

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.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—Clinique médicale.—M. LARAMÉE.— <i>Du scorbut</i>	113
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.—M. FOUCHER.— <i>Du glaucome</i>	114
<i>Considération sur l'étiologie et la pathogénie des déviations utérines</i> , par R. CHEVRIER, M.D.....	121
SOCIÉTÉS SAVANTES.—ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE SAINT-HYACINTHE.—Séance du 15 janvier 1891.— <i>Physiologie de la main ; Utilité et influence de la main dans la vie humaine, au point de vue physique et moral</i> .—Dr M. J. PALARDY.....	127
<i>Lettre de Paris</i> .—DR O. F. MERCIER.....	133
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Diagnostic de la chlorose</i> . 135	
<i>Traitement du goitre exophtalmique</i> (JACCOUD).....	138
<i>Etat du cœur dans l'anémie</i> (HANFORD).....	141
<i>Des moyens de favoriser l'expulsion des calculs hépatiques</i> (HARLEY).....	142
<i>La perte de connaissance, ses variétés</i> (LEWIS).....	144

(Voir la suite, page 5).

J. H. CHAPMAN

2294 RUE STE-CATHERINE 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions : Comptant.

Instruments et Appareils de Chirurgie de toutes espèces,

Des meilleurs modèles et de qualités supérieure à prix modérés
au comptant.

Pansements Antiseptiques ; Thermo et Galvano Cautéres, Forceps Du-
bois, Tarnier, Pajot brisé et autres ; Instruments de O'Dwyer pour
intubation du larynx ; Chaise d'opération de Harvard, Pincés à dents
artificielles, Batteries Gaiffe, (les véritables), &c., &c.

Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et
intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de
l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens -Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

ANTIPYRINE

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

CHIRURGIE.—Des incisions du parenchyme rénal (DESNOS).....	149
De la trochantérite (LE FORT) ; Nouveau procédé de suture tendi- neuse (GANGOLPHE).....	152
Traitement du chancre simple (LAVALLÉE).....	154
Examen de l'urèthre (GUYON).....	155
Nouvelle méthode d'amputation de la verge (RUBIO) ; Traitement du chancre simple (DUCASTEL).....	156
Traitement des hémorroïdes (ALVIN).....	157
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.—Traitement des fibromes utérins (CHAMPIONNIÈRE)—Diagnostic des vulvites VIBERT et BOGDAS..	158
Résultats de l'extirpation des annexes de l'utérus dans deux cent dix-neuf cas de fibromes utérins (TAIT).....	159
FORMULAIRE.—Prurit ; Végétations génitales ; Cors ; Aristol et collodion ; Aristol ; Carter's Little Liver Pills.....	160
BULLETTIN.—Nouveautés thérapeutiques.....	161
Prophylaxie de la diphtérie.....	163
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	164
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.....	165
VARIÉTÉS.....	168

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENATS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROSSEAU, M.D.; *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants et chargé du cours de Médecine légale.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Secrétaire, Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

L. N. DELORME, M.D., *agrégé, au cours d'Anatomie pratique.*

☞ Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 45 Place Jacques-Cartier ou à

H. E. DESROSIERS, M.D., *Secrétaire.*

94 rue St-Denis, Montréal.

Laboratoire Pharmaceutique

DE
DAUSSE AINÉ

DUBOÉ-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCCESSEURS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI du PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CAHET ET L'ÉTIQUETTE

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au **CANTHARIDATE** de SOUDE



Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre ; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Cystite* à redouter).

Envoi d'Échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande, directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**



Dépôt à Québec : D^r Ed. MORIN & C^{ie}. A Montréal : LAVIOLETTE & NELSON
ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue **FRANZ (modèle Le BRUN)** pleine d'**EUCALYPTINE LE BRUN**, on guérit la *Phthisie*, les *Bronchites* et les *Catarrhes pulmonaires*.

L'EUCALYPTINE LE BRUN ne contient pas de Morphine

MALADIES DU CŒUR

Les *Dragées Tonico-Cardiaques LE BRUN*, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les *Maladies du Cœur*, les *Palpitations* et l'*Hydropisie* la plus avancée.

LE BRUN, Ph^m-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôt à Québec : D^r Ed. MORIN & C^{ie}, et dans toutes les principales Ph^m du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—M. LARAMÉE.

Du scorbut.

Leçon recueillie par J. E. P. CHAGNON, M. D.

Mme. E. L., 43 ans, entre dans notre service le 20 novembre. Son teint est jaune foncé, ses gencives, gonflées et ramollies, saignent facilement, son haleine est fétide et il y a tuméfaction de la muqueuse buccale. Elle a eu un grand nombre d'épistaxis et quelques hémorrhagies intestinales. Ses menstrues ont toujours été régulières. Pas de taches purpuriques ni de pétéchies. Pas d'adénopathie non plus. Elle a eu un peu d'œdème aux malléoles et n'a jamais accusé de douleurs. Elle est dans un état d'adynamie très prononcé.

Les conditions hygiéniques dans lesquelles cette malade vivait : maison froide et humide, nourriture composée de viandes salées seulement, nous font penser à un cas de scorbut *sporadique*.

Le scorbut est une maladie vraiment constitutionnelle, occasionnée par une mauvaise alimentation, l'abus des viandes salées et par le séjour dans un endroit froid et humide. C'est une maladie qui affecte tout l'organisme et qui amène un état adynamique considérable. Le système envahi particulièrement est le système sanguin. Le sang, devenu plus ou moins noir et très-fluide, s'échappe des vaisseaux qui le contiennent : de là des infiltrations dans le tissu cellulaire, des épistaxis, des métrorrhagies, de la dysenterie, etc. Les douleurs accusées par les malades dans les muscles et les articulations sont encore augmentées par le moindre mouvement qui, du reste, facilite les hémorrhagies. Le tissu cellulaire est souvent le siège d'un œdème, *dur comme le marbré*. Les ganglions sous-maxillaires s'engorgent en proportion de la lésion des gencives.

C'est une maladie non contagieuse d'un sujet à un autre, et qui a une tendance notable à la récurrence. Ce serait le cas pour notre malade qui dit avoir souffert de la même maladie il y a 5 ans.

Autrefois, et encore aujourd'hui, on considérait la privation des végétaux frais comme une cause puissante de scorbut, mais dans notre pays, comme l'usage des végétaux est relativement peu

répandu, il est assez difficile de donner une opinion fondée sur le rôle que joue la privation des végétaux frais dans le scorbut—chez notre malade, nous en retrouvons l'étiologie dans le fait que cette femme, non seulement occupait un logement froid et humide, mais aussi qu'elle a fait abus de viandes salées ou fumées. J'ajoute les veilles prolongées pour faire face aux besoins de la vie.

Les viandes salées ou fumées doivent leur action moins au sel qu'elles renferment qu'au fait que ces aliments conservés sont plus ou moins assimilables.

Parmi les caractères du scorbut, vous en avez remarqué un particulier: chez cette femme c'était un affaiblissement notable dans l'énergie musculaire au point qu'elle paraissait avoir de l'aversion pour le moindre exercice. Elle était toujours triste, abattue et couchée. Nous avons toujours eu la plus grande difficulté à l'engager à marcher dans la salle.

Cette malade est restée longtemps faible, c'est vous dire que sa convalescence a été longue comme à l'ordinaire, mais à sa sortie de l'hôpital elle était tout à fait en voie de guérison.

Nous avons suivi un traitement particulièrement hygiénique. De plus, nous avons ajouté les reconstituants, tels que le fer et l'huile de foie de morue. Parmi les boissons, nous avons recommandé spécialement le jus de citron (*lime juice*), les fruits, et nous avons touché les gencives avec de l'acide chlorhydrique. Le collutoire au chlorate de potasse et à la teinture de myrrhe a agi efficacement.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.) — M. FOUCHER.

Du Glaucome. (1)

Messieurs,

Avant la découverte de l'ophtalmoscope, le cristallin offrait une barrière infranchissable à l'exploration des milieux de l'œil et par conséquent il devenait impossible de bien fixer sur le vivant la nature des désordres multiples qu'entraîne le glaucome à sa suite. De plus, il était impossible, comme on le fait aujourd'hui, de reconnaître la maladie longtemps à l'avance, par l'impossibilité où l'on se trouvait d'explorer le nerf optique.

(1) Voir la livraison précédente.

