégante et commode qui peut être appliquée sur aucune partie de la face sans produire le moindre effet désagréable. Il faut seulement répéter l'application souvent, parce que l'évaporation s'en fait avec rapidité. L'huile n'offre pas cet inconvénient ; elle se prépare en dissolvant l'acide pur dans de l'huile de ricin ou d'olive. C'est à cette forme que l'auteur donne la préférence, surtout quand elle est préparée à l'huile de ricin qui dissout mieux l'acide et le laisse moins s'évaporer, formant aussi sur les plaies un enduit plus épais.

Iodure de potassium.—Le Dr Luigi GUALDI (*Lancet et Journal of the American Medical Association*), est un de ceux qui regardent la pneumonie comme étant une maladie générale à manifestations locales, et la combat au moyen de l'iodure de potassium, à dose de 8 grains toutes les deux heures, et d'applications locales glacées. Dans trente-neuf cas traités de cette façon, il a constaté les effets suivants : les crachats, d'épais et visqueux qu'ils étaient, se fluidifiaient dès le second jour, au point de ressembler à du sérum pur et simple, diminution de l'état fébrile et de l'épuisement général, même en l'absence de toute amélioration dans l'état du poumon lui-même ; enfin, augmentation si considérable de l'appétit qu'il a fallu la plupart du temps augmenter d'une manière notable la diète ordinaire des malades. Mortalité : 6 p. 100. Dans l'opinion de l'auteur, le fait de la diminution considérable de l'état fébrile et de l'épuisement général indépendamment de toute modification pulmonaire locale vient bien à l'appui de la théorie qui veut faire faire de la pneumonie une maladie de tout le système. Il termine en faisant remarquer que le traitement par l'iodure réussit mieux chez l'enfant que chez l'adulte ; que le médicament doit être administré dès le début de la maladie ; que tout en modifiant favorablement l'état général, il reste sans effet sur la lésion pulmonaire ; que l'iode et le potassium se séparent dans le sang pour exercer chacun leur action spéciale ; finalement, que la glace n'agit ici que comme adjuvant sur la lésion pulmonaire qui n'est qu'un effet de la maladie. La glace ne doit être appliquée qu'à la période de congestion ; elle fait mal alors que le poumon est hépatisé.

Goudron et térébenthine.—Les lecteurs de L'UNION MÉDICALE ont été mis au courant d'un nouveau mode de traitement de la diphthérie par les inhalations de vapeur de goudron et de térébenthine, traitement proposé par M. Delthil, de Nogent-sur-Marne.

Cette méthode a été soumise à l'expérience dans plusieurs hôpitaux de Paris, entre autres, à l'hôpital Trousseau par MM. d'Heilly et Cadet de Gassicourt, et en pratique civile par M. Féréol, et la plupart du temps sous la surveillance de M. Delthil lui-même. Les résultats ont été peu satisfaisants, en général. Un des principaux inconvénients de

ce traitement résulterait de l'épaississement et de l'augmentation de consistance des mucosités laryngées sous l'influence des vapeurs de goudron. Chez les trachéotomisés, il y aurait là un véritable danger en raison de l'obturation possible de la canule par les fausses membranes ainsi épaissies. Les expériences de M. Delthil seront encore répétées.

Régime sec.—Dans un mémoire présenté à la *Société de thérapeutique* de Paris, en juillet dernier, et publié dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 août suivant, M. HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat, remet en honneur le traitement de la dyspepsie des liquides par le régime sec. Après avoir rapporté plusieurs cas de dyspepsie avec ou sans dilatation stomacale, survenue la plupart du temps chez des arthritiques, et que l'emploi d'un régime sec a eu pour résultat de guérir d'une manière permanente, l'auteur restitue l'honneur de la découverte à Chomel qui, le premier, a décrit cette variété de dyspepsie connue sous le nom de dyspepsie des liquides, "et qui a formulé de la façon la plus nette, dit M. Huchard, les termes principaux de ce qu'il appelait le régime sec."

Le régime sec consiste dans l'abstention aussi complète que possible de toute espèce de boissons, de tous les aliments ou médicaments liquides. "L'usage de bains entiers à peine tièdes, ou encore de lavements d'eau simple doit parfois suppléer à cette diète des liquides, le malade ne devant prendre qu'un verre de sa boisson habituelle pendant la durée entière de son repas. L'intervalle qui doit séparer le repas du matin de celui du soir doit être d'au moins huit heures... Enfin, ce régime permet l'usage de soupes de tout genre, à la condition qu'elles soient très épaisses. On peut y joindre le pain en petite quantité, les viandes rôties, grillées, bouillies, chaudes ou froides, les poissons, les œufs, les légumes, à la condition de ne pas employer de sauces abondantes. Les fruits sont également permis, à l'exception de ceux qui sont très aqueux, tels que les raisins, les prunes, les pêches, les fraises, le melon, etc. Les aliments à l'état très divisé et pulvérulent, tels que la poudre de viande, les purées de légumes et de viandes conviennent parfaitement à cette forme de dyspepsie. Enfin, on doit choisir parmi les médicaments ceux qu'on peut présenter sous forme solide....."

Le régime sec produit de bons effets, non seulement dans certaines dilatations de l'estomac, dans la dyspepsie atonique et celle des liquides, "mais encore, dit M. Huchard, dans d'autres affections caractérisées surtout par l'excès de tension artérielle, chez les athéromateux, les individus atteints de néphrite interstitielle, d'affections aortiques, de certaines angines de poitrine avec élévation considérable de pression vasculaire, chez ceux qui sont prédisposés aux hémorrhagies diverses, congestions ou hémorrhagies cérébrales, épistaxis, etc."

De l'uréthrotomie externe, par M. le Dr HORTÉLOFF — Pour le chirurgien de l'hôpital du Midi, l'uréthrotomie externe est une opération qu'on doit employer plus souvent et qui rendra de grands services; elle est indiquée :

- 1° Dans tous les rétrécissements infranchissables ;
- 2° Dans tous les rétrécissements étroits et compliqués de fistules et d'induration du périnée ,
- 3° Dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules ayant occasionné des accidents d'infection urinaire.—*France médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Néphrite desquamative (néphrite catarrhale), diagnostic différentiel.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.— Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un malade couché au No 27 de notre salle Jenner. C'est un homme de 59 ans, d'une constitution robuste, d'une santé habituellement bonne, et qui, au point de vue clinique pur, présente un véritable intérêt, parce que, comme vous le verrez, il donne lieu à une question très fréquente dans la pratique médicale et toujours difficile à résoudre.

L'histoire de ses antécédents est absolument simple. Il y a deux mois à peine, étant bien portant, il a été pris de douleurs vagues siégeant dans les deux côtés de la poitrine, dans les membres inférieurs et dans la région lombaire où, dès leur apparition, elles ont montré une certaine prédominance. Il ne semble pas qu'elles aient été bien vives.

Au bout de quelque temps, les douleurs restant d'ailleurs ce que je viens de dire, le malade s'aperçut que ses jambes enflaient, et cette enflure, sans arriver à un degré excessif comme distension, était progressive, atteignait peu à peu le genou, la partie supérieure des cuisses, le tronc, et finissait par envahir la face. Quoique nous n'ayons pu, nous-mêmes, constater l'œdème du visage, je crois que nous pouvons accepter comme positif le renseignement fourni par le malade, parce que ce n'est pas lui qui s'est aperçu le premier de cette hydropisie, mais les personnes de son entourage.

Telle était la situation depuis quinze jours ou trois semaines, quand les douleurs, qui n'avaient jamais cessé, prirent une intensité plus grande, au moins dans la région lombaire. En même temps, le malade remarqua que son urine avait changé de couleur et était devenue rouge.

Cet état persista sans modification ni phénomène nouveau, et si cet homme s'est décidé plus tard à entrer à l'hôpital, ce n'est point parce qu'il se sentait plus malade, mais parce qu'il ne voyait survenir aucune amélioration.

Il n'a jamais présenté d'autres symptômes que ceux que j'ai dits, il n'a jamais eu de vomissements, de diarrhée, de maux de tête, d'oppression, etc.

À son arrivée dans nos salles, nous constatons d'abord, outre les signes négatifs que je viens d'énumérer, quelques restes de douleurs et une certaine hydropisie que je vais définir : elle occupe les membres inférieurs en totalité, et intéresse les téguments de la région dorsale ; elle a eu de la tendance à se généraliser, car nous trouvons du côté droit un hydro-thorax haut d'environ trois travers de doigt. Quand à l'œdème du visage, il n'en reste pas de vestige.

Sur quel terrain doivent se mouvoir les investigations pour arriver au diagnostic ? Il faut se préoccuper de la possibilité d'une affection des reins, en raison des douleurs lombaires si prédominantes, si persistantes, et de la coloration rouge des urines, et songer également à une maladie du cœur, vu l'hydropisie débutant par les pieds.

L'urine traitée par l'acide nitrique donne un précipité abondant à l'œil : le malade est donc albuminurique. Avant d'aller plus loin, et pour ne pas s'égarer, il convient, en pareille circonstance, de déterminer, quand on le peut, si l'albuminurie est liée à un état pathologique des reins eux-mêmes, ou si elle appartient à ce groupe d'albuminuries qui se rattachent à une modification d'un autre organe, ou bien à une perturbation générale de l'organisme.

Je regrette, au point de vue de votre instruction, que, sous l'influence du traitement seulement, l'état de l'urine ait déjà changé, car vous ne pouvez vous rendre compte *de visu* des caractères de l'albumine. Quoi qu'il en soit, voici ce qu'ils étaient le premier jour et hier encore : après un instant de repos et sans aucune autre addition de réactif, l'albumine se mettait en grumeaux, donc elle était rétractile ; de plus, elle était grise—et j'appelle votre attention sur cette couleur au double point de vue du diagnostic et du pronostic qu'elle aggrave ;—enfin, sa quantité, sans atteindre les maxima qu'on rencontre dans les albuminuries rénales, dépassait ce qu'on trouve dans les albuminuries hématuriques.

La réunion de ces trois caractères démontre que l'albumine était liée à un état morbide des reins. J'en ai d'ailleurs d'autres indices dans l'urine elle-même.

Tous ses éléments sont au-dessous de la proportion physiologique. La *quantité* est diminuée : 550 grammes le premier jour, 700 grammes le jour suivant, alors qu'un commencement de traitement était intervenu ; la *densité* n'est pas en rapport avec cette diminution de sécrétion, elle est abaissée, bien qu'elle soit d'environ 1020 ; la *perte en albumine* est de 0 gr. 40 par litre, ce qui ne s'observe ; mais dans les albuminuries indépendantes d'une lésion rénale ; l'*urée* n'atteint que 10 grammes en 24 heures, c'est-à-dire le tiers de la proportion normale ; enfin le chiffre des chlorures est tombé à 3 gr. 8. le premier jour, à 5 gr le deuxième.

Ainsi l'urine est altérée dans sa composition d'ensemble, et cette alteration vient s'ajouter aux caractères intrinsèques de l'albumine pour démontrer l'existence d'un état pathologique des reins. Cette conclusion répond à la première question que j'ai posée tout à l'heure. Mais ce n'est pas une raison pour négliger la seconde. L'examen de l'appareil circulatoire nous montre en effet un athérome artériel généralisé et un cœur malade ; nous trouvons à la pointe un souffle exclusivement systolique, type par la rudesse et la durée d'insuffisance mitrale à la base ; au foyer aortique, le premier bruit est soufflant, mais sans rapport de force ni de durée avec celui de la pointe ; il indique un épaississement de l'endocarde et non un rétrécissement aortique.

Nous voilà maintenant avec un embarras de richesses, si nous pouvons ainsi parler : une maladie du cœur et une maladie des reins. L'interprétation des cas de ce genre, au point de vue de la relation réciproque des deux états morbides, et de la détermination précise de la lésion rénale, est toujours difficile, et c'est là, indépendamment des détails, l'intérêt clinique particulier que j'annonçais au début de cette leçon, car ce complexus est d'une grande fréquence.

Procédons avec ordre, voyons quelles sont les éventualités possibles et examinons-les. Elles sont au nombre de trois :

1^o Nous avons affaire à ce que j'ai appelé le *rein cardiaque*, c'est-à-

dire que la maladie du cœur est le fait primitif, et l'altération du rein le fait secondaire; rien de plus commun, vous le savez;

2^o Nous sommes en présence de ce qu'on désignait autrefois sous le nom de néphrite catarrhale, dénomination à laquelle j'ai renoncé, pour y substituer celle de *fluxion desquamative des reins*;

3^o Ou bien enfin il s'agit d'une lésion plus profonde, d'une *néphrite parenchymateuse subaiguë*, en marche vers la chronicité.

Pour nous décider entre ces éventualités, avons-nous quelque chose à attendre de l'urine? Non; la diminution de la quantité, de la densité, de l'urée et des chlorures, la présence de l'albumine et sa rétractilité, tous ces caractères se rencontrent dans les trois cas. Au point où nous sommes, l'urine ne nous fournit qu'une légère présomption d'exclusion relativement à la néphrite parenchymateuse, la proportion d'albumine n'est pas assez élevée. Nous possédons encore une autre donnée; mais comme l'examen n'a été fait que deux fois, elle n'a pas la valeur d'un signe; le microscope a décelé des cellules épithéliales sans aucune trace de cylindres. En somme, petite quantité de l'albumine, absence de cylindres, telles sont les faibles présomptions qui font exclure la néphrite parenchymateuse. Cela dit, nous restons en face de nos trois éventualités. Quo devons-nous alors interroger? La pathogénie.

Je reprends donc notre première hypothèse, et je demande: Que faut-il pour faire un rein cardiaque? Il faut une lésion du cœur, et, de plus, une période d'asystolie assez intense pour qu'il y ait une stase veineuse considérable dans le système de la veine cave inférieure et de la veine rénale. Chez notre homme, la lésion du cœur existe, mais nous n'avons pas l'asystolie; il a le pouls ample, régulier, et il n'a jamais éprouvé le moindre symptôme d'oppression. Peut-être a-t-il eu de l'asystolie au début de sa maladie? Ce n'est là qu'une supposition en présence des renseignements précis qu'il donne sur son état. Au reste, s'il en a eu, il n'en a plus aujourd'hui, et, par conséquent, il ne devrait plus avoir d'albumine, car l'albuminurie liée au rein cardiaque est transitoire quand elle se manifeste pour les premières fois, elle est en quelque sorte parallèle à l'asystolie. Ainsi, de par la pathogénie, j'élimine sans réserve le rein cardiaque.

Il importe, au point de vue du pronostic, de se prononcer entre les deux autres hypothèses. Il n'est pas toujours possible de le faire; ici même, malgré certains éléments qui militent en faveur d'une fluxion desquamative, le diagnostic sera plus solide dans trois ou quatre jours, lorsque l'observation aura pu s'éclaircir encore. L'embarras pour résoudre cette dernière partie du problème provient de ce que les grands groupes étiologiques sont communs dans les deux états; de sorte que, même si nous réussissions à saisir l'origine de la maladie, notre diagnostic n'en resterait pas moins indécis. Les causes les plus habituelles des néphrites sont, en effet, le froid, l'élimination de substances irritantes et les maladies infectieuses. Or, notre malade a été soumis à deux de ces causes: il est emballé, c'est-à-dire qu'il travaille dans les courants d'air et qu'il est exposé aux refroidissements; d'autre part, lorsque ses douleurs ont présenté une certaine recrudescence, on lui a appliqué sur la région lombaire un large vésicatoire, d'où absorption et élimination de cantharidino. Aussi pouvons-nous, de par l'étiologie, admettre une néphrite parenchymateuse aussi bien qu'une fluxion desquamative.