Cependant les anciens ont connu le glaucome; Hippocrate en parle, et après lui plusieurs auteurs ont reconnu à cette maladie des caractères particuliers qu'on ne rencontre pas au cours d'autres affections oculaires. Ce qui a le plus frappé les médecins d'autrefois, c'est surtout l'apparence verdâtre de la pupille, qu'ils attribuèrent à une affection du cristallin et qui leur fit choisir le nom de glaucome pour désigner la maladie. Cette définition s'appliquait à de véritables cas de glaucome tel qu'on l'entend aujourd'hui, mais aussi elle s'appliquait à d'autres affections oculaires, et elle était insuffisante pour caractériser les cas de glaucome ou la pupille n'a pas encore subi de modifications sensibles dans sa couleur. Le glaucome chronique simple, par exemple, échappait à l'observation au début, et ne se révélait qu'à la dernière période, lorsque toutes les chances de guérison sont à-peu-près disparues. Graduellement le jour commença à se faire sur la pathogénie de cette affection. En 1813, Beer attribua le glaucome au vice arthritique, et dans la description qu'il en fit on reconnaît facilement qu'il faisait allusion au glaucome aigu. Dire que le glaucome aigu est une ophtalmie arthritique, ce n'est pas nous apprendre quelle est la nature véritable de l'affection, il reste en effet à expliquer comment agit le vice arthritique pour déterminer l'affection oculaire et expliquer les différents symptômes auxquels elle donne lieu. Weller ne fit pas mieux en 1830, lorsqu'il signala la vision des cercles irisés autour des lumières.

MacKenzie fut plus heureux, la même année, lorsqu'il signala comme symptôme constant du glaucome l'augmentation de la tension intra-oculaire due à une accumulation de liquide dans l'intérieur de l'œil. De ce moment, la voie s'ouvrait dans un nouvel ordre d'études et de recherches qui devaient conduire rapidement à une interprétation plus exacte de la véritable nature de la maladie. La dureté du globe de l'œil, telle que signalée par l'oculiste anglais, est constante dans le glaucome à des degrés variables; la tension exagérée est due à une surabondance de liquides intra-oculaires. Ces deux propositions de MacKenzie, quoique démontrées aujourd'hui, n'expliquaient pas encore comment il se fait qu'à un moment donné, la cavité oculaire contient plus de liquides qu'à l'état normal. C'était le point essentiel à élucider.

En 1837, Sichel, reprenant la théorie de Beer, attribua le glaucome à une choréïdite résultant elle-même d'une ophtalmie veineuse ou arthritique. Pour vérifier cette assertion il aurait fallu constater l'existence de choréïdite, mais l'ophtalmoscope n'avait pas encore fait son apparition; d'ailleurs, plus tard, on constata que la choréïdite n'était pas appréciable dans ces cas.

En 1854, Ed. de Jaeger dessina le fond de l'œil d'un glaucomeux et représenta le disque du nerf optique proéminent en

avant. La même année, de Graefe constata la même proéminence de la papille optique en avant, et de plus, signala des pulsations spontanées dans l'artère centrale de la rétine.

En 1857, le maniement de l'ophtalmoscope lui étant devenu plus familier, de Graefe revint sur ses premières études de glaucome et démontra que la papille n'était pas saillante en avant, comme il l'avait cru d'abord, mais au contraire, excavée, refoulée en arrière. Cette excavation est tellement manifeste qu'on se demande aujourd'hui comment des observateurs comme de Graefe et Jaeger aient pu se tromper à ce point. Il n'y a pas d'autres explications à donner que celle formulée tout à l'heure : les tâtonnements des premiers examens, et nous ajouterons l'imperfection des premiers ophtalmoscopes.

En possession de ces faits nouveaux, prouvés et admis généralement, il restait encore à expliquer d'une manière satisfaisante le mécanisme suivant lequel s'effectue l'augmentation de la tension intra-oculaire. De Graefe attribua cet excès de tension à une altération du tractus uvéal qui provoquerait une stase veineuse, c'est-à-dire à une choroidite, comme l'avait pensé Sichel. En même temps il publia un mémoire remarquable sur la curabilité du glaucome par l'iridectomie. Cette grande découverte immortalisa de Graefe, et disons en passant à l'éloge de ce savant Allemand, dans une allusion que vous comprendrez tous, qu'il se bâta de la vulgariser et d'en faire bénéficier l'humanité.

En 1861, Donders attribue l'exagération de la tension intra-oculaire à une hypersécrétion séreuse qu'il rapporte à une névrose des nerfs ciliaires sécréteurs.

Cette opinion était basée sur les expériences de Claude Bernard sur la cinquième paire. La section du trijumeau dans le crâne déterminant une diminution de la tension oculaire, la névrose de ce nerf devait produire l'effet opposé. Le glaucome chronique simple devenait le type de cette maladie et les phénomènes inflammatoires des autres formes n'étaient que le résultat et non la cause de l'exagération de la tension.

Wagner et Adamuk ont cherché à démontrer par des expériences sur les animaux que l'hypersécrétion résultait d'une irritation du grand sympathique, amenant une dilatation parétique des vaisseaux, et partant une exsudation plus ou moins abondante.

Pour Hippel et Grünhagen, le sympathique pourrait, en effet, jouer un certain rôle, mais n'expliquerait que le glaucome chronique simple, tandis que la théorie de l'irritation du trijumeau expliquerait le glaucome aigu.

Lorsqu'il s'agit d'interpréter les actions nerveuses au cours de diverses maladies on se heurte à chaque instant à des débats contradictoires. Le terme de névrose est encore entouré d'obscurité, de plus, il reste encore à démontrer les nerfs sécréteurs et sensitifs du tractus uvéal. S'ils existent, leur irritation peut aussi bien

résulter de l'augmentation de la tension que la causer. Il y a des personnes qui souffrent de névralgie toute leur vie et qui ne sont jamais atteintes de glaucome. Nous en avons connu un exemple remarquable. Dans les cas où il y a coexistence de névralgie et de glaucome, il est facile d'expliquer le rôle passif que joue la névralgie.

Cusco attribua l'exagération de la tension à un épaississement de la tunique fibreuse, consécutif à une inflammation chronique que produirait la rétraction et la diminution de capacité du globe oculaire.

Cocius l'attribua à une dégénérescence grasseuse du tissu sclérotical produisant les mêmes effets. Cette théorie peut être applicable à certains cas de glaucome, mais il a été démontré que dans le glaucome l'œil ne subit ni épaississement, ni réduction de diamètre.

Schwalbe a démontré qu'il existe dans l'œil une véritable membrane séreuse, alors l'hypersécrétion séreuse dans l'espace sus-choroïdien doit entraîner les phénomènes du glaucome. Cette transsudation pourrait être périodique et causer le glaucome aigu ou lent et le glaucome chronique.

C'est encore la théorie de Sichel, qui attribue le glaucome à une choroïdite. Il est difficile d'établir si la choroïdite précède ou suit le glaucome.

Les remarquables travaux de Leber sur les voies de filtration des liquides intra-oculaires ont fait entrer la pathogénie du glaucome dans une nouvelle voie. Cet auteur a démontré que les liquides de la chambre antérieure ne s'éliminent pas par transsudation à travers la cornée, mais passent par le corps vitré, traversent l'insertion iridienne et quittent l'œil en passant par le tissu trabéculaire pericornéen d'où ils sont déversés en partie dans le tissu sous conjonctival. Une autre partie suit l'espace suprachoroïdien pour se rendre dans l'espace intervaginal des gaines du nerf optique, ou pour transsuder à travers les mailles de la sclérotique. La chambre antérieure est considérée comme un réservoir des liquides nutritifs de l'œil inutilisés, c'est un espace lymphatique contenant, selon l'expression de de Wecker, du corps vitré filtré.

En 1876, de Wecker émit l'opinion que le glaucome était dû à une entrave portée à l'excrétion par une obstruction du canal de Fontana ; on peut dire aujourd'hui que cette théorie est en grande faveur. Étant admis les deux voies de filtration des liquides de l'œil, il peut se faire que les deux voies soient entravées, on aura alors le glaucome irritatif, si la voie postérieure est atteinte, c'est le glaucome chronique simple, si c'est la voie antérieure, le glaucome aigu. Le glaucome prodromique résulterait d'une gêne de la filtration antérieure.

Si on considère comme démontrés, d'un côté les voies de filtration de l'œil, de l'autre l'obstacle apportée à cette filtration au

cours du glaucome, il reste à préciser si l'obstruction des voies de filtration est primitive ou secondaire, la cause ou le résultat du glaucome. Pour Weber, de Darmstadt, le glaucome serait plutôt causé par une hyperémie passive dégénérant en une stase veineuse produisant à son tour l'œdème des procès ciliaires, et comme conséquence une gêne de la filtration. Panas a partagé cette opinion, il croit à l'ischémie de l'artère ophtalmique, à un engorgement des veines déterminant une transsudation abondante. Cet état corre-pondrait à une lésion nerveuse, vaso-motrice, qu'il compare à l'asphyxie locale des extrémités, ou encore à une altération morbide ou sénile du cœur ou des parois vasculaires, et cite à l'appui de sa thèse le glaucome hémorrhagique qui s'accompagne d'altérations morbides des parois vasculaires.

En présence d'opinions aussi opposées venant de la part de médecins aussi distingués, vous avouerez qu'il eût été difficile de faire table rase de ces diverses théories, et, sous prétexte d'être court et précis, de vous dire en un mot que l'augmentation de la tension intra-oculaire résulte d'une choroidite, d'une névrose, d'une altération morbide des vaisseaux ou simplement d'une gêne apportée à la filtration des liquides intra-oculaires. Dire que la question est résolue serait affirmer trop; il suffit de parcourir les principaux auteurs, même les plus récents, pour se convaincre du contraire. Cependant, en analysant ces diverses théories, on ne peut manquer d'en trouver de plus acceptables les unes que les autres. Celles qui nous paraissent le mieux répondre à toutes les objections sont les deux dernières.

Qu'une cause quelconque intervienne pour entraver les voies de filtration de l'œil, et ces causes peuvent être nombreuses, il en résultera une augmentation de la tension intra-oculaire, c'est-à-dire que l'apport de liquide ne sera pas contrebalancé par l'excrétion. D'un autre côté, qu'il survienne une altération des vaisseaux sanguins, et nous aurons pour commencer une augmentation dans l'apport des liquides, suivie d'une stase parce que le sang ne trouve pas une issue assez rapide, et il en résultera encore une augmentation de tension. Cette tension exagérée, avec ou sans œdème des procès ciliaires, déterminera de plus une gêne croissante des voies de filtration, et partant les désordres graduels qui surviennent au cours du glaucome.

En résumé, la tension augmente parce que les liquides intra-oculaires augmentent en quantité, ou parce que les liquides normaux ne trouvent plus d'issue facile par leur voie de filtration naturelle. Les deux cas peuvent se présenter. Pour nous, la différence n'est pas considérable que l'une ou l'autre théorie soit la vraie, il n'en reste pas moins admis par tous que dans les deux cas il y a exagération de la tension intra-oculaire demandant comme traitement de faciliter les échanges intra-oculaires.

Quelqu'impression qu'il vous reste au sujet de la valeur de ces

diverses théories, vous devez retenir ce fait incontestable et incontesté c'est que *le glaucome est caractérisé par l'augmentation de la tension intra-oculaire et ses conséquences.*

Peu importe que les liquides de l'œil soient sécrétés en plus grande abondance ou que ces liquides soient en quantité normale mais demeurent emprisonnés dans l'œil, la résultante est la même dans les deux cas, la tension intra-oculaire est augmentée.

De la rapidité avec laquelle se produit cette pression, et de son degré d'intensité dépendent les formes de glaucome que nous observons: 1° le glaucome irritatif aigu ou foudroyant; 2° le glaucome irritatif chronique; 3° le glaucome chronique simple. Dans le premier cas l'obstruction se complète du coup, la pression est tellement forte qu'elle peut abolir la vue dans l'espace de quelques heures; dans le second la pression est moindre, irrégulière comme intensité, mais continue, dans la troisième forme, la pression est faible, mais continue.

L'augmentation de la tension intra-oculaire, quel que soit d'ailleurs son point de départ, peut expliquer facilement la plupart des symptômes qui se rencontrent dans les différentes formes du glaucome. Un des premiers symptômes accusé pendant la période prodromique, la présence de cercles irisés autour des lumières, peut être dû à une altération des milieux réfringents de l'œil: corps vitré, cristallin ou cornée, ces altérations elles-mêmes dépendant de troubles circulatoires de la choroïde, comme il peut en résulter sous l'influence d'une pression exercée sur les vaisseaux. La circulation chorôidienne étant entravée, rien de surprenant que les parties de l'œil qui en dépendent pour leur nutrition en souffrent. On peut encore reporter à cette gêne secondaire de la nutrition l'augmentation de la fluorescence de l'œil, qui se traduit par une apparence verdâtre de la pupille ou même par une véritable cataracte.

La pression exercée sur les vaisseaux chorôidiens explique aussi la présence sous la conjonctive d'une injection veineuse correspondant aux veines ciliaires antérieures.

La circulation veineuse intra-oculaire suit deux voies, une postérieure par les vaso-moteurs et veines étoilées, l'autre antérieure représentée par le canal de Schlemm et les veines de l'épiscière. On comprend donc que si la voie postérieure est entravée, la voie antérieure y suppléera. C'est ce qui a lieu non seulement dans le glaucome mais aussi dans les cas de tumeurs intra-oculaires, choroïdites et iritis.

La gêne apportée à la circulation intra-oculaire se manifeste encore par une réplétion des veines au niveau de la papille optique.

Cette gêne est manifeste surtout dans les cas où la tension s'accroît brusquement, c'est-à-dire dans les formes de glaucome irritatif, alors on remarque aussi le pouls artériel. Cette pulsa-

tion résulte de l'obstacle apporté à la pénétration du sang dans l'œil par suite de l'excès de tension qui ne se trouve vaincue que lorsque l'ondée sanguine est chassée par la contraction cardiaque.

Du côté des nerfs de l'œil, les effets de la tension ne sont pas moins marqués. Si nous examinons en premier lieu le nerf optique, nous le trouvons refoulé en arrière dans les cas de glaucome chronique. Le tissu qui constitue la papille offre une résistance égale sur toute son étendue; dans aucun cas cette résistance n'égale celle de la sclérotique ou de la cornée. La lame criblée elle-même, tout en fortifiant et protégeant la papille optique, ne peut offrir un obstacle suffisant à une pression exagérée et continue. Il en résulte que la papille se refoule en arrière dans toute sa largeur et laisse voir dans certains cas le dessin de la lame criblée.

Cette dernière peut être aussi entraînée dans le mouvement de recul du nerf optique et causer à son tour une atrophie choroi-dienne péricapillaire. Sous l'influence de cette pression exagérée et continue, le nerf optique marche progressivement vers l'atrophie et la sensibilité rétinienne s'affaiblit en même temps. C'est ce qui explique les photopsies, le rétrécissement du champ visuel au début, et plus tard la diminution de l'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité la plus absolue. D'un côté la pression directe sur le nerf optique et la rétine met un obstacle à son bon fonctionnement, d'un autre les désordres circulatoires, qu'ils soient primitifs ou secondaires, hâtent la marche des lésions en privant cette partie importante du système nerveux oculaire de la nutrition dont elle a besoin.

La compression exercée sur les nerfs ciliaires explique la presbyopie à marche rapide de la période prodromique; le muscle ciliaire manquant d'influx nerveux, il en résulte une parésie de ce muscle. D'un autre côté le sphincter de la pupille souffre du même état de choses, et la pupille se dilate. Il se déclare des douleurs sus-orbitaires, sous-orbitaires, à l'angle interne de l'œil; la cornée devient insensible, c'est-à-dire que les nerfs ciliaires périphériques deviennent anesthésiés.

Enfin, l'action directe de l'excès de pression intra-oculaire se manifeste d'une façon très évidente par la propulsion du cristallin et de l'iris en avant et par l'effacement de la chambre antérieure. En examinant des yeux malades il faut donc avoir présente à l'esprit l'interprétation à donner aux symptômes que nous venons d'énumérer, chacun d'eux a sa valeur et sa signification, et nous guide vers un diagnostic rationnel. Sachez donc reconnaître le glaucome à son début. Isolez-le de toutes les affections qui paraissent lui ressembler et vous pourrez de cette manière lutter plus avantageusement contre la maladie en lui opposant un traitement avant que le mal soit devenu irrémédiable.

Considération sur l'étiologie et la pathogénie des déviations utérines ;

par R. CHEVRIER, M. D. (d'Ottawa, Canada).

Loin de moi l'intention d'envisager dans leur ensemble les causes si diverses pouvant agir isolément ou collectivement sur la production des déplacements de l'utérus et des troubles fonctionnels si variés qui les accompagnent ordinairement. Je vous mets simplement sous les yeux, les croyant pour vous de quelque intérêt et surtout de quelque enseignement, quelques réflexions tirées de l'observation d'un bon nombre de malades que j'ai pu examiner et suivre attentivement depuis que j'assiste le Dr Doléris à sa clinique privée.

Je crois qu'on peut émettre comme loi générale que tous les accidents, traumatismes, et processus pathologiques—hypertrophiques, néoplasiques ou inflammatoires—susceptibles d'entraver le fonctionnement physiologique de l'utérus, pouvant agir soit sur la texture même de l'organe, soit sur les ligaments qui le soutiennent et l'orientent, soit sur le plan musculo-aponévrotique qui lui sert de point d'appui, doivent être considérés comme jouant un rôle dans l'étiologie des déviations.

(a) C'est ainsi qu'on a vu des rétroflexions se produire à la suite d'une chute sur le sacrum. La secousse brusque imprimée à l'utérus aurait distendu outre mesure les ligaments ronds et vésico-sacrés et constitué ainsi une lésion d'emblée.