D'après quoi se décider finalement en faveur du diagnostic que j'ai formulé tout à l'heure par anticipation? D'après l'état du sujet. S'il s'agissait d'une néphrite parenchymateuse, elle aurait au moins six semaines, et notre homme serait plus malade. A cette considération, ajoutez la proportion d'albumine trop faible, l'absence de cylindres, et vous aurez les motifs qui me font incliner vers la néphrite desquamative.

Je dois cependant vous signaler un phénomène qui se rencontre ici, et qui, en général, n'existe pas dans la fluxion rénale simple: c'est l'hydropisie. Mais le malade est un cardiaque, et il a dû, à l'occasion de son processus rénal, faire de l'hydropisie plus facilement qu'un individu qui aurait le cœur sain. De sorte que, tout bien pesé, j'admets chez lui une néphrite desquamative différant un peu du type ordinaire par l'hydropisie et aussi par la durée. Le plus souvent, en effet, la fluxion simple, quand elle n'aboutit pas à une lésion plus importante, se prolonge guère au delà de quinze ou vingt jours. Néanmoins c'est à ce diagnostic que je m'arrête et d'autant plus volontiers aujourd'hui que la médication lactée, après deux ou trois jours passés, durant lesquels elle n'a pas produit grand effet, agit depuis hier d'une façon remarquable. l'albumine est moins abondante, moins grise, et cette modification favorable survenue en 24 heures est un élément de plus à l'appui de mon opinion.—*Abeille médicale.*

De la fièvre typhoïde à forme rénale, par le Dr. DIXON.—1^o La fièvre typhoïde produit une détermination rénale qui joue dans l'évolution de la maladie un rôle important.

2^o L'albuminurie est presque constante chez les typhoïques; ordinairement légère et passagère, elle indique par son abondance la production d'une néphrite.

3^o La néphrite est multiple: parenchymateuse et interstitielle; le processus inflammatoire porte sur tous les éléments, tubes, glomérules, etc.

4^o L'étude des symptômes permet de distinguer une forme rénale caractérisée par des phénomènes marqués d'adynamie, de stupeur, la sécheresse de la langue, l'œdème des jambes et de la face, les douleurs lombaires, les accidents cutanés: pemphigus, ecthyma, furoncles, et un syndrome urologique: coloration sanguinolente, odeur de pain bouilli, sédiments formés de globules rouges et blancs, de cylindres, et une albumine abondante, grisâtre, rétractile.

5^o Le diagnostic est facile par l'examen des urines et des symptômes mentionnés.

6^o La terminaison est souvent funeste, soit par les progrès de l'adynamie, soit par les accidents urémiques qui éclatent ordinairement à une période avancée de la maladie, et peuvent produire la mort au premier accès.

7^o L'étude des observations permet de diviser la forme rénale de la fièvre typhoïde en deux groupes:

I. Une forme précoce.

a. Forme rénale commune.

b. Forme rénale hémorragique de Robin.

II. Une forme tardive: forme urémique.

8^o Le traitement consistera dans les applications révulsives sur la

région lombaire (ventouses, sangsues, etc.) Les vésicatoires et les bains froids doivent être, sinon proscrits, au moins employés avec une réserve extrême.

Le régime lacté est formellement indiqué, pour soutenir les forces des malades et favoriser la diuèse.—*Journal de méd. de Bordeaux.*

Des abus sexuels : masturbation, onanisme, excès vénériens.—Extraits d'une clinique de M. le professeur T. PARVIN au *Jefferson Medical College*, Philadelphie. (1)—Ici je m'appuierai sur l'opinion de M. Acton, de Londres. " Je me suis, dit-il, donné le trouble de faire des recherches et d'amasser des preuves à ce sujet, et puis résumer ainsi les résultats obtenus : Heureusement pour elles, la plus grande partie des femmes ne sont pas beaucoup fatiguées par les désirs sexuels. Ce que les hommes sont ordinairement, les femmes ne le sont que par exception. J'admets bien chez elles l'existence de l'excitation sexuelle, pouvant dégénérer en nymphomanie laquelle constitue une maladie mentale familière à tous ceux qui visitent nos asiles d'aliénés, mais, à part ces tristes exceptions, il n'y a pas de doute que, dans la majorité des cas, la passion sexuelle est, chez la femme, passablement endormie, et qu'une excitation directe et intense peut seule l'éveiller. Même dans ce dernier cas, la passion est bien faible comparée à celle de l'homme. Beaucoup d'hommes, surtout parmi les jeunes, se forment une idée des sentiments de la femme en général d'après ce qu'ils constatent chez les femmes de mauvaises mœurs ou simplement de basse condition. Il y a un certain nombre de femmes qui, sans être positivement des prostituées, semblent toujours vouloir tirer le meilleur parti de leur joli minois. Elles aiment à être admirées et à attirer l'attention de ceux qui leur sont un peu supérieurs. Tout jeune homme un peu naïf, qu'il soit ou non subjugué par ces sirènes, croit aisément qu'elles, de même que toutes les femmes, doivent avoir des passions pour le moins aussi fortes que les siennes propres. De telles femmes, cependant, donnent une bien fautive idée des tendances sexuelles de la femme en général.

" Les hommes mariés—les médecins—ou les femmes mariées elles-mêmes, si on invoque leur témoignage, sauront revendiquer l'honneur de la nature féminine outragée par les débordements de quelques rares exceptions. Beaucoup de femmes, en effet, n'éprouvent jamais la moindre excitation. D'autres, au moment des règles, deviennent plus ou moins susceptibles d'en éprouver, mais à un assez faible degré encore; d'ailleurs cela ne dure que peu de temps et cesse bientôt pour ne se manifester qu'à la menstruation suivante. Les meilleures mères de famille, les meilleures épouses ne s'adonnent que peu ou même pas du tout aux plaisirs sexuels en tant que plaisirs. L'amour du foyer, des enfants et des devoirs domestiques sont leurs seules passions. En règle générale, la femme modeste désire rarement pour elle-même les rapports conjugaux. Elle se soumet à son mari, mais seulement pour lui plaire, et, n'était le désir de devenir mère, elle se soustrairait bien vite à ses hommages."

Maintenant, n'y a-t-il pas des bornes à mettre à la fréquence des rapports sexuels licites? Philosophes et casuistes, législateurs et médecins ont jugé la question digne d'attention. Plutarque fait remarquer

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

qu'il n'y a qu'un mauvais mari qui traite sa femme de la même façon qu'un homme traite une prostituée, n'ayant d'autre objet en vue que la satisfaction de ses plaisirs.

“ Quoiqu'en ceci, dit Taylor, il y ait, comme dans le boire et le manger, la satisfaction d'un appétit qui ne peut être apaisé sans que le désir sexuel soit aussi satisfait, cependant, puisque ce désir et cette satisfaction ont été mis en nous pour d'autres fins, celles-ci ne doivent jamais en être séparées.” Ces fins sont : le désir de procréer des enfants, d'éviter la fornication, d'adoucir et soulager les soucis et les tracasseries des affaires domestiques, et de se donner l'un à l'autre des preuves d'une mutuelle tendresse “ Jamais on ne doit, soit en désir, soit en acte, séparer la sensualité de ces fins qui ont pour but de sanctifier cette dernière.”

Le droit canon permettait le coït trois ou quatre fois par semaine; Mahomet, je crois, le permettait une fois par semaine, le vendredi, *Dies Veneris*; Zoroastre, une fois en neuf jours; Solon, une fois en dix jours. M. Acton a dit que pour un homme robuste et sain, une fois en huit ou dix jours pouvait être pris pour règle générale. Quelque règle que l'on adopte, il ne faut jamais oublier le *ne quid nimis* d'Ovide, ou l'axiome du Dr. de Menville : “ Buvez, mais ne vous enivrez pas.”

Vient enfin une époque dans la vie où ce plaisir doit être abandonné. —Maury écrivait à son ami Portal : “ Chaque fois qu'un vieillard s'adonne au plaisir de l'amour, c'est une pelle de terre qu'il se jette sur la tête.” —“ La vieillesse, dit Térance, est déjà une maladie. Si vous lui donnez une femme, ce sera la mort.”

Il est certaines occasions où le coït ne doit pas avoir lieu : v.g. durant la menstruation, car alors il peut être le point de départ d'une uréthrite chez l'homme et de ménorrhagie ou de congestions internes graves chez la femme. Il doit aussi être interdit durant la convalescence d'un accouchement à terme ou d'un avortement. Un de mes amis, avocat de Philadelphie, me dit avoir obtenu un divorce en faveur d'une femme qui, au bout de deux ans de mariage, se plaignait de cruautés de la part de son mari, cruautés qui consistaient en partie en ce que ce mari avait fait sortir la garde malade de la chambre de sa femme, afin de pouvoir avoir des rapports avec celle-ci, et cela, trois jours après l'accouchement.

Je crois aussi qu'il serait beaucoup mieux qu'il y eût abstention complète durant la grossesse.

Un autre point de la vie conjugale sur lequel je désire appeler votre attention est le fait de limiter le nombre des enfants ou d'empêcher même la conception. De très graves conséquences résultent de ces deux coupables pratiques, car la violation des lois naturelles amène toujours avec elle son châtiement.

La plus ancienne pratique dont nous ayons entendu parler est celle mise en usage par Onan, et qui consiste dans le retrait du pénis hors du vagin immédiatement avant l'éjaculation. Le *condom*, dont se servent certains maris pour empêcher la conception, et les hommes non mariés pour se préserver de toute contagion vénérienne, est ainsi décrit par Ricord : “ Une cuirasse contre le plaisir, une toile d'araignée contre le danger.”

Les différentes injections vaginales mises en usage immédiatement après le coït, dans le but de prévenir la conception, sont trop connues pour qu'il soit besoin de les mentionner.

L'abstention du coït aux époques où il serait le plus apte à être suivi de fécondation est une méthode très incertaine dans ses résultats et qui désappointe souvent ceux qui y ont recours.

Enfin, l'abstinence complète est, dans certains cas, impérieusement indiquée. Aucun homme n'a le droit de sacrifier ou de mettre en péril la vie de sa compagne dans le seul but de se donner un plaisir égoïste. Il serait préférable que les malades ne se mariassent pas. L'hystérique confirmée, l'épileptique, les tuberculeux, le sujet épuisé par la débauche etc., n'ont aucun droit au mariage. Celui-ci n'est ni un hôpital ni une école de réforme.—*College and Clinical Record.*

Traitement de la gastralgie et des vomissements hystériques.— Nos lecteurs savent sans doute que l'alcaloïde de la belladone est d'une efficacité presque absolue pour prévenir les vomissements souvent provoqués par les injections sous-cutanées de morphine. Aussi trouveront-ils tout naturel que la combinaison de l'opium et de la belladone ait produit entre les mains de Czernicki les meilleurs résultats dans un cas de gastralgie avec vomissements incoercibles chez une hystérique.

« La morphine calmait la douleur, mais était impuissante à arrêter les vomissements qui résistèrent également aux révulsifs cutanés. En vain on mit en œuvre les cautérisations ponctuées de l'épigastre, les douches froides sur la région, les pulvérisations d'éther, la glace, les boissons gazeuses, les peptones, etc. Ne sachant quel parti prendre, Czernicki résolut de joindre l'atropine à la morphine. On injecta donc, après le premier repas, un centigramme de morphine, et, cinq minutes après, 1/2 milligramme de sulfate d'atropine. L'effet produit fut inespéré; la malade garda tous ses aliments; le lendemain, les douleurs gastriques se produisirent, mais sans amener de vomissements; puis au repas suivant, on supprima l'atropine en gardant la morphine, les douleurs disparurent, mais les vomissements se reproduisirent.

Les expériences répétées amenèrent toujours des résultats identiques; craignant l'accumulation, on injecta moins d'un demi-milligramme d'atropine; cela suffisait pour arrêter les vomissements; supprimait-on l'atropine, ceux-ci se reproduisaient tout de suite.

Le traitement était dès lors trouvé, le malade guérit rapidement; les vomissements cessèrent les premiers.

Czernicki a employé de nouveau cette méthode chez une vieille femme cancéreuse qui vomissait avec persistance; les douleurs et les vomissements furent arrêtés encore par l'association de la morphine et de l'atropine.

Quand à l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique se joint l'hyperesthésie du pharynx, M. Huchard recommande les pulvérisations d'une solution concentrée de bromure de potassium, dirigées vers le pharynx, combinées avec des badigeonnages de la solution dont voici la formule:

Glycérine.....	20 grammes.
Bromure de potassium	2 —
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 30 centigr.

Nous rappellerons que la coca a récemment encore été préconisée comme un excellent anesthésique du pharynx.—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'épulis.—Clinique de M. PAUL BERGER à l'hôpital de la Charité.—

Je vais vous parler aujourd'hui de certains faits se rattachant à la tumeur que j'ai enlevée ces jours derniers ; il s'agit d'une épulis, c'est-à-dire d'une tumeur du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, sans adhérence aucune avec les parties voisines, progressant sans cesse et résistant à toute espèce de traitement autre que l'extirpation.

L'épulis est une variété de tumeur qui affecte des formes très différentes, d'où l'embarras parfois de certains chirurgiens des temps passés. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, et l'épulis est une affection bien connue. Partie du bord alvéolaire, elle n'est qu'une variété de l'ostéosarcome des mâchoires, tirant sa bénignité relative de son siège et de son mode de développement.

La malade que nous avons opérée est une femme de quarante à cinquante ans, qui s'aperçut pour la première fois, il y a deux ans environ, d'une petite tumeur charnue, du volume d'un pois, qui apparaissait au niveau des dernières molaires. Bientôt la dent de sagesse se trouvait ébranlée et tombait spontanément. C'est un fait habituel, du reste, dans l'épulis, que l'apparition de la tumeur soit précédée ou suivie de la chute d'une dent. La tumeur continuait à augmenter, mais comme elle ne déterminait aucune douleur,—fait également normal,—la malade ne s'en inquiétait pas beaucoup. Ce ne fut que dans les derniers temps, alors seulement qu'elle avait acquis un certain volume et qu'elle entraînait une gêne assez notable, ainsi qu'une certaine déformation de la face, que la malade se décida à venir à l'hôpital.

À cette époque, l'épulis était à peu près grosse comme une noix, et formait pour ainsi dire deux lobules. Le premier,—le plus volumineux,—occupait le sillon de séparation de l'arcade dentaire et de la joue. Il était lisse, d'un rouge foncé, ferme, dur même, mamelonné, libre de toutes parts et sans autre adhérence que son point d'implantation sur le bord alvéolaire, implantation sur une large surface, ce qui lui donnait l'apparence d'une tumeur sessile. Le second lobule,—formant une sorte de diverticulum,—était venu s'appliquer, par la pression de la langue, contre la voûte palatine, si bien qu'il paraissait s'être développé aux dépens de cette voûte, tandis qu'en réalité, il s'insérait comme la première tumeur sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, et que le doigt, introduit dans la bouche, pouvait passer entre la tumeur et la voûte palatine. Ce second lobule était d'une teinte quelque peu différente du premier, il était d'un blanc rosé et présentait un bord frangé, festonné.

La tumeur, sur aucun de ses lobes, n'était ulcérée ; sa surface était parfaitement lisse, elle ne donnait lieu à aucune sécrétion muqueuse ni purulente. Du reste, les épulis ne s'ulcèrent presque jamais et les quelques petites plaies passagères, que l'on y rencontre parfois, sont exclusivement dues à l'action des dents pendant la mastication.

Abandonnées à elles-mêmes, les épulis augmentent sans cesse de volume, déterminant une gêne de plus en plus grande, chassant la langue devant elles, entraînant peu à peu une déformation de la joue, mais ne donnant jamais lieu, par elles-mêmes, à aucune douleur, et n'étant jamais le siège d'hémorrhagies.