(b) Au nombre des traumatismes, le plus important, et de fait le plus grand facteur dans les luxations de la matrice, est bien le traumatisme de l'accouchement. Son influence se fait surtout sentir à la suite de couches longues et laborieuses, dans les cas d'infection subséquente, chez les femmes épuisées et mal nourries et en général quand il y a involution incomplète ou vicieuse du globe utérin. Dans les diverses phases de l'engagement, de la rotation et de l'expulsion, le plancher pelvien, les ligaments et les parois utérines ont subi des tiraillements exagérés, des distensions excessives; l'infection puerpérale diminue encore la force de résistance des organes du petit bassin et empêche leur restauration; enfin le poids anormal de l'utérus en régression tardive opère une traction constante sur ses ligaments suspenseurs qui finissent par s'allonger définitivement.

Le corps utérin affaibli ne peut guère réagir contre toutes ces forces qui tendent à le luxer. Quelques femmes d'une grande vigueur échapperont heureusement aux lésions auxquelles elles sont exposées, mais le plus souvent, dans les conditions ci-dessus mentionnées, après les *relevailles*, il y aura déviation jusqu'à ce qu'une nouvelle grossesse vienne y porter remède ou jusqu'à ce que l'art du spécialiste intervienne.

Ces accidents sont généralement tardifs et ne se manifestent que quelques mois après l'accouchement. Exceptionnellement les déviations prennent un caractère aigu *post-partum*.

Les déplacements postérieurs sont de beaucoup les plus communs alors, le relâchement des parois abdominales et la subinvolution de la paroi utérine antérieure où s'insère le plus fréquemment le placenta favoriseraient, paraît-il, les variétés antérieures. Les avortements peuvent engendrer les mêmes lésions, surtout l'antéflexion, mais ils appartiennent plutôt au groupe des causes phlogmasiques.

(c) A côté des processus hypertrophiques du fond utérin coïncidant avec une endométrite chronique ou une tumeur des parois, je tiens à mentionner une disposition particulière sur laquelle les auteurs gynécologues ne semblent pas prolixes et qui n'est peut-être pas indifférente à l'apparition des déviations. Je veux parler de l'hypertrophie de la portion sus vaginale du col, qui peut être le fait d'une vieille métrite ou d'un vice de développement congénital. L'utérus représenterait une tumeur faisant saillie à la face interne du diaphragme pelvien et maintenue en situation physiologique par des conditions mécaniques spéciales. Or l'allongement du col viendrait briser cet équilibre, serait comme la pédiculisation de cette tumeur qui ayant atteint par le fait de cet épiphénomène une plus grande mobilité, plus ou moins accentuée, selon les cas, se prêterait plus volontiers aux versions ou aux flexions. Le poids de l'utérus, l'état de plénitude presque continu de la vessie, et surtout le *décubitus prolongé* portent d'avantage aux déviations en arrière.

Mais on a le droit de se demander si, au lieu d'être le fait primordial, l'hypertrophie n'est pas plutôt l'effet des déviations. Les flexions surtout, comprimant à leur angle les vaisseaux utérins et empêchant le retour du sang, feraient naître un processus congestif qui déterminerait une métrite parenchymateuse à cet endroit avec allongement consécutif.

Cette question n'est pas facile à élucider et je me contente de la poser. Peut-être est-il plus raisonnable d'admettre que ce phénomène parfois précède et tantôt suit les déviations.

Quoiqu'il en soit, c'est un fait bien établi que les déplacements utérins dépendent souvent de processus irritatifs intéressant la muqueuse utérine. On comprendra assez facilement que la musculature de l'organe gestateur, altérée par voisinage dans sa nutrition et sa vitalité au cours d'une métrite intense ou tenace, soit surtout affectée en son point le plus vasculaire et le plus sensible, c'est-à-dire au point d'union entre les fibres du col et celles du corps. Or le muscle utérin a perdu toute tonicité et l'espace de force intrinsèque qui le maintenait dans un état d'équilibre parfait; il y a en même temps hypertrophie totale concomitante du corps, dont le poids est augmenté.

Toutes ces raisons accumulées ajoutées aux fatigues, aux travaux pénibles, aux secousses reçues dans la marche, la danse ou autres circonstances amènent une laxité des ligaments et font que l'utérus plie au niveau de son isthme comme sur une charnière—de là déviations diverses—antérieure-postérieure ou latérale, version ou flexion—suivant les influences et les sujets. Les rétroflexions sont les lésions les plus souvent observées comme pouvant être rattachées à cette dernière cause. On a vu l'antéversion coïncider avec l'absence de périnée. Les antéflexions pourraient être dues à la présence d'un néoplasme sur la partie antérieure de la matrice, qui serait entraînée par cette masse dans une exagération de son antéversion physiologique. Les déviations latérales n'existent jamais seules et ne sont citées que pour mémoire.

Toutefois il faut bien se mettre en garde contre l'inflammation de l'endométrium, qui peut manquer au préalable, mais qui finit toujours par venir compliquer les déviations un peu anciennes, et qui trouverait une ample explication dans l'obstacle apporté à l'écoulement facile des hypersécrétions de la muqueuse engorgée et épaissie.

Dans les versions c'est plutôt le fond de la matrice qui est malade. Dans les flexions c'est surtout au niveau de la suture. Certains auteurs croient à une dégénérescence graisseuse en cette région, d'autres penchent pour un état anémique et une évolution fibreuse des tissus.

Les colposèles simples ou compliqués, qu'on peut rattacher d'ailleurs à plusieurs causes, précèdent toujours les prolapsus utérins. Cet organe, avant d'arriver en prolapsus complet, doit effacer l'angle droit qu'il forme avec le conduit vaginal, condition qui nécessite une rétrodéviations qui est souvent la manifestation ultime de la distension et de la flaccidité du plancher pelvien. Souvent le prolapsus ne se produit pas, l'utérus se fixant dans la cavité du petit bassin. Si le prolapsus a eu lieu, après la réduction, il y a affaissement et mobilité complète de l'utérus dont les positions peuvent varier alors à tout instant selon les influences qui s'exercent sur lui.

Même une simple vaginite possède une importance qu'on ne saurait nier dans la pathogénie de cette classe d'affections. Ceci nous amène à une question assez intéressante au point de vue étiologique, et résidant dans un détail anatomique assez mal connu encore, pour ne pas dire du tout. On retrouvera dans la connaissance de ce fait la raison de certains déplacements chez les vierges en dehors de tout autre accident, de la ténacité décourageante d'érosions et de métrites du col.

La muqueuse vaginale a un millimètre à un millimètre et demi d'épaisseur, c'est-à-dire $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ de ligne, et possède trois couches distinctes. La première est superficielle et surtout formée de

tissu muqueux; la seconde, la plus épaisse, est musculuse, et la dernière, d'une minceur marquée, se compose de quelques fibres conjonctives et de tissu cellulaire. Tout ce qui précède est mentionné dans les auteurs d'anatomie et est du domaine de la banalité. Mais ce sur quoi je veux attirer l'attention, c'est sur l'espèce de solidarité existant entre la texture vaginale et la texture utérine, et de ce fait des inflammations des deux organes. Ainsi la tunique superficielle de la muqueuse du vagin, après avoir tapissé les culs-de-sac, se replie sur le col pour venir se confondre avec la muqueuse utérine à l'orifice du museau de tanche. La couche moyenne et musculuse, au lieu de se replier sur le col, se prolonge en haut et se fusionne avec les fibres superficielles du muscle utérin. La couche profonde envoie des fibres rétrogrades qui se continuent avec les ligaments utéro-sacrés qui prennent leur insertion sur le sacrum, et sur les côtés du rectum.

Cette disposition est plus accentuée en arrière pour les deux tuniques profondes, et offre là d'ailleurs une importance plus grande. Nous pouvons déjà entrevoir les rapports intimes que peuvent avoir entre eux les lésions affectant soit le vagin, soit le col, soit les ligaments ou soit l'utérus lui-même.

On s'est parfois étonné de la persistance d'une métrite du col après l'excision de la muqueuse. Cette persistance aurait pour cause assez évidente la coïncidence d'une inflammation par voisinage de la tunique muqueuse vaginale qu'on aurait, par l'opération plastique, appelée à remplacer la muqueuse malade enlevée. Substituer dans l'orifice du col et le long de ce canal à une muqueuse altérée une qui l'est autant ne peut sans doute amener de cure possible.

La colpité, en raison de ce détail anatomique surtout mis en relief par Forget, prédisposerait aux déviations, par extension possible du processus inflammatoire à la musculature utérine et aux ligaments utéro-sacrés. Sous le fait de cet état morbide, ces différents tissus perdraient leur tonus physiologique, les ligaments pourraient ou se rétracter ou s'allonger, subir une sclérose atrophiante ou une dégénérescence graisseuse. L'altération la plus ordinaire est l'élongation des ligaments sacrés qui offrent alors un degré moindre de résistance aux pressions et tractions qui agissent sur eux et aident à leur extension. Le col de l'utérus n'étant plus retenu en arrière et sollicité par les replis vésico-utérins, se porte davantage vers la symphise pubienne. Ce déplacement partiel imprime un léger mouvement de bascule à l'axe utérin que les ligaments antérieurs sont impuissants à maintenir en position normale. La pression intra-abdominale représentée par la masse intestinale, qui agit plus ou moins énergiquement selon les efforts nécessités de la part du diaphragme et des muscles ventraux, ayant alors plus de prises sur l'utérus un peu oblique, finira bientôt par le renverser en arrière tout-à-fait.