Ces tumeurs, dont la dénomination est d'origine hippocratique, ont été bien décrites par Boyer, tout en laissant un grand desideratum au point de vue de leur constitution anatomique, et l'opinion qui prévalait encore, il y a une quarantaine d'années, voulait que les épulis fussent des tumeurs de nature fibreuse et d'un pronostic plus grave. Mais les travaux de M. Robin et ses communications, en 1849, à la Société de Biologie, sur les médullocelles et les myéloplaxes et les tumeurs formées par l'agglomération de ces éléments anatomiques de la moëlle des os, vinrent jeter un jour absolument nouveau sur la question. Un peu plus tard, sir Paget confirmait la description de M. Robin et, en 1860, M. Eugène Nélaton donnait, dans sa thèse inaugurale, une excellente description des tumeurs à myéloplaxes et à médullocelles, et de leurs principales variétés, des tumeurs myéloïdes, notamment des épulis.

Les épulis renferment un très grand nombre de vaisseaux, au point même d'avoir quelquefois l'apparence de tumeurs érectiles, et leur coloration rouge foncé tient bien plus à la couleur même des myéloplaxes qu'à la présence des vaisseaux sanguins. Du reste, cette coloration varie selon que les myéloplaxes ou les médullocelles prédominent dans la tumeur.

Certaines variétés d'épulis, au lieu d'être des ostéo-sarcomes de consistance plus ou moins molle, sont constituées par un sarcome ossifiant, c'est-à-dire que l'on trouve, dans leur intérieur, des trabécules osseuses formant des éléments durs, implantés au milieu d'une masse plus molle.

Quelques auteurs, comme Virchow, croient que les épulis se développent dans le périoste de l'alvéole; d'autres, comme M. Magitot, dans l'alvéole elle-même, d'où elles chasseraient la dent au dehors pour sortir à leur tour et se développer plus librement. Quant à M. Eugène Nélaton, — et la même opinion est soutenue par MM. Cornil et Ranvier, — pour lui, c'est dans la moëlle osseuse elle-même que la tumeur a son origine, rompant plus tard la coque osseuse qui l'environne pour se développer au dehors. Ce qui revient à dire que ces tumeurs peuvent s'étendre aussi du côté de l'intérieur des os, où elles ont pris naissance, et gagner les aréoles voisines. Partant, la tumeur de notre malade pourrait avoir des racines étendues dans le bord alvéolaire et jusqu'à la voûte palatine. Aussi, si l'on se bornait seulement à enlever les parties superficielles, on ferait de mauvaise besogne et les parties restantes permettraient, faciliteraient même la reproduction de la tumeur, d'où la nécessité de faire une extirpation aussi complète que possible pour éviter toute récidive. Celle-ci, en effet, peut se faire soit localement, soit même généralement dans quelques cas.

Le mot de sarcome qui caractérise la nature de l'épulis réveille en soi l'idée d'une malignité relative, non pas celle du cancer qui s'ulcère, s'étend et se généralise pour ainsi dire fatalement. Le caractère de malignité cancéreuse n'appartient pas à la maladie qui nous occupe; aussi les métastases et la généralisation du mal sont-elles fort rares, tandis que la récidive sur place, au contraire, est fréquente. Néanmoins nous devons nous rappeler que la maladie peut se généraliser et se terminer alors fatalement. C'est ainsi que j'ai là, devant moi, des pièces anatomiques qui m'ont été communiquées par M. le professeur Le Fort. Elles proviennent d'une femme qui fut opérée par M. Panas, aussi complètement que possible, d'une épulis de la mâchoire. La tumeur ne

repullula pas sur place. Mais un an après l'opération, une tumeur de même nature se développait sur le fémur, en même temps que l'on voyait se former plusieurs tumefactions sur différents points du corps. Bientôt la malade devenait cachectique et succombait. A l'autopsie, on découvrit de nombreux foyers métastatiques d'ostéosarcome, tandis que la portion malade du fémur était transformée en une coque osseuse renfermant des kystes multiloculaires, remplis d'un tissu mou, friable, constituée par des medullocelles et des myeloplaxes analogues aux medullocelles et aux myeloplaxes que l'on avait constatées dans l'épulis de la gencive primitivement extirpée.

Chez notre malade, ce qui rend notre pronostic peut-être plus incertain, c'est que nous avons trouvé, dans la région crânienne, une petite tumeur dure, dont l'existence, au dire de la malade, remontait déjà à plusieurs années. Aussi restons-nous dans le doute et dans la crainte d'une généralisation possible de quelque ostéosarcome secondaire.

Quoi qu'il en soit, la tumeur de la mâchoire exigeait, chez elle, une intervention large et immédiate, non pas par l'emploi des caustiques qui, en pareil cas, sont insuffisants, mais par l'instrument tranchant, de façon à enlever l'épulis avec son point d'implantation lui-même. C'est ce que nous avons fait. L'opération, du reste, a évolué avec la plus grande facilité; elle n'a été suivie d'aucune réaction fébrile, grâce à l'emploi, toutes les deux heures, comme antiseptiques, d'une solution de chloral. La guérison promet d'être rapide, cependant, pour être rassuré contre toute récurrence ou généralisation, il faut encore attendre un certain temps.—*Gaz. des hôpitaux.*

Panaris des gaines.—Clinique de M. CHENANTAIS à l'Hôtel-Dieu de Nantes — Je tiens à vous parler aujourd'hui d'une affection bien vulgaire, mais aussi mal soignée qu'elle est commune. J'ai nommé le panaris — Une femme de 50 ans, journalière, habituée à des travaux manuels pénibles et prolongés, vient de vous en offrir un cas dans le service. Il y a six jours, elle fut prise subitement d'une vive douleur au niveau de la phalange du médius de la main gauche. Puis peu de temps après survint un gonflement au doigt qui devint le siège de douleurs pulsatives fort pénibles. Les cataplasmes ne calmèrent en rien la malade qui se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Depuis plusieurs jours elle ne dormait plus. Le mouvement fébrile était très accentué; il y avait anorexie et inappétence complète. Je trouvai le doigt médius tendu, douloureux, à peine rouge. La pression était insupportable, surtout au niveau de la partie phalangienne qui paraissait visiblement étranglée au niveau des plis articulaires. C'est au milieu de la face palmaire de cette phalange que vous m'avez vu pratiquer une incision profonde.

J'ai débridé largement, car il y avait là un véritable étranglement à lever le plus tôt possible pour éviter, non seulement la nécrose du tendon comprimé par les tissus enflammés, mais encore pour prévenir l'extension de la phlegmasie à la paume de la main. L'incision a intéressé la gaine des fléchisseurs, c'était là le siège de l'étranglement qui fait tout le danger de l'affection qui nous occupe. Nous n'avions pas affaire ici au panaris sous-cutané dont les symptômes sont bien moins accusés. En effet, dans celui-ci les phénomènes généraux manquent, le doigt est rouge livide, la douleur n'est pas pulsative, et les mouvements sont possibles.

Cette variété ne réclame pas une intervention aussi active et peut guérir par les seuls efforts de la nature. Les symptômes du panaris des gaines, comme vous avez pu le voir chez notre malade, sont autrement sérieux. Au début, le gonflement est modéré, la coloration de la peau à peine modifiée. La tuméfaction occupe tout le doigt, sauf la 3^e phalange, dépourvue comme vous le savez, de coulisse fibro-séreuse. Les deux autres phalanges paraissent étranglées au niveau des plis articulaires. Les mouvements volontaires sont impossibles et le doigt est dans la demi flexion. Les douleurs sont pulsatives, continues, rendent le sommeil impossible et s'accompagnent de fièvre, parfois de délire. La pression réveille d'intolérables douleurs.

Au bout de trois à quatre jours la suppuration est établie ; mais l'aspect du doigt est peu modifié. La fluctuation est impossible à percevoir. La résolution est l'exception dans le panaris des gaines. Abandonné à lui-même il occasionne rapidement la mortification du tendon, la nécrose de la phalange, et le plus souvent il se propage à la paume de la main, exposant le malade à tous les dangers d'un phlegmon de cette région. On conçoit facilement la marche de ces désordres en se rappelant la disposition des gaines synoviales.

Une phlegmasie de la gaine tendineuse de l'index, du medius et de l'annulaire aura vite raison de la mince barrière séreuse qui la sépare du tissu cellulaire de la région palmaire. Un panaris profond des gaines du pouce et du petit doigt sera encore plus grave, à cause de la communication possible de leurs synoviales et de l'extension de la phlegmasie à l'avant bras.

Vous voyez ce qui peut en résulter : nécrose, adhérences, rétractions cicatricielles ; bref, la perte des fonctions du membre, quand les accidents septicémiques ne nécessitent pas l'amputation du bras.

Il n'y a qu'un moyen d'éviter ces redoutables complications, c'est de débrider le plus tôt possible. Plus vite on aura agi, plus on aura la chance d'éviter l'exfoliation du tendon et ses conséquences. Le débridement de la gaine doit être, comme je vous le disais en commençant, fait largement, de façon à ouvrir toutes les loges qui peuvent cloisonner la coulisse tendineuse. Faute de cette précaution, la rupture d'une de ces loges peut entraîner tous les désordres que je viens de vous rappeler. Rappelez-vous bien ceci : c'est que le danger n'est pas de mettre un tendon à découvert, mais de l'oublier au fond de sa coulisse.

Ainsi donc, messieurs, quand vous verrez se présenter chez vous un client se plaignant d'un doigt qui l'empêche de dormir et de manger, et qui est le siège d'élançements et de battements douloureux, vous pouvez diagnostiquer d'avance un panaris des gaines. Ayez soin de représenter à votre malade que ni les onguents, ni les pommades, ni les cataplasmes ne le guériront, et qu'il n'y a qu'un seul remède : l'incision. S'il hésite, et il hésitera, affirmez que, s'il attend que le mal mûrisse, son doigt tombera. S'il consent, gardez-vous des timides incisions, son doigt la gaine et ses loges, votre malade vous en saura gré ; seulement ayez la précaution de lui dire que c'est un débridement que vous faites et non une ouverture destinée à livrer passage à un dépôt de pus. Sans cette précaution, vous seriez accusés d'avoir fait une opération prématurée.—*Gaz. méd. de Nantes.*

Guérison rapide du chancre simple.—Les chancres simples, résultats d'une infection toute locale, d'une infection régionale, ont une durée variable, mais toujours relativement longue. Quelques-uns guérissent en 15 jours, c'est l'exception; la plupart ne cèdent que dans l'espace de 4 à 6 et même 8 semaines; un certain nombre, même dépourvus de tout plagédénisme, persistent pendant trois ou quatre mois s'ils ne sont pas traités.

Cette longue durée de ces lésions ulcéreuses a provoqué maintes tentatives thérapeutiques. On peut même dire qu'il y a eu à ce sujet un véritable encombrement de topiques, et que le médecin qui, désireux de recourir au meilleur traitement, ouvrait un dictionnaire, éprouvait pour faire son choix, un réel embarras.

Les recherches de Ricord avaient élucidé la question. Après bien des tâtonnements, l'illustre chirurgien donna la préférence au nitrate d'argent, mais dissous dans la proportion d'un gramme pour trente grammes d'eau. Plus concentrée, la solution est irritante; moins forte, elle n'agit pas. Depuis cette époque, Fournier préconisa aussi le nitrate d'argent; c'est à la solution au 30^e qu'il a recours dans son service, et l'usage de cette solution se répandit de plus en plus.

Après la solution du nitrate au 30^e, Ricord et Fournier recommandèrent le tartrate ferrico-potassique à la dose de 10 grammes pour 100.

D'autre part on dirigeait contre le chancre simple les vertus antiseptiques de l'iodoforme et l'on constatait que ce topique était "tantôt merveilleux, tantôt inerte."

Ces trois médicaments se partageaient à juste titre la confiance des praticiens; toutefois la guérison n'était obtenue que dans les délais, signalés plus haut, de 4 à 5 semaines en moyenne.

Aussi, les essais thérapeutiques se renouvelèrent-ils sans relâche. On dirigea contre la virulence chancreuse tous les antiseptiques nouveaux. Je signalerai seulement les expériences de Vidal avec l'acide pyrogallique; celles d'Aubert (de Lyon), au moyen de la chaleur et de l'eau chaude; celles de Leblond et de Tissiaux qui obtinrent, par la résorcine, la guérison du chancre simple, en moyenne au bout de 23 jours alors que la solution de nitrate ne guérit qu'en 25 à 28 jours et l'iodoforme en 32 jours. Or, voici venir d'Autriche un moyen de guérison beaucoup plus rapide. Certes, les résultats ne doivent pas être admis sans contrôle. Toutefois, on peut dire que la médecine viennoise nous a habitués à prendre au sérieux ses déclarations; d'autre part, on trouve une garantie dans le nom du signataire de l'article auquel je fais allusion, Hans von Hebra. Certes, je ne fais aucune difficulté d'avouer que les résultats proclamés me font tout d'abord penser à une série exceptionnellement heureuse; mais je pense que, du moment qu'il s'agit de guérir les chancres simples *en quelques jours*, il est urgent que des expériences soient instituées par les médecins français afin de s'assurer de la réalité de tels succès et d'en faire profiter sans retard les malades. C'est en effet en 4 ou 6 jours que le Dr Hebra fait disparaître les chancres simples. Le topique employé est l'acide salicylique. D'ordinaire "il suffit de 2 ou 3 jours pour détruire la virulence de l'ulcération; dès lors la perte de substance se comble par l'application d'une pommade indifférente en 24 ou 48 heures."

Le procédé du médecin de Vienne est le suivant:

Il commence par nettoyer bien soigneusement la verge avec de l'eau

tiède et par faire disparaître les croûtelles, les parcelles de pus concret, ainsi que toute trace des topiques qui ont pu être antérieurement appliqués; il se sert pour cela d'huile et d'esprit de savon. Ces précautions ne sont pas sans importance, à cause de la facilité avec laquelle l'acide salicylique se combine avec les métaux. Dans le cas particulier, le plomb, le zinc et le mercure, si souvent employés en vénéréologie, pourraient former, par leurs combinaisons salicylées, de violents caustiques.

Sur la verge ainsi détergée et séchée, on applique l'acide salicylique de manière à recouvrir seulement le chancre et une mince zone immédiatement voisine. Il faut, en effet, tâcher de préserver la peau saine de toute irritation capable de favoriser les auto-inoculations. On maintient en place la poudre salicylée au moyen d'une mince couche d'ouate, et on fixe le tout par un anneau d'emplâtre adhésif. Si la suppuration n'est pas très abondante, il suffit de renouveler le pansement une fois toutes les vingt-quatre heures; dans le cas contraire, on fera un pansement matin et soir, en ayant soin de laver chaque fois les plaies avec attention.

Dès la fin du premier jour, on peut remarquer que l'ulcération se recouvre d'une eschare blanchâtre, tandis que les parties les plus voisines sont un peu plus rouges; que la rougeur augmente dans une proportion égale à la zone de peau saine qui a été mise en contact avec la poudre. Dès le troisième jour, l'eschare est assez puissante pour guérir, bien qu'elle soit insuffisante pour perforer; dès lors on cesse l'application de la poudre, qu'on remplace par de la crome céleste ou de l'axonge étendue sur une bandelette de toile. On emploie ensuite, comme plus haut, l'ouate et l'emplâtre adhésif. Habituellement, l'eschare tombe après une demi-journée, et laisse à sa place une plaie simple, dépourvue de virulence, qui ne prend pas plus de deux ou trois jours pour se réparer complètement.