C'est ainsi qu'une cause parfois insignifiante ou considérée du moins comme telle, peut être le point de départ de lésions tenaces en raison des adhérences péritonéales qui viennent fixer l'utérus dans le petit bassin.

Comme autre cause éloignée des déviations, nous signalerons les troubles de la vessie qui peuvent avoir un retentissement marqué sur la portion du col qui lui est contiguë. Il n'existe pas à vraiment parler et comme on l'a soutenu, de cloison intermédiaire, de mur mitoyen entre ces deux parois. Les parois vésicales et utérines sont certainement distinctes au point de vue anatomique, mais au point de vue physiologique elles sont intimement liées. Elles vivent de la même vie, pour ainsi dire, les mêmes artères les nourrissent puisque ce sont les utérines qui fournissent les vésicales, le même plexus y envoie des ramifications nerveuses. Le glissement entre les parois est factice ou minime dans tous les cas. Non seulement le col utérin suit les mouvements de réplétion et d'évacuation de la vessie, mais il entraîne lui-même tout l'organe dans les cas de développement physiologique ou anormal—gravidité ou néoplasme. Il y a des fibres vésicales qui se continuent avec celles du tissu utérin et on a sans doute exagéré beaucoup l'importance du pouvoir isolateur du mince coussin graisseux interposé entre ces portions du col et de la vessie qui sont accolées.

Or ceci bien établi, il est logique de conclure—et quelques observations portant sur cette particularité nous y autorisent—que par ce fait de voisinage, l'étendue du col limitrophe de la vessie participe aux cystites aiguës ou rebelles et aux autres affections urinaires. L'influence des lésions du museau de tanche, déchirures, érosions, folliculites, etc., sur la vessie et les uretères est un fait qui n'a guère besoin de démonstration pour ceux qui sont tant soit peu versés dans l'anatomie de l'excavation pelvienne. Le rôle pathogénique des troubles vésicaux dans les affections utérines est moins évident, moins démontré, moins fréquent, mais pour cela n'en est pas moins réel. L'irritation de la muqueuse vésicale, son épaissement, la stase sanguine, l'infiltration des autres couches de la vessie, la gêne circulatoire, tout prête à la propagation de l'inflammation à la portion du col sus-vaginal avoisinante. De l'établissement de ce dernier phénomène à une série d'accidents divers : hypertrophie, métrite, antéflexion, etc., il n'y a qu'un pas.

Les adhérences d'origine salpingitique ou pelvi-péritonitique peuvent retenir l'utérus en fausse position. Donc toutes les phlegmasies de la trompe, celles de l'ovaire et aussi la paramétrite postérieure doivent entrer dans la nomenclature des causes étiologiques des déviations utérines.

Dans certains cas l'opération d'Alquié-Alexander est nulle comme résultat, la traction opérée sur les ligaments ronds étant insuffisante pour vaincre la résistance des brides péritonéales

nombreuses. La ventro-fixation peut elle-même subir des échecs, et en présence de telles adhérences on a vu souvent le chirurgien refermer l'abdomen sans avoir rien fait, jugeant toute tentative inutile. La constipation habituelle, la paralysie de la vessie et de l'intestin, la masturbation ont aussi été mises en cause.

Pour expliquer les déviations congénitales, on a invoqué le développement inégal des parois utérines. Certains auteurs ont mis en doute l'existence de cette dernière classe de déviations, et pour cela, ils attireraient l'attention sur le volume minuscule du corps utérin depuis l'enfance jusqu'à l'instauration des menstrues.

D'autres causes peuvent être incriminées; toutefois je crois avoir appuyé sur les plus fréquentes. Il y aurait un chapitre spécial à faire sur les déviations au cours de la gestation. Je me contenterai de dire que l'antéflexion pourra se rencontrer assez fréquemment dans les grossesses de moins de quatre mois; la rétroflexion est la règle dans les grossesses plus avancées.

Quelque soit la cause productrice des déviations, il est bon de noter que souvent elles passent inaperçues et ne donnent lieu à aucun symptôme inquiétant ou douloureux. Nombre de femmes portent de ces lésions sans qu'elles en soient incommodées. Il arrive fréquemment que ce sont les manifestations d'une métrite récente, conséquence tardive de versions ou de flexions, qui nous amènent les malades et nous font découvrir un état de choses dont l'existence jusque là n'avait pas été soupçonnée.

PARIS, février 1891.

Les médecins arrivés, fortunés, doivent se souvenir plus encore que les autres hommes (car ils ont vu la misère de plus près), que l'aumône est le sel qui empêche les richesses de se corrompre.

Heureux les riches, puisqu'ils ont le moyen de consoler. La vie est courte et il n'y a pas de temps à perdre.—DR GRELLETY.

La véritable pitié, de même qu'elle est active, doit être pratique. Elle ne s'enfuit pas dans les transcendances; elle reste sur la terre, son vrai domaine, à panser les plaies des blessés, à laver les pieds meurtris, à sécher les larmes qui coulent. Sans doute, elle ne dédaigne pas les paroles: les paroles sont des dictames qu'elle doit savoir appliquer. Mais elle va plus loin que leur bruit: derrière les bienfaits qu'elle sème, elle vise jusqu'à la justice, et, mécontente des palliatifs inventés par la demi-bonté, elle rêve d'installer sur la terre le règne nouveau, fait d'équité et de bienveillance (E. Rod).

La poursuite de ce règne est la plus noble tâche ouverte à notre activité.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE SAINT-
HYACINTHE.

Séance du 15 janvier 1891.

Présidence de M. J. PALARDY, M.D.

**Physiologie de la main ;
Utilité et influence de la main dans la vie humaine,
au point de vue physique et moral.**

M. J. PALARDY.—Désirant saluer avec vous l'ouverture de la nouvelle année, je n'ai trouvé rien de mieux que de vous tendre la main et de vous prier de me permettre, dans l'intérêt de notre Société, de vous faire une lecture sur cet organe si utile et si aimable que vous connaissez tous comme moi. En venant aussi souvent devant vous, je fais des efforts, au risque d'être prodigue, pour montrer l'avantage de nos réunions, faire voir que nous travaillons tous ensemble, et par ce moyen, encourager les autres médecins du district à se joindre à nous. Nous avons besoin, de leur concours pour nous faire la main, voilà pourquoi je mets *la main à la plume* pour vous dire un mot, qui sera la première preuve en faveur de la thèse que je veux défendre aujourd'hui, savoir : *l'indispensable utilité de la main.*

Je tiens beaucoup à ce que chacune de nos réunions soit intéressée par un travail d'un de ses membres. Voilà pourquoi, à l'origine de cette nouvelle année, ne sachant s'il y aurait d'autre conférencier, j'ai cru bon de commencer de nouveau nos travaux. J'ai trouvé dans mes cartons ce léger travail que j'ai dû réviser pour vous le rendre présentable ; si j'ai besoin d'excuse à ma prodigalité ou à l'insuffisance de mon sujet, je la sollicite avec votre bienveillante attention.

Pour entrer en matière je vous dirai : Qu'est-ce que la main ?

La main est la troisième et la dernière partie du membre supérieur qui comprend le bras et l'avant-bras.

La main est double, il y en a une à chaque bras. Elle est formée par des tissus divers qui comprennent trois parties, le

carpe, le métacarpe et les doigts. Les doigts, au nombre de cinq pour chaque main, sont des appendices détachés les uns des autres, de forme ronde, de quelques pouces de longueur. Ils sont composés de petits os, entrecoupés par des jointures attachées entre elles par des ligaments et des muscles puissants mettant cette charpente osseuse en mouvement, que l'on appelle phalanges.

Le carpe et le métacarpe, assemblage d'os irréguliers qui forment la paume de la main, sont liés par une surface articulaire aux deux os de l'avant-bras, et constituent à ce point le poignet. Tous ces os sont recouverts de muscles et de tendons flexibles et très forts, le long desquels courent des vaisseaux sanguins et des nerfs, organes de transport du fluide vital, qui se divisent et se ramifient en très grand nombre au milieu des tissus.

La main dans son ensemble présente la forme d'un carré un peu oblong ayant, dans certaines parties, près d'un pouce d'épaisseur, quelques fois plus chez les personnes grasses et charnues. Les doigts, à leur extrémité supérieure et dorsale, sont pourvus d'ongles, substance qui participe de la corne, bien adaptée pour préserver la pulpe des doigts.