On remarquera, ajoute Hebra, que par ce procédé la complète guérison se fait en quatre ou six jours, c'est-à-dire tout autant de jours qu'on employait ordinairement de semaines. Il est d'ailleurs évident que la guérison sera obtenue d'autant plus promptement que les chancres seront plus petits, et que sera plus court le temps écoulé depuis la contamination. D'ailleurs, ni le nombre, ni l'âge des chancres, soit que ceux-ci aient été créés simultanément ou successivement, n'ont d'influence sur la durée de la cure. Tout au plus peut-on remarquer que, en cas d'auto-inoculation, le plus ancien des chancres, celui qui a donné naissance aux autres, est aussi celui qui exige un jour ou deux de plus pour sa guérison.

Cette méthode thérapeutique agit sans causer de douleur. C'est à peine si parfois, lors de la première application, le malade ressent une légère brûlure; la cuisson n'est intense que lorsqu'on a appliqué l'acide salicylique sur une trop grande étendue de tissus sains. En outre, cette méthode comporte une grande propreté. Aussitôt après l'application de la poudre, qu'on étale avec grande facilité au moyen d'une curette, la suppuration cesse et le peu de pus qui se forme est aussitôt absorbé par l'ouate qui prévient les auto-inoculations successives.

Mais l'avantage le plus important et le plus précieux du pansement salicylé des chancres simples consiste dans la suppression ou l'avortement des adénites suppuratives, des bubons chancreux. Le docteur

Hebra affirme, en effet, qu'aucun des nombreux chancre simples qui ont été traités par lui au moyen de l'acide salicylique ne s'est compliqué ni de suppuration ni même de tuméfaction ganglionnaire. Est-ce un heureux hasard? Est-ce action spéciale de l'acide salicylique? C'est ce que l'avenir décidera.

Dans un seul cas, Hebra eut à traiter un malade dont les ganglions inguinaux présentaient une sensibilité exagérée et un volume anormal. Il pense avoir eu affaire à un bubon imminent; or, après deux jours d'application de la poudre salicylée, la douleur disparut ainsi que la tuméfaction du ganglion.

La suppression du bubon chancrelleux ne me paraît pas démontrée par ce fait, car on sait qu'il arrive souvent que le repos fait disparaître les adénopathies simples développées à l'occasion de chancrelles; ensuite, même suppurés et ouverts à l'intérieur, les bubons inguinaux qui accompagnent les chancres simples de la verge ne sont pas constamment virulents. Ce fait reste donc à prouver.

Quoi qu'il en soit, H. von Hebra publie, à l'appui de l'heureuse et rapide influence de son procédé, plusieurs observations suivies et détaillées.

Cette assertion, je le répète, mérite d'être contrôlée en raison du mom de celui qui l'a produite, en raison aussi de l'importance des résultats. De ceux-ci on peut se rendre compte en considérant le nombre de semaines pendant lesquelles sont contraints de rester couchés les malades atteints de bubons suppures; le nombre des malades qui, porteurs de chancres simples, ne peuvent être traités chez eux et se présentent, main en vain—faute de lits vacants—à la porte des hôpitaux; enfin, le nombre d'inoculations accidentelles qu'évitera une promptitude aussi grande de la guérison.—DR BARTHELEMY, in *Union médicale*.

Usages chirurgicaux du collodion.— On ne saurait assez insister sur l'usage du collodion en chirurgie écrit le Dr GAMAGE (*Birmingham Medical Review*). Par sa rapide évaporation et sa contraction, il exerce tout à la fois une double action antiphlogistique la réfrigération et la compression. Dans l'orchite aiguë, je ne connais pas de traitement plus simple, plus rapide et plus satisfaisant que l'application, à l'aide d'un pinceau, de plusieurs couches de collodion sur le cordon et le scrotum. Sans doute, le premier sentiment est pénible, mais il cesse après la rétraction rapide des tissus, et ce fait, signalé il y a déjà quelque trente ans par Bonnafont, était tombé dans l'oubli. Pour raffermir des parties autour desquelles on ne peut passer des bandes, qu'y a-t-il de mieux que ce précieux agent? Dernièrement un jeune homme, dont la santé d'ailleurs était excellente, me consultait pour un gonflement du nez très disgracieux, dont je le guéris par des badigeonnages au collodion pendant quelques jours. Quand il y a fracture des os du nez, quoi de plus simple que de placer sur cet organe un moule de coton trempé dans le collodion, à condition toutefois que le moule soit assez grand pour envelopper le nez dans son ensemble et prendre un point d'appui sur ses parties latérales. Le patient compare le sentiment qu'il éprouve à l'application d'un solide bandage et la consolidation a lieu très rapidement, grâce à cet appareil qui peut être facilement renouvelé.

Dés blessures récentes se cicatrisent bien avec le collodion, c'est ainsi que dernièrement un cocher vint me consulter pour une plaie, peu profonde d'ailleurs, produite par une roue de voiture qui avait éraflé la peau au niveau de la partie moyenne du tibia droit. Comme pansoement il s'était contenté d'appliquer des compresses d'eau froide, et la petite plaie agrandie présentait une rougeur périphérique assez étendue, la pression de la peau dans le voisinage était douloureuse. Ayant desséché avec du tissu absorbant la surface de la plaie, j'y passai quelques couches de collodion, et par dessus le tout j'appliquai un bandage. L'opération eut un plein succès, et après avoir deux fois renouvelé le pansoement, à quatre jours de distance, la cicatrisation fut parfaite. Pendant tout le temps du traitement le blessé continua de conduire et d'exercer sa profession sans perdre une heure de son travail.—*France médicale.*

Luxations et fractures.—Extraits d'une clinique de M. Jonathan HUTCHINSON, F.R.C.S., au *London Hospital*.—M. Hutchinson commence par mettre ses auditeurs en garde contre le danger de méconnaître une dislocation dans un cas donné. Pour cela il leur donne deux règles à observer :

1^o N'examinez jamais un malade, dans ces conditions, sans le dépouiller et comparer bien exactement les deux côtés du corps. 2^o Si, après cet examen, vous avez encore des doutes au sujet de l'existence d'une luxation, ne vous en tenez pas là, mais, mettant le patient sous l'influence du chloroforme, prenez tout le soin nécessaire pour faire un diagnostic aussi absolument certain que possible. Ce soin devra surtout être de mise dans le cas de jeunes malades qui, naturellement, opposent beaucoup de résistance s'ils ne sont pas endormis, et aussi chez ceux qui sont trop sensibles et trop pusillanimes.

Il arrive, dans beaucoup de cas, que la luxation, au lieu d'être simple, se complique d'une fracture, ce qui augmente la difficulté du diagnostic ; c'est chez les jeunes enfants que cette complication se rencontre le plus souvent, les luxations pures et simples étant rares chez eux. M. Hutchinson dit n'avoir jamais rencontré de luxation simple de l'épaule chez l'enfant ; d'un autre côté il en a vu un grand nombre où il y avait un décollement épiphysaire simulant beaucoup une dislocation. Cette lésion ne se montre pas au poignet ; on la rencontre le plus souvent à la hanche, et, quand il s'agit d'un enfant, il importe de se rappeler que quand il y a des symptômes de luxation, on peut les prendre également pour des signes indiquant d'autres lésions.

Chez l'enfant, les décollements épiphysaires des os longs ne sont pas rares, mais on ne doit pas les considérer comme des fractures véritables. Il n'y a qu'un glissement de l'extrémité supérieure de l'os simulant parfois beaucoup une luxation.

Chez l'adulte, la luxation des deux os de l'avant-bras au pli du coude n'est pas rare non plus ; elle est très fréquente chez les enfants. Dans ce dernier cas, ce n'est le plus souvent encore qu'un décollement des épiphyses simulant une luxation en arrière.

Dans le traitement du décollement épiphysaire du coude chez l'enfant, le plan qui réussit le mieux est celui qui consiste à placer le membre dans la demi-flexion et de le fixer sur une attelle qui remonte en haut du bras ; cette attelle doit être maintenue au moyen de diachylon,

tandis qu'un coussin est appliqué à la partie supérieure de l'humérus sur lequel est ainsi exercée une pression convenable. L'application de l'appareil doit se faire durant le sommeil chloroformique complet. La pression ainsi exercée sur l'humérus doit être considérable si l'on veut obtenir le résultat désiré; elle doit se faire même en dépit de la tuméfaction qui se produit dans beaucoup de cas et qui est due à la déchirure du périoste. Dans un cas vu récemment par M. Hutchinson, l'omission de ces détails avait eu pour résultat l'ankylose de l'articulation; il est donc à désirer que le praticien, dans tous les cas de ce genre, se garde bien de pronostiquer une guérison sans raideur ultérieure du coude. Dans le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius, il arrive assez souvent que l'on se trompe et que l'on croie à une luxation du poignet. En règle générale, il n'y a qu'un déplacement incomplet de l'épiphyse, cependant on rapporte un cas où le déplacement a été complet. Les parties détachées doivent être mises en juxtaposition, puis le membre mis dans un appareil approprié, le tout avec l'aide du chloroforme.

Pour prouver la rareté des luxations du poignet, M. Hutchinson dit qu'il n'en a jamais vu lui-même, et que les lésions que l'on a décrites sous ce titre ont toujours fini par être, en définitive, chez les jeunes sujets, un décollement épiphysaire, et chez l'adulte, une fracture. Il met de même en doute l'existence de la luxation de l'épave dite sous-glénoidienne; dans tous les cas qu'il a examinés dans le but de la constater, il a vu qu'il s'agissait de la variété sous-coracoïdienne, ce dont il pouvait s'assurer, du reste, par le fait de l'absence de tout allongement qui, dans le cas d'une luxation sous glénoidienne, doit être de un pouce et demi à deux pouces.

C'est au professeur Flower que doit revenir l'honneur d'avoir attiré l'attention sur les faits que ce qu'on appelait luxation sous glénoidienne n'est en réalité qu'une dislocation sous coracoïdienne. Le Dr Howe avait aussi, avant le Dr Flower, fait observer que dans la luxation sous glénoidienne il doit nécessairement y avoir allongement du membre; malgré cela, cependant, un manuel de chirurgie bien connu continue, dans sa dernière édition, de propager l'erreur en question, et donne des gravures dans lesquelles les deux formes de luxation sont représentées avec égale longueur des membres dans les deux cas.

Chez l'enfant, les luxations du coude peuvent être traitées avec grand espoir d'obtenir de bons résultats. Il n'en est plus de même quand le sujet est âgé, car bien que dans ce dernier cas, la réduction puisse se faire sans danger de fracture, cependant il y a grand risque de production d'une arthrite rhumatismale chronique, complication qui arrive dans presque tous ces cas-là. En vue de la grande fréquence de cette arthrite dans les cas de luxation du coude chez les vieillards, le chirurgien doit donc être très réservé en portant son pronostic au sujet du plus ou moins d'utilité du membre pour plus tard; le malade ayant beaucoup plus de chance de rester avec une articulation plus ou moins malade.—*Canada Lancet.*—(A suivre.)

Genu valgum.—D'après M. DESPRÉS, (*Société de chirurgie de Paris*) la théorie classique du genu valgum est absolument fautive. Pour les lésions osseuses sont consécutives, et l'affection présente toujours, à son début, une paralysie musculaire contre laquelle le traitement électrique donne les meilleurs résultats.

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De la grossesse, des erreurs auxquelles elle expose.—Clinique de M. le professeur PAJOT.—Messieurs, je vous ai réunis aujourd'hui pour vous communiquer une observation que vous n'oublierez jamais. Elle sera pour vous d'un grand enseignement et vous mettra pour toujours, par les réflexions qu'elle vous suggérera, à l'abri de certaines *fautes monstrueuses*, toujours préjudiciables à la réputation du médecin et parfois si funestes à l'existence des malades.

Ces fautes-là, il est arrivé à des hommes éminents, occupant en obstétrique une place considérable, de les commettre. Je vous ai du reste signalé, dans nos premières leçons et quand nous nous occupions du diagnostic de la grossesse, quelques exemples de ce genre. J'ajoutai que si 95 fois sur 100 le diagnostic de la grossesse était chose facile, il devenait dans quelques cas d'une difficulté extraordinaire.

L'observation dont il s'agit et toute récente d'une *faute de cette nature*, a été commise par des hommes hautement placés, et dont l'un même jouit, dans les questions qui nous occupent, d'une des célébrités les plus bruyantes du jour. Loin d'hésiter à vous faire cette communication, j'ai absolument tenu à ce que vous en prissiez connaissance, parce qu'elle vous tracera une règle de conduite précise dans ces cas difficiles et obscurs, et parce qu'elle pourra sauvegarder votre réputation et quelquefois même la vie de vos malades.

Voici la communication que me fait un confrère des environs de Paris.

« Mme B., 35 ans.

Antécédents.—A eu un premier enfant à l'âge de 20 ans. Accouchement très long et laborieux; forceps, déchirure du périnée, fistule vésico-vaginale.

A eu, depuis, deux autres enfants. Accouchements très faciles.

Depuis le dernier accouchement qui a eu lieu il y a huit ans, Mme B... a conservé un abaissement considérable de matrice: elle a été trois mois dans le sang. Métorrhagies épouvantables qui la forçaient à garder le lit onze mois de l'année. Est devenue veuve. A imaginé, il y a cinq ans, de s'introduire dans le vagin *une grosse éponge*, servant à soutenir l'utérus et à absorber l'urine qui s'écoule dans la fistule vésico-vaginale. *Depuis qu'elle porte cette éponge, les métorrhagies ont disparu.* Les règles, peu abondantes, viennent irrégulièrement.

Cette dame s'est remariée. Elle n'a jamais pratiqué le coit sans son éponge au fond du vagin.

L'été dernier, Mme B... me fait demander.

—Docteur, me dit-elle, je grossis beaucoup; je voudrais savoir si je suis enceinte.

J'interroge ma cliente.

Les règles ont continué à paraître comme d'habitude, malgré le développement de l'utérus qui dépasse le pubis et est très mobile. Je pratique le toucher. Je retire l'éponge grosse comme le poing, *imprégnée de sang et d'urine.* Le périnée très lâche se laisse facilement déprimer; la fistule vésico-vaginale existe toujours, mais très petite. Le col de l'utérus, qu'on atteint difficilement dans la position horizontale, descend à quelques centimètres de l'orifice de la vulve, quand on prie

Mme B... de se mettre debout. Le col est plat, petit, dur, atrophié, pâle, decolore. L'orifice est très peu développé; on fait à travers la paroi abdominale osciller facilement l'utérus, mais ces oscillations ne semblent pas se communiquer au col. Je demande quinze jours pour me prononcer. Je reviens quinze jours après, Mme B... a senti remuer l'enfant."

Malheureusement, messieurs, toutes les femmes qui ne sont pas enceintes, mais qui croient l'être, sentent remuer; cette sensation subjective des mouvements éprouvée par les femmes, et qu'elles attribuent à la présence de l'enfant, ne doit constituer pour le médecin qu'un signe très discutable.

Je cherche les bruits du cœur et je ne les trouve pas. Je ne puis me prononcer. Je donne à ma cliente l'adresse de deux accoucheurs, en la priant d'aller consulter l'un d'eux le lendemain. Les règles apparaissent. Mme B... est prise de malaise; le mari, homme intelligent, me prie de faire venir un confrère de Paris, voulant immédiatement savoir à quoi s'en tenir. Un chirurgien des hôpitaux, accoucheur, vient le lendemain. Examen complet de la malade; le confrère m'apprend que ma cliente a un kyste de l'ovaire. Nous donnons au mari toutes les explications nécessaires. Alors, dit celui-ci, qu'on opère prochainement! Il est convenu qu'on fera une ponction exploratrice, puis l'opération définitive un peu plus tard. La malade, envisageant avec effroi l'opération, désire consulter le prince des kystes de l'ovaire. Je conduis moi-même Mme B... chez l'opérateur. Le sang avait reparu la veille. L'examen est pratiqué sur le fauteuil spécial, très longuement et très attentivement. Pas d'auscultation des bruits du cœur.

Diagnostic: gros corps fibreux! Il n'y a pas lieu d'opérer en ce moment, d'autant plus que la mortalité est de 70 pour 100. Mais dans trois mois, nous opererons si la famille le désire. Mme B..., découragée, prend, sur le conseil d'une commère, des purgatifs très violents et, trois semaines après ce dernier examen, elle accouche toute seule d'une fille de sept mois et demi à huit mois."

En résumé... Gros-sesse, malgré une grosse éponge pendant le coit.

Apparition des règles ??? huit fois pendant cette grossesse.

1° Examen par un simple médecin qui, dès le début, a avoué son incompetence.

2° Par un chirurgien des hôpitaux, accoucheur, qui diagnostique un kyste de l'ovaire et veut opérer.

3° Par un célèbre laparotomiste qui ne veut pas opérer avant trois mois, mais constate un gros corps fibreux.

4° Enfin, accouchement d'une fille trois semaines après ce diagnostic.

5° Depuis, disparition complète de toute trace de tumeurs.

Messieurs, des faits de cette nature ne réclament pas de dissertation. Ils sont bien, n'est-ce pas, assez éloquents par eux-mêmes! Mais permettez-moi de vous dire que des fautes aussi monstrueuses ne sont commises et mêmes sont couvertes, comme dans ce cas particulier, par des hommes considérables, que parce qu'on oublie de vieux conseils, vieux conseils que j'écrivais il y a déjà bon nombre d'années! Conseils qui, si vous ne les oubliez point, vous empêcheront, je vous le répète, de tomber dans de pareilles erreurs! Ces conseils les voici; et voyez s'ils ne vous paraissent pas spécialement écrits pour le fait que nous venons d'examiner ensemble:

“ Dans ces cas obscurs et difficiles, il est une conduite simple à tenir et en même temps utile et prudente, jamais elle ne compromettra ni la santé ni la vie de la femme, ni non plus la réputation du médecin. Cette conduite, c'est l'*expectation*: il faut savoir attendre.

“ S'il y avait quelque indication pressante, sans doute il conviendrait de la remplir; mais, quand la vie est menacée, qu'importe alors la grossesse ?

“ D'ailleurs, ni la vie ni même la santé de la femme ne sont en question généralement. La femme veut savoir si la grossesse est ou n'est pas. Or, tant que le problème ne paraît pas soluble avec certitude, ne le résolvons point: *attendons et surtout n'agissons pas, si rien ne fait une absolue nécessité d'agir.*

“ *Le temps est ici le meilleur de tous les moyens de diagnostic.*”—*Scalpel.*

Accouchement artificiel pour prévenir la cécité.—On sait que souvent et surtout dans les derniers mois de la gestation, les femmes enceintes sont sujettes à des troubles de la vue dépendant soit d'une rétinite albuminurique, soit d'une atrophie plus ou moins apparente sur le nerf optique.

D'ordinaire les symptômes vont croissant à chaque grossesse, et il n'est pas rare de voir s'établir une amaurose complète et définitive. Le Dr Loring croit que dans ces circonstances, pour prévenir la cécité, le médecin doit provoquer l'accouchement ou l'avortement; personne, avant lui, n'avait encore touché à ce point de déontologie. D'habitude le médecin de la famille, dès qu'apparaissent les troubles visuels, cherche à assurer la malade, lui assure que tout rentrera dans l'ordre dès qu'elle sera délivrée, et ce n'est que devant une menace d'éclampsie (dont l'amblyopie est souvent l'avant-coureur) qu'il se décide à pratiquer l'accouchement artificiel. L'auteur ne prétend pas qu'il faille opérer aux premiers désordres de la vue chez une primipare, mais seulement si l'atrophie est nettement apparente et s'est déjà accusée, quoique plus faiblement, dans une ou plusieurs grossesses antérieures.

L'intervention doit être plus prompte au cas de rétinite albuminurique. Cette pratique est-elle correcte au point de vue médico-légal ? La loi autorise l'avortement artificiel “ quand la mère est en danger et que cette opération doit lui sauver la vie.” Actuellement il est généralement admis (Simpson) que céphalalgie, vertiges, amblyopie sont des symptômes précurseurs de l'éclampsie, qui devient imminente dès que paraît l'albuminurie; sur ces bases pathologiques, le Dr Loring formule les préceptes suivants :

1^o Il faut pratiquer chez les femmes enceintes de fréquents examens ophtalmoscopiques, bien que la patiente ne se plaigne pas de ses yeux; c'est la seule façon de ne pas laisser passer inaperçue une rétinite albuminurique.

2^o Lorsqu'une perte considérable de l'acuité visuelle chez une femme enceinte avec ou sans lésions constatables de la rétine fait craindre la perte de la vue, l'accouchement artificiel est un devoir.

3^o Cette opération est plus nécessaire encore lorsque des troubles de la vue se sont montrés dans une grossesse précédente.

4^o Lorsqu'une perte de l'acuité visuelle (passagère ou permanente) aura été causée par une grossesse, il est du devoir du médecin d'annoncer aux époux les dangers d'une conception ultérieure. — *N. Y. Med. Journal.*

Les déchirures du périnée.—Les déchirures du périnée doivent être rangées parmi les accidents de l'accouchement que le praticien habile cherche à éviter avec le plus grand soin ; si, le plus habituellement, elles ne présentent pas de gravité, elles sont toujours désagréables pour la femme, et deviennent quelquefois, lorsqu'elles sont très étendues, la source d'une infirmité sérieuse.

Il est donc utile de rappeler dans quelles conditions surviennent de préférence les déchirures ; ces notions permettront en effet de prévenir à l'avance la femme ou l'entourage de la possibilité de l'accident.

Il est non moins utile de rappeler quelles sont les précautions les plus importantes à prendre pour éviter ces déchirures, et d'indiquer les moyens de réparer autant que possible les dégâts causés au périnée par l'accouchement.

Etiologie.—Certaines causes, tenant soit à la mère, soit au fœtus, prédisposent aux ruptures du périnée.

Ce sont surtout les *primipares* qui, pour diverses raisons, y sont particulièrement exposées : on sait avec quelle lenteur se dilate chez elles l'orifice utérin, tandis qu'au contraire c'est assez rapidement que le périnée se distend pour livrer passage à la tête du fœtus. Que ce périnée soit un peu altéré, un peu infiltré comme dans l'éclampsie, et l'on comprend avec quelle facilité se produira la déchirure. Il y a, d'après Pajot, des périnées voués pour ainsi dire fatalement à la déchirure ; et ce ne sont pas les périnées les plus longs et les plus minces qui sont le plus exposés ; ce sont les périnées gros, courts, infiltrés, oedématiés.

Quelques auteurs admettent dans certains cas une altération spéciale des tissus qui en diminue la résistance. Certains périnées ne sont ni assez résistants, ni assez extensibles ; d'après Olshausen, ce sont particulièrement les périnées des *primipares* d'un âge un peu avancé, des jeunes femmes grasses et fortement musclées, et ceux qui sont variqueux ou oedématiés depuis une époque plus ou moins reculée de la grossesse.

Certains vices de conformation du bassin, tels que la trop grande saillie de l'angle sacro-vertébral (Dupuytren) et le défaut de concavité antérieure du sacrum (Moreau) peuvent, en rapportant plus en bas et en arrière l'axe du détroit inférieur, favoriser les déchirures. M. Eustache, de Lille, insiste sur ces causes et incrimine particulièrement cette malformation du bassin auquel on donne le nom de *barrure* : le diamètre sacro-sous-pubien de l'excavation est diminué, l'axe du petit bassin correspond à la partie postérieure du périnée et, de plus, l'écartement des symphyses est moins considérable, plus aigu et gêne le dégagement de l'occiput. L'intensité et la rapide succession des contractions utérines, en hâtant l'expulsion du fœtus, empêchent parfois les tissus du périnée de se distendre suffisamment au passage de la tête ; le périnée est, pour ainsi dire, *surpris* ; il cède brusquement avant d'avoir eu le temps de se prêter aux efforts qui s'exercent sur lui. On connaît à cet égard l'influence, déjà si néfaste à d'autres points de vue, du seigle ergoté.

Du côté du fœtus, les causes, pour être peut-être moins nombreuses, n'en sont pas moins réellement actives ; le volume exagéré d'une partie fœtale, de la tête en particulier, donnera lieu parfaitement à une déchirure ; c'est surtout lorsque la rotation ne s'est pas faite, et que la tête se dégage en position occipito-sacrée, qu'il y a beaucoup à craindre ; les positions postérieures seront plus facilement accompagnées de déchirures que les

antérieures. Parfois, si la tête, petite, n'a distendu qu'incomplètement le périnée, si l'on se hâte trop de terminer l'accouchement, c'est au moment du dégagement des épaules, fait non méthodiquement, que va se produire la déchirure. De même dans les présentations du siège, outre qu'on a tout intérêt à faire rapidement l'extraction de la tête, la déchirure se produira d'autant plus facilement que le périnée n'a été qu'incomplètement distendu, préparé par le passage du siège. Certaines opérations obstétricales augmenteront encore le danger : une version podalique, une application de forceps, amèneront assez facilement les déchirures pour différentes raisons, mais surtout parce qu'on a généralement hâte de terminer l'accouchement. Si plusieurs de ces causes coexistent, elle augmenteront le danger ; dans une application de forceps faite, par exemple, lorsque l'occiput se dégage en arrière, le périnée sera presque fatalement intéressé, surtout si l'accouchement ne s'oppose pas à la sortie trop brusque de la tête.

Prophylaxie.— Dans ces différents cas, l'accoucheur devra redoubler de précautions, mettre rigoureusement en usage les plus petites manœuvres destinées à préserver le périnée.

L'une des plus anciennes méthodes consistait à le soutenir avec la face palmaire de la main engagée sous la cuisse et appliquée en travers du périnée. Nombre d'accoucheurs ont abandonné ce moyen, parfois inutile, ayant vu, ou plutôt senti des périnées se déchirer complètement sous la main ainsi appliquée ; ils préfèrent agir directement en plaçant la main sur la partie fœtale qui se présente à la vulve. " On la retient dans les parties génitales, de façon à permettre au périnée de se distendre lentement. " On applique deux ou trois doigts de la main droite passée par-dessus le ventre jusqu'à la vulve, de manière à retenir la tête fœtale au moment des contractions utérines, on peut en même temps soutenir le périnée avec l'autre main, suivant l'ancienne méthode. Depaul agit à la fois directement sur la tête et sur la commissure antérieure du périnée, de sorte que, la tête se trouvant ainsi retenue au niveau de l'orifice vaginal et vulvaire, le périnée peut se distendre lentement.

Quelques accoucheurs cherchent surtout à favoriser le déplacement des téguments situés en arrière et sur les parties latérales de la vulve vers cet orifice, ce qui facilite sa distension en lui fournissant plus d'étoffe.

D'après Playfair, lorsque la tête distend le périnée, le pouce et l'index de la main droite doivent être couchés sur les bords de la vulve qu'ils cherchent à rapprocher, tandis qu'avec la paume de la main on s'efforce d'allonger le périnée et de pousser son bord antérieur en avant de la tête.

Srestale au contraire élargit, avec deux ou trois doigts, la commissure postérieure de la vulve, et la maintient ainsi d'une façon ferme et continue pendant un certain temps ; il réussit ainsi, non-seulement à dilater rapidement l'orifice vulvaire, mais encore à empêcher la rupture du périnée ; quelquefois même une application peut être évitée par cette méthode, lorsque le seul obstacle est la rigidité du périnée.

Lors même qu'une application de forceps est présumée nécessaire, à cause d'un obstacle siégeant au détroit supérieur, on retire des avantages de cette méthode, en évitant les déchirures du périnée qu'on a préparé ainsi à la distension.

De même, Duke commence la dilatation du périnée avant l'arrivée de la tête fœtale, de manière à ce que celle-ci trouve la besogne en partie faite et n'ait plus qu'à l'achever. Dans ce but, vers la fin de la période de dilatation, l'accoucheur introduit, à chaque contraction utérine, soit le pouce de la main gauche, soit deux doigts de la main droite dans le vagin, et il déprime fortement le périnée en le repoussant vers le coccyx. Il répète cette manœuvre à chaque douleur de la femme.

L'emploi des corps gras, huile, vaseline, est utile pour assouplir le périnée.

Hohl, en même temps qu'il cherche à refouler la tête vers l'arcade pubienne, tâche d'abaisser l'occiput, de façon à le dégager jusqu'à la nuque, avant que le front vienne à se mettre en contact avec le périnée. Cette manière de faire est également adoptée par Olshausen qui emploie un procédé pénible pour la femme; il cherche à provoquer la sortie de la tête en la repoussant en haut et en avant sous la symphyse à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum, et tâche de suppléer ainsi à l'impuissance des efforts de la femme.

Chaque accoucheur a son procédé pour empêcher la rupture du périnée; non seulement il faut insister sur les manœuvres précédenes, mais encore indiquer la position la plus favorable à donner à la femme.

En France on adopte généralement le décubitus dorsal; la femme étant couchée presque horizontalement, le siège est élevé au moyen d'une ou deux paires de draps que l'on place sous la région sacrée; les cuisses sont à demi-fléchies et les genoux écartés.

En Angleterre, la femme est le plus habituellement couchée dans le décubitus latéral gauche, le siège répondant au bord du lit; les cuisses sont modérément fléchies sur le bassin et les genoux écartés l'un de l'autre. Certains auteurs, Artl. Schroeder, préconisent la position accroupie sur les genoux et les coudes, parce que, dans cette position, la tête, par son propre poids, se place en plein dans l'arcade pubienne. Quelle que soit la position qu'on fasse prendre à la femme, il faut surveiller avec soin la dernière phase de l'accouchement. Pour M. Tarnier il y a, afin d'éviter les déchirures du périnée, quatre indications principales à remplir: 1^o empêcher la sortie brusque de la tête; 2^o diriger cette partie fœtale, au moment de son expulsion, suivant l'axe de l'orifice valvulaire; 3^o favoriser son mouvement d'extension, quand le front commence à se dégager; 4^o soutenir le périnée.

Malgré ces précautions, la déchirure du périnée peut devenir imminente, quasi inévitable. Le périnée, fortement distendu, présente même déjà quelques éraillures, il va se déchirer.—Que faire alors? Engager la femme à ne plus pousser, tâcher de paralyser, autant que possible, les efforts combinés des muscles abdominaux et de la contraction utérine, puis s'efforcer de limiter l'étendue de la déchirure et l'empêcher de se diriger vers l'anus: il faut avoir recours à l'épisiotomie. On s'arme de ciseaux ou d'un bistouri bouton et l'on pratique une incision de 5 à 10 millimètres, soit une incision médiane (Michaelis); soit deux incisions latérales (Eichelberg), soit des incisions multiples (Rigten). Tarnier recommande de faire une incision qu'il commence sur la ligne médiane, puis qu'il dirige obliquement de côté et en dehors de l'anus.

Il faut être sobre de ces incisions qui ne sont pas toujours sans

inconvenients, ne les employer que dans les cas où, pour ainsi dire, *le périnée va craquer*. Olshausen n'aime pas beaucoup cette petite opération qui ne lui semble pas toujours efficace; il lui semble dangereux de pratiquer une plaie du périnée chez une femme, alors qu'il n'est point fatal que la déchirure se produise, les faits où la déchirure périnéale peut être regardée comme inévitable étant assez rares. Il se borne le plus souvent à inciser la couche musculaire sous-muqueuse sans intéresser les téguments. Mieux vaut cependant pratiquer hardiment l'épisiotomie que de voir un périnée se déchirer complètement.