Comme toutes les créatures de la Divinité, la main est admirable dans sa texture anatomique, surtout quand on considère la fin qu'elle doit remplir dans les divers actes de la vie. C'est bien cet organe auquel est dévolue plus particulièrement l'exécution de la sentence éternelle. C'est probablement lui qui a le premier onfreint la défense de Dieu en touchant au fruit défendu.

Le travail serait impossible sans la main. Elle est donc on peut dire essentielle à l'existence humaine, et aussi admirablement formée dans les desseins de Dieu, elle a été chargée plus que tout autre organe de remplir l'objet que le Créateur avait en vue. l'accomplissement de la loi du travail.

Chaque main comprend cinq doigts, qui tous, excepté le pouce, ont trois os allongés formant la phalange. Le pouce n'a que deux phalanges. On dirait qu'il est moins parfait que les autres doigts, étant plus court. Ne soyez pas offensés on surpris par cette apparence d'infériorité, c'est ce qui le rend le plus utile des doigts.

Le pouce est le plus gros, il est jeté sur le côté, tout à fait en dehors des autres. Regardez-le cependant avec une très haute estime, c'est à ces deux petits os recouverts d'un peu de chair, que l'homme doit une partie de sa supériorité physique sur les animaux de la terre.

Une bouchée de pain est peu de chose il est vrai, mais avon-nous considéré le travail qu'a fait la main avant que cette bouchée de pain arrive à notre bouche? Et pour bien d'autres objets il ou est ainsi; combien n'existeraient pas, si la main ne les avait pas fait sortir de l'obscurité. Et la main seule a pu le faire. Qui aurait fouillé dans les entrailles de la terre ou dans les profondeurs des eaux sans la main!

Quand vous voulez saisir un objet quelconque, la main est l'organe qui s'avance, et le pouce, un de ses acolytes, est toujours celui qui se met en avant le premier, pour saisir seul d'un côté, pendant que les autres doigts se réunissent ensemble de l'autre.

Si le pouce n'était pas de la partie dans l'acte de préhension, les objets tiendraient difficilement dans la main. La plume dont je me suis servi pour écrire cet article aurait été très incommodément saisie par l'index et le médius. Pour moi le pouce est le plus utile des doigts, et la main serait bien imparfaite sans lui.

Que de temps il faudrait sans le pouce pour composer un livre, préparer une lecture ou écrire une lettre! La privation de cet organe entraînerait des conséquences désastreuses, et la science humaine ne pourrait plus *marcher* sans le pouce? Il est singulier n'est-ce pas de voir une conséquence si grave venir d'une cause aussi minime que la perte d'un pouce. En effet vous avez vu composer les caractères dans une imprimerie. Le pouce, avec l'index, jouent le principal rôle dans l'opération. On vous distribue tous les jours sur les journaux et dans les livres une lecture abondante sur tous les sujets scientifiques connus. La chose serait presque impossible sans le pouce, et la presse, cette seconde puissance dans l'Etat, verrait son existence mise en danger ou disparaître.

Pas n'est besoin de pouvoir étranger pour mouvoir la main ou une partie de la main. Le principe vital suffit pour lui donner l'énergie voulue. La vapeur, l'électricité, comme force motrice, pâlisent en face de cette puissance invisible, si sensible et si subtile, qui est la volonté, faculté de l'âme qui agit instantanément, n'ayant besoin que de la pensée pour mettre l'organe en mouvement au désir de l'homme.

Quel merveilleux et mystérieux rapport entre l'âme et les organes qui, pour quelques-uns, agissent immédiatement et instantanément sous l'impulsion de l'âme, et servent de messages à la pensée!

Au moyen de ces organes de relation, la chose se fait sans bruit, sans effort et sans explosion, sauf quand la passion vient à se mettre de la partie, alors on voit la force primer le droit, et le faible est opprimé par la main du plus fort, de là le coup de poing ou un soufflet en plein visage, ou le système de la baïonnette, autre petit jeu fait à la main, inventé par l'ambition ou la colère des hommes.

Les guerres deviendraient impossibles ou seraient vite finies sans les dix doigts de la main. Il ne resterait plus qu'à se manger à belles dents. La bouche deviendrait alors la plus grande puissance du monde. Dans un sens, elle l'est déjà, puisque seule elle sert à l'expression de la pensée par le verbe.

Il va sans dire, cependant, que les coups de langue font quelques fois plus de mal que les coups de poings. La main et la langue, quelle puissance organique pour le bien, ou quel monde d'iniquités!

Au point de vue physiologique, la main est la pourvoyeuse de la bouche et le plus utile instrument pour introduire dans le canal alimentaire les substances qui servent à la nourriture de l'homme.

Sans la main, à l'instar des bêtes, il faudrait brouter. Que de plaisirs perdus autour d'une bonne table chargée de mets délicats ! Sans la main, on ne se laisserait pourtant pas mourir de faim. Ceux qui en sont privés, comme ceux qui ne le sont pas, ont dû faire attention que d'un bout du monde à l'autre, une foule de mains travaillent constamment pour donner à manger aux autres. L'intérêt personnel, le sentiment de la conservation, la satisfaction d'un besoin naturel, la diversité des pays et des produits de la terre ont fait naître le commerce et l'échange des effets manufacturés ou des différents produits du globe.

Avez-vous calculé le travail qu'il a fallu pour vous permettre de prendre seulement votre tasse de café le matin, et combien de mains ont été mises à contribution pour obtenir ce résultat ?

Que de mains autour de cette tasse de café ! un tout petit compte pourtant sur ce que vous mangerez dans la journée. D'abord la main de l'ouvrier a semé et récolté le café, celle de la cuisinière l'a moulu et infusé pour en faire une boisson délicieuse. La main de l'épicier l'a fait griller avant de le livrer au commerce, sans parler de la main du marin avec plusieurs autres qui l'ont amené chez votre marchand qui le remet dans vos mains. Vous y ajoutez, avant de le boire, un peu de sucre et de lait. Avez-vous jamais compté les mains qu'il a fallu pour préparer même cette petite cuillerée de sucre ?

J'en ai calculé plus d'une douzaine, seulement pour la confection de la matière première, et s'il fallait ajouter les mains qui ont préparé les instruments de la manufacture nécessaire à la raffinerie, le nombre serait considérable. Enfin, vous le voyez, la main touche à tout, pour nous procurer tous les besoins de la vie ; elle est indispensable dans toutes les industries.

Quelle que soit la position que vous occupiez, la main est bien l'organe qui est le plus souvent requis pour répondre à la demande d'un besoin ou d'un devoir. Son usage est de tous les instants, il est si facile et si immédiat, aussi vif que la pensée, étant soumis à son impulsion.

Dans le danger, notre main est encore notre sauve-garde. Il serait presque impossible de préserver notre corps d'un accident qui entraînerait la mort si nous n'avions pas la main pour repousser l'ennemi, pour prévenir toute autre cause de lésion ou de destruction, ou pour fixer les corps et les maintenir en place, afin de les empêcher de nuire ou de faire mal.

Ce petit organe est encore l'origine, on peut dire, de toutes les puissances mécaniques dans le monde. C'est la main qui contrôle et assujétit les divers éléments qui sont employés comme forces motrices dans les divers métiers qui occupent l'activité des hom-

mes par toute la terre. L'air, l'eau et le feu seraient relégués à une action bien restreinte si la main de l'homme ne venait pas avec le génie leur donner les applications si diverses et si utiles dans les arts, les sciences ou les industries nombreuses inventées par les besoins de l'homme. Autrement l'hygiène seule en ferait son profit pour l'entretien de la vie; sans la main la locomotion par la vapeur aurait vu ses beaux jours, et combien d'autres forces qu'il est inutile de mentionner. Entre autres choses, la voûte du ciel serait nos demeures, et on envierait le poil des bêtes, surtout dans un pays comme le nôtre, couvert de glace et de frimas pour une partie de l'année.

Par la volonté de Dieu et notre organisation physique, tous les êtres humains sont nés pour le travail des mains.

:

En passant à un autre ordre d'idées, on peut juger de l'influence qu'exerce la main même au point de vue moral, par une action réflexe.

Nous médecins, que serions-nous sans la main? Notre profession ayant pour mission l'étude du corps humain et la guérison des maladies qui l'affligent; comment arriver à notre fin dans l'application des moyens curatifs sans le secours de la main?

Pour nous, elle est quelquefois plus utile que l'œil, car souvent nous sommes obligés d'avoir l'œil au bout du doigt. La main est l'organe du toucher par excellence. Il est facile, parce qu'il est toujours disponible, étant, sous la puissance de l'âme qui transmet sa volonté qui est instantanée.

Quel admirable jeu des organes! et qu'il fait plaisir de contempler cette mystérieuse puissance de l'âme, qui ordonne, commande, et qui est si bien obéie par des messagers fidèles!