—*Concours médical.*—(à suivre)

Chirurgie abdominale et hystérectomie.—Extraits d'une communication de M. Law-son TAIT, F. R. C. S. Eng., à l'Association médicale canadienne.—M. Tait attribue à Keith l'honneur d'avoir le plus contribué, de notre temps, au développement de la chirurgie abdominale. Après avoir, pendant plusieurs années, mis à l'essai la méthode antiseptique de Lister dans tous et dans chacun de ses détails, M. Tait en est venu à la conclusion que cette méthode n'offre pas les avantages qu'on lui attribue et l'a entièrement mise de côté dès janvier 1881. "Le seul chirurgien, dit-il, qui emploie le Listerisme dans la pratique de la chirurgie abdominale est M. Knowsley THORNTON. Beaucoup de chirurgiens de ce continent sont venus me voir opérer et je crois que tous étaient sous l'impression que j'employais quelquel'agent antiseptique secret qui put expliquer mes succès. Si j'emploie un agent semblable, il doit exister partout dans la nature, car, en présence même de mes visiteurs, j'ai puisé de l'eau à la fontaine et m'en suis servi pour laver les éponges, faire la toilette de l'abdomen, etc. Cette eau a été soumise à l'analyse et l'on n'a pu me convaincre de magie. On me demande toujours à quoi j'attribue mes succès, et je réponds invariablement que je n'en sais rien. Ce ne peut être au climat, comme quelques-uns l'ont suggéré, car notre climat est des plus variables,—le pire qu'il y ait au monde. Ce n'est pas non plus à l'air frais et pur, parce que la plupart de mes cas, et toujours les plus défavorables, sont opérés au centre même d'une grande ville manufacturière.

Pour moi, voici ma réponse: J'ai consacré ma vie toute entière à cette spécialité et je ne fais pas autre chose; cela me donne cinq ou six, quelquefois huit ou dix opérations à faire par semaine. J'accorde l'attention la plus minutieuse à tous les détails et soumets mes malades à une véritable *discipline de fer*. Quand la chose est possible, je n'opère pas dans une maison privée, parce que là je n'ai aucun contrôle sur mes patientes et mes gardes, encore moins sur les amis des malades. L'incident que je vais rapporter vous en dira assez long sur ce point. Dans mon hôpital privé, il est une règle qui veut que chaque malade se mette au lit aussitôt après son entrée. Un jour, une dame arrive de fort loin, souffrant d'une tumeur ovarienne. La garde lui demande de vouloir bien se mettre au lit immédiatement. La dame refuse, disant qu'elle le fera après qu'elle m'aura vu. La garde insiste, et ajoute que je ne consentirai certainement pas à venir si elle ne s'est couchée d'abord. La patiente s'obstinant toujours à ne pas le faire, j'envoyai lui dire qu'elle eût à se mettre au lit ou à s'en retourner chez elle; elle choisit cette dernière alternative, et cela à ma grande satisfaction. Elle a sans doute trouvé cette règle bien absurde, mais l'ab-

surdité n'est qu'apparente. Ce m'est une preuve de l'obéissance et de la confiance des malades, et je sais fort bien que je ne pourrais jamais m'entendre avec une patiente qui discuterait l'opportunité de mes ordres et douterait de la sagesse de mes prescriptions. C'est moi-même qui forme mes gardes-malades, et de fait je ne voudrais pas en accepter une seule qui eût eu déjà quelque expérience.

Enfin je porte une attention toute particulière aux soins de propreté, et cela, dans les plus petits détails.

Je ne me fie à aucune garde-malade, sans aller voir moi-même comment les choses sont faites. Par ce moyen je me suis formé tout un état-major d'aides compétentes, et j'ai pu établir une institution dans laquelle toutes les précautions possibles sont prises. Voilà toutes les raisons que je puis donner pour expliquer mes succès, et je crois que vous les comprendrez facilement.

Il est cependant certains détails de l'opération elle-même qui contribuent beaucoup au succès de celle-ci et dont je veux dire quelques mots. Il y a d'abord l'abandon du *clamp* ou serre-pédicule. Quoiqu'en dise Sir Spencer Wells, personne ne veut plus revenir au *clamp*, tant pour l'hystérectomie que pour l'ovariotomie?... J'ai vu M. Bantock opérer, et j'ai remarqué, entre autres choses, qu'il a abandonné l'emploi du perchlorure de fer pour cautériser le pédicule. Comme je lui en demandais la raison, il me répondit que pour sa part, il était convaincu que l'emploi du perchlorure de fer avait augmenté beaucoup le chiffre de la mortalité par le *clamp*, parce qu'étant donné un pédicule épais serré par le *clamp*, il est impossible de fermer complètement la plaie abdominale et d'empêcher l'introduction du liquide dans la cavité. Sans accepter d'emblée l'explication du Dr. Bantock, je résolus de ne plus employer le perchlorure de fer. Comme tous les autres, j'avais accepté l'opinion émise par Sir Spencer Wells, qu'un pédicule en putréfaction empoisonnerait la plaie; je ne pouvais donc me résoudre à la laisser ainsi sans intervenir de quelque manière. Quand, il y a plusieurs années, je donnais comme cause vraisemblable de la mort, la fermeture incomplète de la plaie péritonéale, j'étais loin de penser que c'était le perchlorure de fer qui amenait ainsi le résultat fatal. Quelques jours après mon entrevue avec M. Bantock, j'eus occasion de pratiquer une hystérotomie, et je pensai le pédicule au moyen de cristaux de thymol. La malade mourut de péritonite au bout de quatre jours et nous pûmes nous convaincre que le thymol avait pénétré dans le péritoine. Depuis lors, j'ai fait une autre hystérotomie sans panser du tout le pédicule et ma patiente a fait une très heureuse guérison.

Tout spécialiste a eu connaissance de ces multitudes de malheureuses femmes qui vont d'hôpital en hôpital et de médecin en médecin, cherchant en vain du soulagement à leurs maux. Il est certain qu'il y a des centaines de tumeurs utérines qui ne donnent lieu à aucun inconvénient, mais ce ne sont pas ces cas là qui viennent à nous. Si une femme n'éprouve aucun trouble du côté du bassin, elle ne va pas consulter le gynécologue, et si elle porte une tumeur utérine qui ne donne lieu à aucun symptôme, cette tumeur reste ignorée, cela va sans dire. Mais quand la femme éprouve des douleurs causées par la pression de la tumeur sur les viscères, ou une hémorrhagie grave, c'est alors qu'elle vient demander nos conseils. Supposons que nous constatons la présence d'un myome utérin, que faut-il faire ?

Si la tumeur est petite, la femme presque arrivée à l'époque menstruelle et l'hémorrhagie susceptible d'être contrôlée par le repos et l'usage de l'ergot, on peut conseiller d'attendre encore; mais au contraire, si l'époque menstruelle est éloignée, l'hémorrhagie incontrôlable et la tumeur augmentant de volume, alors l'intervention chirurgicale devient de mise.

Cette intervention est double et consiste dans l'ablation, soit des annexes de l'utérus, soit de la tumeur utérine elle-même par l'hystérectomie sus-vaginale.

En Europe, tout le monde sait que l'ablation des annexes de l'utérus arrête complètement la menstruation dans la grande majorité des cas, ainsi que la croissance des myomes utérins en général, et que parfois même, elle amène la disparition complète de ceux-ci. Or, la plupart des myomes utérins que nous avons à traiter peuvent l'être d'une manière satisfaisante par l'hystérectomie, opération dont les résultats fatals sont assez rares et vont d'ailleurs en diminuant de fréquence.

Plusieurs objections ont été soulevées contre cette opération. On lui reproche le chiffre de sa *mortalité*. Mais celle-ci s'explique par le fait de la nouveauté même de l'opération, et ne saurait d'ailleurs persister longtemps. On dit encore que les myomes utérins ne constituent pas par eux-mêmes une maladie fatale. Ceci ne s'accorde pas avec les résultats de mon expérience. Au reste, le but de l'art médical n'est pas seulement de sauver la vie, mais aussi de soulager la souffrance, non seulement des individus mais surtout du plus grand nombre. Une troisième objection a été que cette opération annihile l'appétit sexuel des malades en même temps qu'elle les rend stériles. Il va sans dire que le myome utérin a aussi pour effet de rendre la femme stérile, au moins 99 fois sur 100, de sorte que ce point là importe assez peu. L'autre raison est également peu fondée. Mais, supposons qu'il y ait du vrai dans cet allégué, on ne peut soutenir qu'une femme doive se résigner à souffrir plutôt que de perdre même une partie de cette propension animale qu'il est si difficile de réprimer et dont la répression constitue le principal but de toutes les doctrines religieuses.

Il y a des cas de myomes utérins demandant une intervention chirurgicale, mais où l'ablation des annexes semble n'exercer aucune influence satisfaisante. A ce propos, M. Knowsley Thornton a suggéré que, dans tous les cas de myome où une opération est jugée nécessaire, on enlève d'abord les annexes, et qu'ensuite, si une opération devient nécessaire, on pratique l'hystérectomie. Je ne puis soulever aujourd'hui qu'une objection incomplète à cette manière de procéder, et la voici: j'ai remarqué qu'il est une forme de myome sur laquelle l'ablation des annexes n'exerce aucune influence, c'est la variété à laquelle j'ai donné le nom de myome œdémateux (*soft œdematous myoma*). Mais il est difficile de diagnostiquer cette forme avant l'ablation. En outre il y a des cas, peu nombreux à la vérité, où il est impossible d'enlever les annexes; alors il faut de toute nécessité avoir recours à l'hystérectomie. Enfin, l'ablation des tumeurs utérines a été, dans les mains de Bantock, suivie de résultats si brillants, que l'hystérectomie va, je l'espère, prendre maintenant un nouvel essor.—*Canadian Practitioner*.

(à suivre)

PÉDIATRIE.

De l'amygdalotomie.—Clinique de M. le Dr de ST-GERMAIN, à l'hôpital des Enfants-Malades.—Vous m'avez vu enlever un certain nombre d'amygdales sans avoir recours à l'amygdalotome de Velpeau ou à celui de Lüer. Ces deux instruments ont de nombreux inconvénients et, pour ne parler que du dernier, le plus nouveau, je vous dirai qu'il arrive souvent qu'on fait saillir la lame longtemps avant la fourchette et qu'on n'enlève, par suite, qu'une languette de l'organe. On prétend alors que l'amygdale a repoussé, ce qui est faux, car je ne sache pas que cela soit jamais arrivé.

Une autre question se présente maintenant à mon esprit. Doit-on enlever les amygdales ? Oui, mais je n'enlève que celles qui se touchent et je suis persuadé qu'il faut respecter celles qui sont éloignées de plus d'un centimètre. Est-ce la seule contre-indication ? Non, il faut encore tenir compte de l'âge du sujet et du milieu où il se trouve. En effet, lorsque vous avez affaire à des filles qui ont moins de 15 ans, vous ne devez pas opérer, parce qu'un grand nombre de faits nous montrent, qu'à la suite de l'apparition des règles, les amygdales se rétractent. Quant au milieu, la lésion que vous faites est une porte d'entrée pour la diphthérie.

Reste maintenant à vous dire que je suis revenu à l'ancien système, parce qu'il m'est arrivé de manquer et de voir manquer des amygdales avec le nouveau. La première fois, ce fut à Sèvres, où j'avais été appelé pour un petit garçon. L'enfant se débattit tellement que je ne réussis qu'à lui piquer la langue et que je revins, comme j'étais parti, c'est-à-dire sans amygdales. Une autre fois j'ai enlevé avec le bistouri une amygdale qu'un de mes collègues venait de manquer avec l'amygdalotome.

Il y a donc avantage de se servir des pinces et du bistouri. La pince-érigne doit être rejetée, car elle donne lieu, en général, à une hémorrhagie qui empêche de distinguer le fond de la bouche, et il faut la remplacer par une autre pince dont les extrémités, ressemblant à une petite cuillère, vous permettent de serrer l'amygdale à votre gré. Cela fait, il vous est alors extrêmement facile d'enlever toutes les amygdales, les enchatonnées, c'est-à-dire celles qui sont recouvertes par le pilier antérieur du voile du palais, comme les bilobées, dont vous ne pourriez enlever avec l'amygdalotome que le petit lobe qui se présente à vos yeux, sous la forme d'une cerise, lorsque vous abaissez la langue, et dont vous extrairez, si vous vous servez du bistouri, non seulement le petit, mais encore le gros lobe que vous apercevrez en continuant à déprimer la langue.

Passons maintenant au choix du bistouri. Je laisse le bistouri convexe et concave, très difficile à repasser, pour donner la préférence au bistouri droit de Blandin, qui n'offre pas le même inconvénient et qui a, de plus, l'avantage de se trouver partout.

Ceci dit, j'ajouterai que j'attache une grande importance à la façon de placer sa pince et son bistouri. En effet, lorsque, dans quelque temps d'ici, je ferai opérer mes internes, ils prendront l'amygdale comme avec une paire de pincettes, tandis qu'il faut la charger et

errer fortement, sans s'inquiéter du mucus qui s'en échappe. Quant à la pose du bistouri, elle nécessite avant d'y arriver, de s'exercer à être ambidextre. Supposons, par exemple, que nous voulions enlever l'amygdale droite. Pour y arriver, je commence par la charger en tenant ma pince de la main droite et je tire en dedans avec la main gauche. Cela fait, je cherche alors à la couper de la main droite, et, comme je n'y vois rien, je suis obligé de me servir de la main gauche. Il faut suivre l'amygdale avec le bistouri et la couper en sciant, en tordant la pince et, afin de ne pas entamer le voile du palais, ce qui ne serait pas un grand mal, les plaies de cet organe se guérissant très bien, il est nécessaire d'incliner son bistouri du côté de la ligne médiane. Pour l'amygdale du côté opposé, les règles sont absolument les mêmes et l'opération est plus simple, puisque vous devez tenir le bistouri de la main droite.

Vous voyez avec quelle facilité on enlève les amygdales; mais nous devons nous demander s'il faut les enlever en entier. Chassaignac, un de mes maîtres, ne le faisait pas, quoiqu'il en eût la prétention, car il aurait eu des accidents au nombre desquels l'hémorrhagie tient la première place. Chez les enfants, cet accident n'est pas à craindre et la porte s'arrête beaucoup mieux que chez l'adulte. Pour ce qui est de la présence de l'artère carotide interne, qui fait saillie chez les vieillards, il n'y a rien à craindre, puisqu'on ne pratique jamais cette opération chez les gens âgés. Le seul danger qui existe est dû à la présence d'un plexus veineux que vous éviterez facilement, si vous coupez en plein tissu.

L'opération ayant été bien faite, il faut engager les parents à ne pas laisser sortir les enfants. On ne peut pas toujours agir ainsi et, en particulier à l'hôpital, où l'on a à craindre, non seulement l'inflammation mais surtout le contact. J'ai observé deux cas de diphthérie survenus à la suite de l'opération. Le premier fut sur un enfant de la rue du Colisée. Je l'opérai à l'hôpital, un jeudi, avec trois ou quatre autres malades. Il retourna chez lui et je n'y pensai plus, quand on vint m'apprendre, le samedi, que l'enfant avait une angine couenneuse. La trachéotomie fut faite et il mourut deux ou trois jours après. Le deuxième cas, un peu différent, concerne un enfant riche, trois ans et demi, demeurant boulevard des Invalides, et que je n'opérai que sur des instances de la famille. Le quatrième jour, une angine couenneuse s'étant déclarée, la trachéotomie fut faite trois jours plus tard et l'enfant ne tarda pas à subir le même sort que le précédent. Il ne faut pas, cependant, en conclure que la diphthérie ne serait pas venue si on n'avait pas fait l'amygdalotomie; mais je suis convaincu que j'ai ouvert une vaste porte à cette affection.