Qui comprendra jamais cette union si intime de l'être spirituel et de la matière qui constitue ce qu'on appelle la vie! L'âme est parfaite dans son essence, puisqu'elle est une émanation de la Divinité. C'est tout ce que l'on sait de plus certain sur la nature de l'âme qui vient à briser, par la mort, cette union physiologique ou psycho-physique.

Tout de même, tous, tant que nous sommes, pour être en tout et partout parfaitement utiles à soi-même et à ses semblables pendant la vie, on ne peut l'être sans la main.

Messieurs, remercions Dieu de nous avoir gratifiés de cet organe si parfait, si mobile, si obéissant à la volonté de l'âme, qui nous permet d'exécuter si promptement les divers actes de notre vie mortelle. L'influence de la main s'exerce donc de manière à faire naître dans l'esprit des idées d'une nature spirituelle, comme je le disais il y a un instant, au moyen d'une action réflexe, ce qui constitue en philosophie le système des sensations et l'origine des idées. La plupart du temps, l'idée vient directement de l'âme,

d'autres fois, elle débute par la sensation qui la transmet à l'âme au moyen des corps. Que de fois la main sert d'occasion aux sensations et le jour et la nuit. C'est le concierge à la porte.

Tout le monde sait ce que fait la main dans les rapports sociaux comme force morale.

Quel beau langage pour l'âme par les yeux, que le mouvement de la main ! Les aveugles lisent, chantent et pensent avec les doigts. Vous rencontrez un ami, votre première impression est de lui serrer la main. Et que ce contact est doux, lorsqu'il se traduit avec un baiser ! Avec quel empressement vous lui donnez cette marque d'affection ! En le quittant, vous le saluez avec la main, ou vous le pressez avec vos mains sur votre cœur, et du plus loin que vous l'apercevez, vous agitez encore la main en signe d'invitation ou comme dernier adieu. La main du soldat porte le drapeau qui est l'emblème de la patrie, guidant l'armée au combat et à la victoire.

Quand l'homme veut unir son sort à la femme de son choix, il demande sa main, et le prêtre de Dieu les unit par le sacrement en les faisant tenir tous les deux par la main. Otez le geste de la main à l'orateur, son discours n'aurait plus le même intérêt ou la même force, et sans la main vos applaudissements perdraient de leur valeur et ne seraient plus faciles.

Presque tous les peuples de la terre ont une manière de se servir de la main pour exprimer leur joie, leur admiration, leur affection, leur crainte ou leur étonnement. Les Anglais ont leur *shake hand* national, le Français presse la main, et si c'est une femme, il y dépose avec grâce un baiser. Dire que deux hommes marchent la main dans la main, n'est-ce pas l'indice d'une amitié parfaite ?

Certaines peuplades sauvages portent la main à leur front, à leur cœur, dans l'expression de certains sentiments.

**

Ainsi donc, Messieurs, par ces quelques observations, je crois avoir prouvé l'extrême utilité et l'excellence toute puissante et indubitable de la main. Elle est indispensable à l'entretien de la vie matérielle et physiologique. Sans elle, la vie serait un fardeau. C'est donc un des plus magnifiques cadeaux que le Créateur ait fait à l'humanité !

Dans la vie intellectuelle et morale la présentation de la main est encore le signe de l'amitié et du pardon. Le prêtre de Dieu élève la main pour faire descendre sur nos têtes la grâce avec les autres faveurs du Très-Haut.

L'imposition des mains existe depuis l'origine du monde. Esau y perdit son droit d'aînesse un peu par gourmandise, un peu aussi par la finesse de sa mère Rachel qui lui préférerait son fils Jacob.

Dans tous les cas, il faut admettre, ou qu'Esau était recouvert d'un poil très long, ou que le vieil Isaac avait le toucher très émoussé pour ne pas s'apercevoir que son fils Jacob avait revêtu une peau d'agneau. On devra reconnaître cependant que la partie était difficile, la mère étant de connivence avec le fils pour tromper le bonhomme, qui se faisait vieux et aveugle.

D'ailleurs, il paraît que "ce que femme veut, Dieu le veut." Dans tous les temps, la main de la femme a eu et aura toujours la plus large part sur la destinée et le bonheur de l'homme. Ce fut la main de la première femme qui toucha au fruit de la science du bien et du mal, malgré la défense de Dieu. Quelle conséquence terrible résulta pour l'humanité, qui fut frappée dans sa postérité, par le mauvais usage de la main de la mère du genre humain !

C'est par l'imposition des mains sur l'ordre de Dieu, que son ministre se maintient sur la terre et se perpétuera jusqu'à la consommation des siècles et que l'eau régénératrice tombe sur nos fronts. Il y a à peine quelques jours, au commencement de cette nouvelle année, dans nos familles canadiennes, un grand nombre ont fait revivre cette belle coutume de se jeter aux genoux de leurs pères pour leur demander d'étendre leurs mains sur leurs fronts, afin de solliciter du ciel une bénédiction et un souhait de bonheur. Outre son utilité physique, que de jouissances la main procure à l'esprit et au cœur de l'homme !

A vous donc, Messieurs, de bien comprendre la belle mission de la main et de vous en servir toujours pour notre utilité et la gloire de notre profession et pour le bien et l'avantage de nos patients et de nos semblables.

Dans ces jours de froid et de misère, on vous tendra souvent la main. Comblez-la par des actes produits de la bienveillance et de la charité. Notre profession nous permet de voir bien des douleurs physiques et morales; à nous de les soulager. "Le médecin doit être bon, c'est la moitié de son génie," a dit un grand poète français.

En conclusion, veuillez me permettre, comme votre confrère et votre doyen, de vous présenter la plus cordiale poignée de mains avec mes meilleurs souhaits du nouvel an pour vos succès professionnels et votre bonheur particulier, et en dernier lieu, pour le progrès toujours croissant de l'*Association médicale de St-Hyacinthe*.

LETTRE DE PARIS

Monsieur le Rédacteur en Chef :

Il vient de paraître à Paris le quatrième volume du grand *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. les professeurs

Simon Duplay et Paul Reclus. Cet ouvrage, qui est certainement ce qui est paru de plus complet sur la chirurgie, est en même temps la reproduction la plus exacte de l'état actuel de la science chirurgicale. Les auteurs, au nombre de vingt-et-un, sont tous professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine, ou chirurgiens des hôpitaux de Paris, et chacun traite dans cet ouvrage la partie qui lui est la plus familière et sur laquelle il a déjà écrit antérieurement des travaux originaux. Étant publié de la sorte par les plus savants chirurgiens français, il offre de plus l'avantage d'une très rapide publication. En effet, chaque trimestre voit livrer au public un nouveau volume, et ce si régulièrement, que les quatre premiers ont été publiés dans l'espace de moins d'un an.

Chaque volume est d'un grand format in-8°, d'environ 900 pages, et contient une moyenne de trois cents figures. Inutile de parler de la beauté de l'édition; le fait seul d'être édité par la maison G. Masson vaut mieux que le plus bel éloge qu'on pourrait en faire sur ce point, car l'on sait universellement ce que cette maison, la première de Paris pour la publication des ouvrages de médecine, a l'habitude de livrer au public.

Ce traité se vend d'ailleurs à un prix assez réduit, soit 18 francs le volume, qui peuvent être achetés séparément.

Le premier volume, écrit par MM. P. Reclus, Quénu, Broca, Lejars, traite de la pathologie générale, des tumeurs de la peau et du tissu cellulaire, des lymphatiques, des muscles, des tendons, des synoviales tendineuses et des bourses séreuses.

Le deuxième, produit par MM. Lejars, Michaux, Quénu, Ricard, Poncet, traite des nerfs, des artères, des veines et des os.

Le troisième, par MM. Poncet, Nélaton, Lagrange, Quénu, Gérard, Marchand, Kirmisson, traite des os, des articulations, du crâne, du cerveau et du rachis.

Enfin le quatrième, par MM. Delens, Duplay, Gérard, Marchand, est écrit sur l'œil et ses annexes, sur l'oreille et ses annexes, sur le nez, fosses nasales, pharynx et sinus. MM. Delbet, Heydenreich, Hartmann, Jalaguier, Peyrot, Segond, Tuffier et Walther écrivent dans les quatre derniers volumes.

Le court espace de temps pendant lequel les quatre premiers volumes ont été livrés au public, la haute position scientifique des auteurs et la réputation de la maison G. Masson sont un gage certain non seulement de la valeur scientifique de l'ouvrage, mais aussi que les quatre derniers volumes seront publiés aussi régulièrement que les quatre premiers, et qu'au commencement de 1892 le traité complet sera terminé.

DR. O. F. MERCIER.