J'ai souvent été effrayé, bien à tort, il est vrai, de voir une surface grisâtre recouvrir l'ulcération, car ce n'est qu'un exsudat sanguin qui disparaît sous l'influence de quelques gargarismes émollients et qui ne ressemble en rien aux fausses membranes.

Revenons un peu à l'accident principal, l'hémorrhagie, et examinons comment nous ferons pour la vaincre. Au-dessous de dix ans, on n'en voit pas et il ne faut même pas tenir compte des prédispositions hémorrhagiques de certains sujets. Ce qui est vrai pour l'enfant ne l'est pas pour l'adulte et, passé quinze ans, l'opération devient très dangereuse. Je vous citerai, en particulier, ce médecin étranger qui

est mort entre les mains de Broca et, pour ma part, je vous dirai que j'ai failli perdre deux malades. Le premier accident fut enrayé par la compression et le second eut lieu chez le maître du restaurant des Ternes. Mandé par le médecin, je ne voulus pas, tout d'abord, opérer cet homme, et ce ne fut que sur ses instances répétées que je me décidai à prendre la pince et le bistouri. Le malade retourna chez lui sans avoir perdu de sang et, une heure après, on revint chez moi me dire qu'il se mourait à bout de sang. Le malade se débattant violemment et la compression ne me donnant, par suite, aucun résultat, j'eus alors l'idée d'avoir recours à la méthode de Chassaignac et d'entourer son cou d'un véritable collier de glace. L'hémorrhagie s'arrêta et le malade mit sept semaines à se rétablir.

Pour en finir avec les suites de l'amygdalotomie, je vous conseille de ne jamais couper les amygdales à un chanteur, à un avocat, ou, en un mot, à une personne dont la voix est le gagne pain, car j'ai vu une opération de ce genre, pratiquée par un chirurgien, être suivie d'un changement dans la voix. Quant aux soins à donner aux opérés, ils sont bien simples. Il faut maintenir l'enfant à la chaleur et, par conséquent, l'empêcher de sortir. Il ne faut pas lui donner des croûtes de pain qui pourraient excorier la lésion, et recourir par suite aux choses molles. Vous conseillerez donc de faire prendre des soupes épaisses, des cervellés, des œufs et de la glace à la vanille qui, tout étant un aliment agréable, est un excellent remède contre les hémorrhagies possibles.

Voilà, messieurs, tout ce que j'avais l'intention de vous dire aujourd'hui sur l'amygdalotomie et, d'après ces quelques mots, vous avez pu remarquer que, laissant de côté les amygdalotomes, je ne me sers que de la pince et du bistouri.—*Praticien.*

Terreurs nocturnes chez les enfants.—M. le Dr Moizard, dans un article de la *Revue des maladies de l'enfance*, insiste sur différents caractères de ces accidents assez fréquents chez les enfants, et sur leur étiologie en particulier. Un enfant de trois à six ans, dit-il, s'est paisiblement endormi sans qu'on n'ait rien remarqué d'anormal dans son état. Brusquement, deux ou trois heures après, il s'agite, s'assied sur son lit les yeux largement ouverts, comme rivés sur une apparition terrifiante qu'il cherche à repousser. Tout en lui exprime l'effroi : ses traits sont bouleversés, il pousse des cris plaintifs, prononce des paroles incohérentes au milieu desquelles on peut saisir quelques mots qui laissent deviner la nature de l'hallucination de la vue qui cause sa frayeur : c'est un animal monstrueux, des voleurs, etc... Il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent et qui sont accourues à ses cris ; il se jette cependant dans leurs bras comme pour y chercher un refuge contre le danger qui le menace. Puis brusquement, après cinq minutes, une demi-heure ou même une heure d'agitation et d'effroi, le calme reparait, l'enfant se rendort d'un sommeil tranquille, et le lendemain, à son réveil, il est frais et dispos, conservant rarement le souvenir de la scène terrifiante de la nuit.

Tels sont les phénomènes principaux qui caractérisent les terreurs nocturnes ; quelques traits complètent cette description. Pendant la crise, l'enfant semble avoir perdu toute connaissance ; il appelle sa mère, mais ne reconnaît pas sa voix. On n'a jamais observé de con-

vulsions pendant ou après la crise, et c'est là un point important au point de vue du diagnostic.

Il n'y a ordinairement qu'un accès par nuit, mais le plus souvent la crise se produit pendant plusieurs nuits de suite, et les périodes d'accès peuvent durer pendant un mois, six semaines. Chez un malade observé par M. Moizard, les crises avaient lieu pendant six semaines, tous les soirs, à dix heures, et avec une régularité telle, qu'ayant tenu à assister à plusieurs d'entre elles, il pouvait arriver chez ses parents quelques minutes avant le début. Après six semaines, les crises cessèrent pendant un mois, pour reparaitre régulièrement tous les soirs pendant quinze jours, et ensuite, de temps en temps seulement, quand les troubles digestifs qui en étaient nettement la cause venaient à se reproduire.

Dans l'intervalle des accès, l'état de l'enfant ne présente ordinairement rien d'anormal ; mais les petits malades sont généralement excitable, et après la cessation des crises de terreur, on observe quelquefois chez eux d'autres troubles nerveux, le somnambulisme, par exemple.

Parmi les causes prédisposantes à ces accidents, il faut signaler l'état nerveux et impressionnable des enfants et la détestable habitude des contes effrayants dont on se plaît à farcir leur imagination, la vue de scènes violentes, etc. Mais ces causes ne suffisent pas, le plus souvent, et Debacker, qui a fait un excellent travail sur ce sujet, admet deux ordres de causes différentes, fort importantes à établir au point de vue du pronostic et du traitement : celles qui agissent sur le cerveau d'une façon indirecte, l'impressionnant par action réflexe, sans doute en déterminant des troubles passagers de la circulation, et celles qui frappent directement l'encéphale et sont en rapport avec une lésion permanente.

Dans la première catégorie se placent les troubles digestifs qui, surtout chez l'enfant, sont aptes à produire des phénomènes nerveux d'apparence si grave, convulsions, aphasie, hémiplegie passagère, etc. Une alimentation trop abondante, l'abus de boissons alcooliques, peuvent déterminer ces accidents, qu'une dyspepsie consécutive fait persister. Il faut dire enfin que chez certains enfants, on observe des idiosyncrasies bien singulières : un aliment quelconque, très sain, de digestion facile, ne pourra être ingéré sans qu'il en résulte une crise de terreur.

La constipation, les vers intestinaux, les oxyures surtout, certains médicaments, la belladone, le datura, et quelquefois le sulfate de quinine, d'après l'observation de M. J. Simon, peuvent en être aussi la cause. Bien que la période grave de la dentition soit ordinairement passée en ce moment, cette influence peut être aussi invoquée. Enfin, on a signalé encore les irritations prolongées de la peau (gale, prurigo).

Dans la deuxième catégorie de causes, rentrent la méningite tuberculeuse, la sclérose cérébrale, dont les terreurs peuvent être un signe avant-coureur ; elles peuvent être aussi une manifestation symptomatique de l'épilepsie et de l'hystérie.

On conçoit que le pronostic, comme le traitement de cette affection, dépendent absolument de sa cause, qu'il faut toujours chercher à pénétrer. L'influence prépondérante des troubles de la digestion indique la nécessité d'une sévère hygiène alimentaire ; l'hygiène intellectuelle n'est pas moins importante, et on doit éviter tout excès de travail. Enfin, comme il s'agit ordinairement d'enfants de complexion délicate,

un exercice régulier, un régime reconstituant et tonique sont nécessaires. Quant à la crise même, le bromure de potassium et le chloral paraissent être les meilleurs remèdes à lui opposer. Il faut se rappeler que les attaques survenant presque toujours dans la première moitié de la nuit, c'est les prévenir d'une façon presque certaine que d'assurer le sommeil pendant les deux ou trois premières heures.—*Abeille médicale.*

L'alimentation des enfants.—La livraison de septembre des *Archives of Pediatrics* contient un article très intéressant du Dr Bigelow, de Washington, sur la question de la digestion chez les enfants. L'auteur rappelle d'abord le fait bien établi, que la croissance de l'enfant est subordonnée à l'assimilation, celle-ci l'étant à son tour à l'intégrité des fonctions digestives. Chez l'enfant, le système digestif n'est pas complet tout d'abord. Durant les sept premiers mois, le petit être ne peut guère digérer les aliments hydrocarbonés, vu l'absence de ptyaline et des sucs pancréatique et biliaire dans le canal alimentaire, vu également le fait que l'enfant n'a pas besoin de s'assimiler ces aliments qui sont surtout destinés à la nutrition des muscles: or, on sait que chez l'enfant, les efforts musculaires se réduisent à peu de chose. Vers le huitième mois seulement, avec l'apparition des premières dents, l'enfant se trouve en état de pouvoir digérer et par conséquent s'assimiler les substances amylacées. Jusqu'alors le lait maternel a constitué sa nourriture la plus naturelle. Mais si, pour une cause ou pour une autre, l'enfant est, dès sa naissance, privé du lait de sa mère, il faut remplacer celui-ci par quelqu'autre substance qui en représente aussi exactement que possible les propriétés et qui puisse être digéré aussi facilement.

L'auteur recommande comme tel le *Mellin's Food* qui est, suivant lui, un parfait succédané du lait de femme, renfermant les substances albuminoïdes (caséine) et hydrocarbonées (sucre de lait) nécessaires à la nutrition du premier âge, et cela dans les proportions et avec la réaction alcaline voulues. M. Bigelow rapporte trois cas d'enfants arrivés au dernier degré du marasme et de l'épuisement par suite d'une alimentation vicieuse et mal conduite, et chez lesquels le *Mellin's Food* a, par ses qualités eupeptiques autant que nutritives, restauré les fonctions digestives et assuré une parfaite assimilation.

Amygdalite.—Dans les cas d'amygdalite catarrhale, herpétique ou diphthéritique, le professeur PEPPER, de Philadelphie, emploie le traitement suivant: Repos absolu, quinine à hautes doses, teinture d'aconit à dose d'une goutte fréquemment répétée, diète liquide. Localement, application de teinture de muriate de fer.

Gonorrhée.—D'après KEYES (*Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*), le traitement de la gonorrhée par le bichlorure de mercure, même en solution étendue, a pour effet d'augmenter le mal au lieu de le guérir, tandis que le traitement par l'eau chaude est tout-à fait incertain.

FORMULAIRE.

Diarrhée irritative.—*Dr Mecray.*

R.—Ol. ricini.....	̄iv
Tr. opii.....	gtt iv
Pulv. acaciæ.....	} āā
Sacchari albi	
Aq. menth. pip. ad	̄ii

M.—Dose : Une cuillerée à dessert toutes les trois heures.—*N.-Y. Med. Journal.*

Céphalalgie nerveuse.—*Dr A. L. Hodgdon.*

R.—Spt. vini dilut.....	̄iv
Ol. cinnam.....	m iv
Pot. bromid.....	ʒv
Extr. hyoseyam. fld.....	̄iiss

M.—Dose : De une à deux cuillerées à thé, au besoin.—*Maryland Med. Journal.*

Insomnie.

R.—Paraldéhyde.	̄i
Sirop d'orange.....	} āā
Eau.....	

M.—A prendre en une seule dose, au coucher.—*Louisville Med. News.*

Néphrite chronique.—*Neumann.*

R.—Nitro-glycérine.....	1 partie
Alcool rectifié.....	10 parties
Eau distillée.....	40 "

M.—Dose : 8 gouttes par jour en trois fois. Si le médicament est bien supporté, on va jusqu'à douze gouttes.—*Revue médicale.*

Cystite.—*Jefferson Medical College Hospital.*

1 ^e R.—Pulv. opii.....	gr xii
Pulv. camphoræ.....	gr xxx
Extr. belladon	gr iii
Cacao.....	q. s

M.—Faites six suppositoires.—Dose : Un tous les soirs au coucher.

2 ^e R.—Balsam. copaibæ.....	ʒiv
Acid. benzoic.....	ʒiv
Gummi acaciæ.....	} āā
Sacchari.....	
Ol. gaultheriæ.....	gtt xx
Aq. camphoræ, ..	q. s. ad ̄viii

M.—Dose : Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.

Prurit génital.—Chéron.

R.—Chlorate de potasse.....	12 parties
Laudanum.....	10 —
Eau de goudron.....	300 —

M.—Deux ou trois cuillerées pour un litre d'eau tiède, pour injections qu'on répètera matin et soir, et qu'on prolongera 5 minutes environ chaque fois, dans le cas de prurit rebelle des organes génitaux occasionné par les écoulements vaginaux fétides.—*Union médicale.*

Anémie.—Pensylvania Hospital.

R.—Magnesiæ sulph.....	ʒvi
Acid. sulph. dil.....	ʒii
Ferri sulph.....	gr xii
Quiniæ sulph.....	ʒi
Syrup. zingib.....	ʒi
Aquæ ad.....	ʒvi

M.—Dose : Une cuillerée à soupe, dans de l'eau glacée, trois fois par jour.

Adénite cervicale.—Chéron.

R.—Ether sulfurique.....	ʒi ʒii
Bichlorure de mercure.....	gr ix

M.—Après les onctions résolutives ou les badigeonnages fondants, il faudra recouvrir l'adénite d'une flanelle ou de coton.—*Revue de théér. méd. chir.*

Coliques hépatiques.—Blondeau.

R.—Extr. hyoscyami.....	} ʒʒ
Extr. nucis vomicæ.....	
Podophyllinæ.....	
Saponis.....	

M.—Faites une pilule à prendre de 1 à 3 fois par jour.—*Lyon médical.*

Sueurs nocturnes des phthisiques.—Dr J. R. Ferrest.

R.—Zinci sulph.....	gr iv
Tinct. belladon.....	ʒi
Aquæ.....	ʒi

M.—Faites une lotion. Appliquer sur toute la surface du corps au moyen d'une éponge.—*Med. and Surg. Reporter.*

Dysménorrhée névralgique.—Parvin.

R.—Tr. opii.....	} ʒʒ
Tr. valerian.....	
Spt. æth. co.....	
Tr. castorei.....	

M.—Dose. Une cuillerée à thé toutes les heures.—*College and Clin. cal Record.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, OCTOBRE 1884.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

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

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

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

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

Réunion semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu à l'Université Laval, à Québec, mercredi, le 24 septembre dernier, sous la présidence du Dr C. E. Lemieux. Étaient présents : MM. les Drs J. J. Ross et W. H. Kingston, vice-présidents, A. G. Belleau et F. W. Campbell, Secrétaires, L. LaRue, Régistrateur et E. P. Lachapelle, Trésorier ; l'hon. T. Robitaille, lieutenant-gouverneur, et les Drs D. A. Hart R. A. Kennedy, Geo. Ross, T. A. Rodger, Thos. LaRue, N. H. Ladouceur, Fréd. Paré, Chas. Gingras, R. P. Howard, J. L. Leprohon, W. Marsden, L. D. LaFontaine, P. E. Mignault, Jos. Lanctôt, Malcolm Guay, L. B. Durocher, Jules Prévost, Côme Rinfret, A. Lamarche, P. E. Grandbois, Alf. Jackson, Jos. Marmette, C. S. Parke, E. A. de St George, H. Russell, A. F. Dame, L. T. E. Rousseau et George Ross.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la séance précédente, le Dr Lemieux annonça que depuis la dernière réunion la profession médicale avait perdu un de ses anciens membres en la personne du Dr J. E. Landry dont il fit l'éloge. Il fut alors proposé par le Dr M. Guay, secondé par le Dr A. G. Belleau, et résolu unanimement—Que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec a appris avec un profond regret la mort du Dr Jean Etienne Landry, ancien secrétaire et ancien président du Bureau médical, et pendant plusieurs

années membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de cette province, et que copie de cette résolution soit transmise à la famille du regretté défunt.

Les rapports des assesseurs de l'Université Laval (Québec et Montréal), et de l'Université McGill, ainsi que le rapport des examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine furent lus et adoptés. Sur 34 aspirants à l'étude, 19 ont été admis. Voici leurs noms, d'après l'ordre des points conservés :

A. E. Orr, Js. R. Clousten, Théotime Couture, Howard D. Kemp, F. X. Feuiltault, Adrien Gravel, Raymond Benoit, Arthur Lavoie, H. J. Hopkins, J. E. Laberge, Horace Chartier, J. E. Poliquin, John P. Mount, Egide Gingras, J. G. Aubry, Michel Lefebvre, Sosthène Lefrançois, Alex. D. Stuart, Horace Thériault.

Ensuite a été lu le rapport du trésorier, le Dr. E. P. Lachapelle, rapport détaillé depuis le 1er juillet 1883 jusqu'au 15 septembre 1884. D'après ce rapport, le chiffre des recettes a été de \$5,322.02. Toutes dépenses payées, il reste en caisse une balance de \$1,579.07.

Le Dr Lachapelle ayant donné certaines explications et suggéré divers moyens de réduire les dépenses du Collège, il fut résolu, sur proposition des Drs Hingston et Lachapelle—Qu'un comité soit nommé pour examiner l'état financier du Collège, en détail, depuis un an, et comparatif depuis cinq ans, et faire les suggestions nécessaires pour améliorer sa situation. Que ce comité soit composé des docteurs Lachapelle, Leprohon, Durocher, Geo. Ross et Kennedy. Que le rapport du comité soit imprimé et distribué aux membres du bureau, au moins quinze jours avant la prochaine réunion. Puis le rapport du trésorier fut adopté unanimement.

Lecture fut ensuite faite du rapport de M. de Lamirande, agent détective du Collège. M. de Lamirande a intenté des actions contre Pierre Dion, de St Cé-aire, Gabriel Courchène (2 actions), de la Baie du Febvre, Théodore T. Witcher (2 actions), de Beebe Plain, Stanstead, F. X. Destrempe, de St Cuthbert, Eugène Ratelle, de Montréal, Wm. McDermott, de Weedon, tous rebouteurs et pratiquant illégalement la médecine. Ces causes sont toutes pendantes devant les tribunaux.

A la séance de l'après-midi, le comité dit des créances a été nommé. Il se compose des Drs Kennedy, Belleau, E. P. Lachapelle et Larue.

Le Dr Howard a soumis le rapport du comité nommé pour prendre en considération les accusations portées par le Dr Lachapelle contre l'Université Victoria. Ce rapport conclut comme suit :

“Attendu que le Dr Lachapelle, examiné aujourd'hui comme témoin, refuse au comité les informations nécessaires pour l'aider dans ses investigations; attendu que tous les professeurs de l'Ecole que l'on peut considérer impliqués dans le *Star* du 10 avril dernier, ont nié formellement avoir fourni des questions aux élèves, soit directement soit indirectement; il est déclaré que le Dr Lachapelle a refusé au comité les informations nécessaires pour l'aider dans ses investigations, et qu'il n'y a pas lieu de procéder davantage sur les accusations portées par le Dr Lachapelle.”

Les Drs Lancôt et Durocher ayant proposé l'adoption du rapport, le Dr Lachapelle a fourni quelques explications au sujet de la position qu'il a cru devoir prendre devant le comité d'enquête et donné lecture de la déclaration faite par lui devant ce comité, déclaration par laquelle

il dit ne pouvoir faire sa preuve en cette affaire que devant un comité d'enquête ayant pouvoir d'assigner tous les témoins nécessaires et les examiner sous serment.

Il a été alors proposé en amendement à la motion principale, par les docteurs Marsden et Lamarche, que la considération du rapport soit ajournée à la prochaine réunion.

L'amendement ayant été adopté par 22 voix contre 11, la motion principale fut rejetée sur la même division.

Les docteurs L. Larue et Belleu ont ensuite donné, pour la prochaine réunion, l'avis de motion suivant :

“ Que demande soit faite à la prochaine réunion de la législature de Québec, d'amender la 3e clause du 4e chapitre des Statuts et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, et que les mots “sans examen” soient remplacés par les suivants : “après examen, lequel examen devra se faire sur les matières suivantes : pathologie interne et externe, anatomie descriptive, physiologie, tocologie et matière médicale.”

Les docteurs Marsden et Howard ont aussi donné avis qu'ils proposeront à la prochaine réunion que les statuts soient amendés en ce qui concerne l'octroi de licences aux porteurs de diplômes, pendant la vacance, c'est-à-dire entre les sessions du Collège.

Les messieurs dont les noms suivent, porteurs de diplômes universitaires, ont été assermentés et ont reçu la licence du Collège.

Université Laval, Québec — Patrick Coote, Québec, Marie Rosaire George Matte, Québec, Elzéar Pelletier, Rivière du Loup (en bas) Eugène Larue, Québec, Étienne Gosselin, Québec, Joseph Arthur Mallette, St. Agnès, lac Mégantic, Alfred Morin, St. Paul de Chester, Frédéric Stanislas Caron, Québec.

Université Laval, Montréal. — Ernest Duval, St. Jean Port Joli, Chas. Narcisse Valin, St. Hilaire, M. T. Brennan, Montréal.

Université Victoria. — Odilon Berthiaume, St. Simon de Bagot, Fréd. H. Daignault, St. Joachim de Shefford, Wilbrod Fournier, St. François Rivière du Sud, Hector Leduc, Ste. Monique de Nicolet, Jean Oscar Albert Beaupré, Malone, New-York, Hormisdas Gauthier, St. Eustache, Roderic Mignault, Acton Vale, Alfred Richard, St. Paschal de Kamouraska, Hector Brosseau, l'Acadie, comté de St. Jean.

Université McGill. — J. O. Stuart, Andrew Stuart, C. T. Cameron.

Université d'Edimbourg. — James Alex. Hutchison, Benjamin Franken, W. Hurdman.

Sur proposition des docteurs Howard et Lachapelle, des remerciements ont été votés à l'Université Laval, pour l'usage gratuit de ses salles, et à la Compagnie de Richelieu et Ontario, pour une réduction des prix de passage,—et l'assemblée s'ajourna.

Il est à regretter que le Bureau des Gouverneurs n'ait pas eu le temps d'examiner à nouveau et de discuter, cette fois, la question d'un “Bureau central d'examens.” Nous espérons qu'à la réunion du mois de mai prochain, on fera autre chose que présenter un simple avis de motion. La question est assez importante pour qu'on s'en occupe un peu sérieusement.

On nous dit que certains confrères sont opposés à la création d'un

Bureau central pour la raison que, en dehors des professeurs de nos universités, il serait, suivant eux, impossible de trouver un nombre suffisant de médecins compétents pour composer un Bureau d'examineurs.

Pour notre part, nous avons meilleure opinion que cela de la profession médicale de notre province, et nous croyons qu'il ne serait pas nécessaire de chercher bien longtemps pour trouver des sujets très compétents, même parmi nos confrères de la campagne. Le progrès scientifique et la science médicale ne sont pas l'apanage exclusif d'un certain nombre, comme on semble le croire quelque part, et il se pourrait qu'on en eût la preuve avant longtemps.

La viande tuberculeuse.

Nous lisons dans le *Journal d'Hygiène populaire* : “ Nous ne voulons pas discuter la valeur des propositions de M. Bouley concernant la viande tuberculeuse, mais nous aimons à faire connaître à nos lecteurs que ces propositions n'ont pas été adoptées, comme le prétendent nos estimés confrères de l'*Union médicale*, par le Congrès international d'Hygiène de Bruxelles, réuni en septembre 1883.”

Il est possible que les propositions de M. Bouley n'aient pas été adoptées par le Congrès international d'Hygiène de Bruxelles. Nous n'avons jamais prétendu le contraire, comme le confrère peut s'en convaincre en relisant notre article. Nous avons seulement dit que la conclusion de M. Bouley avait été adoptée par le Congrès de médecine vétérinaire réuni aussi lui à Bruxelles en septembre 1883, conclusion dont nous avons donné le texte à nos lecteurs dans notre livraison d'août (page 377).

Si, après cela, le confrère persiste à nous croire dans l'erreur, nous lui dirons que ces renseignements nous ont été fournis par le *Scalpel*, de Liège, livraison du 20 avril 1884.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual Catalogue of the Louisville Medical College.—Session de 1884-85.

Fifth annual Report of the state Board of Health of Illinois.—1883.

Gun-shot wounds of the small intestines, by Chs. T. PARKES, M.D.—Chicago, 1884.

Public Health Laws of Illinois and Sanitary Memoranda.—Springfield, Ill.—1884.

CHISHOLM (Julian J.) M. D.,—*Removal of a piece of iron from the vitreous chamber by means of the magnetic needle.*—Baltimore 1884.

HUBBARD'S *Newspaper and Bank Directory of the World.*—Vol. III.—comprenant le catalogue revu et corrigé des 15,834 publications périodiques publiées aujourd'hui aux États-Unis et dans l'Amérique Britannique. C'est le catalogue à la fois le plus complet et le plus authentique des publications américaines. On y trouve aussi une nomenclature

ture de tous les principaux journaux du globe et une masse de faits et renseignements se rattachant directement à la presse et à la publicité. Ce 3^{me} volume complète le *Newspaper and Bank Directory* et en fait une œuvre unique en son genre.

LEONARD (C. Henri A. M., M. D.—*Auscultation, Percussion and Urinalysis—An Epitome of the physical signs of the Heart, Lung, Liver, Kidney and Spleen in health and disease.* Par C. Henri Leonard, A. M., M. D., Professeur de maladies des femmes et de clinique gynécologique au *Michigan College of Medicine*. Petit manuel de 166 pages, orné de nombreuses gravures. Prix \$1.00—Publié par *The Illustrated Medical Journal Co.*, Détroit Michigan.

L'auscultation, la percussion et l'analyse des urines sont les trois moyens les plus précieux et souvent indispensables dans le diagnostic de la plupart des maladies. L'auteur en exposant la manière de se servir avec fruit de ces moyens et en classifiant leur application a su condenser dans un petit manuel un nombre considérable des faits les plus pratiques dont le praticien ressent chaque jour le besoin.

NOUVELLES MÉDICALES.

On dit que Mr. le Dr. J. A. Leblanc a été nommé professeur d'Anatomie pratique à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal (Faculté de médecine de l'Université Victoria).—M. le Dr L. A. Demers est chargé par *interim* du cours de Pathologie interne.

M. Edouard Charton, membre du sénat français, veut remplacer la guillotine par l'empoisonnement judiciaire pour les condamnés à mort. On pourrait au moins laisser ceux-ci choisir le mode d'exécution qui leur irait le mieux.

Académique.—L'ouverture des cours de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, a eu lieu le 1^{er} octobre. La messe du St-Esprit a été dite à Notre-Dame de Lourdes par M. le Grand Vicaire Maréchal, en l'absence de S. G. Mgr l'évêque de Montréal. Tout le corps universitaire y assistait, en costume. Durant le premier terme, les cours se donneront dans l'ordre indiqué dans notre livraison de septembre, sauf pour le cours d'ophtalmologie qui se donne trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

Le même jour à trois 3 hrs P. M., a eu lieu l'ouverture des cours de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université du Collège Victoria (Cobourg, Ont.). C'est M. le Dr A. H. Paquet qui a fait le discours de circonstance.

Le choléra.—En France, l'épidémie continue à diminuer d'intensité. Du 11 au 19 septembre il n'y a eu que 15 décès à Marseille et 19 à Toulon. La maladie était également en décroissance dans les autres départements infectés. Cependant, on a signalé quatre cas à Paris.

L'Italie, par contre, est passablement maltraitée par l'épidémie. Du 10 au 17 septembre, on constatait, à Naples, 4,395 cas dont 2,526 mortels.

En Espagne, les décès sont nombreux, et de nouvelles localités ont été envahies.

Nécrologie.—A Paris, M. le Dr RATHERY, médecin de l'hôpital Tenon ; M. l'abbé MOIGNO, l'illustre et savant auteur des *Splendeurs de la Foi*, fondateur et rédacteur en chef du *Cosmos* ; le Dr BURQ, bien connu par ses travaux sur la métallothérapie.—A Londres, ERASMUS WILSON, M. D., F. R. S., un des plus distingués dermatologistes de notre temps, et auteur du traité d'anatomie qui porte son nom.—A Leipsick, M. le professeur COHNHEIM.—A Philadelphie, le Dr J. J. WOODWARD, chirurgien de l'armée des États Unis.

Congrès international de médecine.—C'est à Copenhague que s'est réuni cette année le Congrès international de médecine. La réception des médecins danois a été des plus brillantes et des plus sympathiques. Le roi de Danemark ainsi que le roi et la reine de Grèce assistaient à la séance d'ouverture. Ont pris part à cette séance : M. le professeur PANUM, président du Congrès, sir J. Paget, M. Pasteur et M. Virchow. Le français a été la langue officielle des délibérations. Le Congrès a duré trois jours et s'est terminé par un grand banquet durant lequel force discours ont été prononcés.

Sur l'invitation des médecins américains, le prochain Congrès se tiendra (en 1887) à Washington.

Association médicale canadienne.—A la dernière séance de cette Association, tenue le 27 août, les officiers suivants ont été élus pour l'année courante : Président, Dr Osler, Montréal ; Secrétaire général, Dr James Stewart, Montréal ; Vice-Présidents, pour Ontario, Dr Bray, Chatham ; pour Québec, Dr Geo. Ross, Montréal ; pour le Nouveau-Brunswick, Dr Allison, St-Jean ; pour la Nouvelle-Ecosse, Dr Fraser, Windsor ; pour Manitoba, Dr Whiteford, Winnipeg ; Secrétaires locaux, pour Ontario, Dr Burt, Paris ; pour Québec, Dr J. Bell, Montréal ; pour le Nouveau-Brunswick, Dr Walker, St-Jean ; pour la Nouvelle-Ecosse, Dr Almon, jr., Halifax ; pour Manitoba, Dr Newburn, Winnipeg. L'an prochain, l'Association se réunira à Winnipeg, le troisième mardi d'août.

NAISSANCES.

ROULEAU.—A St-Célestin, le 10 septembre, la dame du Dr H. P. Rouleau, une fille.

LANCÔT.—A St-Henri de Montréal, le 16 septembre, la dame du Dr J. Lancelôt, une fille.

DÉCÈS.

BETTEZ.—A Plessisville de Somerset, le 18 août, est décédée subitement, à l'âge de 66 ans, Dame Julia Mailhot, épouse du Dr Joseph Bettez.

PRIMEAU.—A Beauharnois, le 31 août, à l'âge de 11 mois et 20 jours, Marie-Rose-Clémentine-Noémie, unique enfant du Dr A. R. Primeau. Nous offrons à notre ami, si cruellement éprouvé, l'expression de notre plus vive sympathie.

DIONNE.—A Québec, le 1er septembre, à l'âge de trois mois et demi, Joseph-Léon-Arthur-Antoine, enfant du Dr N. E. Dionne.

PRÉVOST.—A St-Isidore, comté de Laprairie, le 3 septembre, Ernest-Philippe-Eugène, âge de 3 ans et dix jours, fils de Norbert Prévost, M.D.

PRÉVOST.—A St-Isidore, comté de Laprairie, le 8 septembre courant, Marie-Agnès-Elyane, âgée de dix-huit mois et demi, fille de Norbert Prévost, M.D.