Paris, 20 février 1891.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Diagnostic de la chlorose.—Clinique de M. le professeur POTTAIN, à l'hôpital de la Charité.—En passant devant le no 2 de notre salle Piorry, vous avez pu voir une jeune femme dont la face est pâle, blafarde et tous les téguments décolorés; son air languissant, l'absence complé de fièvre, vous permettent de porter à première vue le diagnostic de chlorose. Le diagnostic de cette affection se fait fréquemment avec cette facilité; il est pour ainsi dire écrit sur la figure des malades; cependant je ne vous engage pas à vous borner à ce simple examen, ce serait parfois dangereux, parce que vous risqueriez de laisser échapper sous le masque de la chlorose des maladies beaucoup plus graves et en tout cas cet examen sommaire serait insuffisant quand même il s'agirait d'une chlorose, celle-ci pouvant s'accompagner de quelque complication qu'il est indispensable de bien connaître pour la combattre. C'est pour vous mettre en garde contre un diagnostic parfois dangereux, très souvent insuffisant, que je veux aujourd'hui, à propos de notre malade, vous rappeler les symptômes les plus importants et les principaux signes de la chlorose.

A l'époque où l'on commençait à faire la numération des globules du sang, nous vîmes avec M. Malassez une jeune malade qui présentait le chiffre de globules peut-être le plus bas que j'aie jamais observé: c'était une chlorotique avec tout le cortège symptomatique habituel de la maladie; son état m'inquiétait, non tant à cause de l'intensité de la chlorose, qu'à cause de certains antécédents héréditaires fâcheux, et parce que la maladie présentait une résistance particulière au traitement. J'ai suivi cette malade pendant dix ans, cherchant toujours à m'expliquer la tenacité de son affection; un jour, je vis apparaître une tuberculose à évolution rapide et la mort survint en quelques mois.

Une autre fois, je fus appelé dans le quartier de Necker auprès d'une dame atteinte de pleurésie; cette dame était soignée par sa fille pour laquelle je ne fus pas consulté à cette époque, mais que j'avais à première vue regardée comme atteinte de chlorose. Quelque temps plus tard, je vis cette jeune fille arriver à l'hôpital, se plaignant de palpitations, de vertiges, d'essoufflement; quel ne fut pas mon étonnement en trouvant chez elle, au lieu de la chlorose que je croyois rencontrer; non pas de la tuberculose,

mais un rétrécissement mitral qui paraissait déjà dater d'un certain temps. Sous l'influence du repos, il y eut une légère amélioration; puis arrivèrent des circonstances désastreuses pour elle, une grossesse survint, des ennuis, des chagrins, l'asystolie se déclara et la malade mourut.

Un troisième exemple est non moins instructif. On m'amena un jour, de province, une jeune fille prétendue chlorotique qui avait résisté à tous les traitements; on avait essayé en vain la suralimentation, les excitants gastriques divers, les exercices physiques; rien ne la sortait de sa torpeur. En l'examinant, je trouvais chez elle un pouls extrêmement rapide et une température de 41°. Dans la poitrine, je ne découvrais rien de suspect, ni du côté des poumons, sinon un peu d'emphysème peu habituel à cet âge; je pensai à une granulie et l'événement justifia cette opinion, car quelques semaines plus tard la malade mourait.

Je vous ai rapporté ces trois exemples pour bien vous montrer comment, sous les apparences d'une chlorose, peut souvent se dissimuler une affection beaucoup plus grave.

Mais alors même que l'état anémique n'est pas la conséquence d'une affection autre que la chlorose, si vous pratiquez un examen insuffisant, il est à craindre que vous ne laissiez échapper quelque complication masquée par la chlorose elle-même; il en est ainsi de l'hystérie qui masque souvent d'autres affections nerveuses.

C'est pour vous mettre en garde contre un diagnostic trop hâtif et souvent incomplet, que je voudrais vous rappeler les principaux caractères de la chlorose.

Les chlorotiques ont, en général, la face pâle, décolorée, le teint blafard, la peau presque transparente, luisante, d'un jaune verdâtre, couleur de la cire vieillie. Parfois sur un fond blafard se plaquent des couleurs vives: il y a des chlorotiques qui ont les joues colorées: mais si vous considérez les joues à côté des plaques rouges, si vous examinez les tempes, les paupières, vous les trouvez toujours jaunâtres, comme bouffies.

Ce qui frappe chez ces malades, c'est un air langoureux, languissant; leur visage n'offre pas la moindre animation, il ne respire que la tristesse; tout mouvement leur répugne; si parfois elles sont capables d'un grand effort, il leur est impossible de soutenir cet effort un peu longtemps. Les mêmes observations peuvent s'appliquer à l'activité intellectuelle; elles auront les idées justes, rapides, mais leur mémoire est paresseuse et vous n'arriverez pas à fixer leur attention longtemps sur un sujet déterminé.

Souvent elles se plaignent de douleurs, de céphalée, de névralgies diverses, qui avaient déjà été signalées par Valleix. Tantôt ce sont des névralgies faciales, des névralgies intercostales ou cervico-brachiales; d'autres ont des douleurs musculaires; chez

quelques-unes enfin vous trouverez de l'analgésie, sans qu'elles soient pour cela hystériques. Les vertiges, les étourdissements sont fréquemment signalés; tout bruit est pénible, fatiguant, aussi voit-on souvent les chlorotiques rechercher l'isolement.

Mais ce qui domine chez elles, c'est l'anhélation, la gêne respiratoire qui résulte de tout effort et de tout mouvement prolongé. Leur sang pauvre en globules ne peut dans ces cas emporter assez d'oxygène pour suffire aux combustions que nécessite l'effort.

Les malades se plaignent très fréquemment de palpitations. tantôt il n'y a pas de modification dans les mouvements du cœur; mais comme chez les hystériques la paroi thoracique, d'ordinaire insensible, perçoit douloureusement l'impression cardiaque; d'autres fois il y a une exagération dans le nombre et la force des battements; il existe une véritable tachycardie qui peut être excessive.

Ces palpitations ont une importance séméiologique considérable, non pas qu'aujourd'hui on ne les distingue assez facilement des palpitations qui dépendent des affections cardiaques, mais autrefois la confusion a souvent été faite. Corvisart constatant la violence de l'impulsion cardiaque chez ces malades les avait considérées comme atteinte d'hypertrophie du cœur: de là le traitement par le repos, les vésicatoires, les saignées. Le repos soulageait bien momentanément, la saignée atténuait certains symptômes, mais bientôt une nouvelle aggravation survenait. Broussais rattachant tous les troubles à une gastrite chronique pratiquait aussi des émissions sanguines locales, aussi n'est-il pas étonnant qu'à cette époque on ait vu le nombre des chloroses se multiplier; c'était alors une maladie presque endémique; aujourd'hui elle est beaucoup plus rare.

Les troubles dyspeptiques tiennent une place considérable dans la symptomatologie de la chlorose; les malades ont du dégoût pour les aliments, surtout pour la viande, les digestions sont pénibles; souvent, comme l'a remarqué M. Hayem, il existe de la dilatation gastrique. Parfois comme toutes les malades nerveuses, les chlorotiques ont des bizarreries d'appétit, elles mangent les choses les plus étranges; quelques-unes ont de la boulimie, mais leur digestion se fait très mal, et la quantité d'aliments qu'elles absorbent ne leur profite pas. Les gastralgies sont fréquentes chez elles et parfois très intenses; quelques-unes ont des vomissements et c'est là une complication fâcheuse qui aggrave notablement leur état. De tous les troubles digestifs, le plus constant est la constipation; toutes les chlorotiques sont constipées et cela non parce qu'elles prennent du fer, mais par le fait même de leur maladie.

Les urines sont en général pâles, décolorées comme les urines de toutes les anémiques; souvent la quantité est abondante, les

chlorotiques sont tourmentées par la soif et boivent beaucoup. Les règles sont diminuées, irrégulières, parfois supprimées pendant plusieurs mois, plus rarement on observe des ménorrhagies, circonstance toujours fâcheuse qui entretient la maladie, et fait perdre à l'époque des règles dans l'espace de quelques jours tout le bénéfice péniblement acquis par le traitement pendant la période intercataméniale.

Tous les phénomènes dont nous venons de parler s'observent généralement à un degré plus ou moins marqué dans la chlorose ; tantôt telle ou telle catégorie de symptômes prédomine, et suivant la prédominance des troubles dyspeptiques ou des troubles cardiaques, certains auteurs ont cru pouvoir distinguer des formes diverses ; cette distinction me semble inutile et je ne crois pas devoir m'y arrêter.

Si la chlorose masque parfois d'autres maladies, il existe aussi des chlorotiques qui cachent leur chlorose ; ce n'est que par un examen des plus minutieux des signes physiques qu'on parvient à la déceler. Vous trouverez des chlorotiques à face rubiconde, ayant l'œil vif, présentant une agitation continuelle, se plaignant d'insomnies, de maux de tête, ayant, en somme, toutes les apparences de la pléthore ; autrefois on saignait ces malades ; Bouillaud est le premier qui, constatant chez elles des souffles qu'il attribuait à l'appauvrissement du sang, en fit des chlorotiques, tout en pensant que, chez ces malades, la masse totale du sang était exagérée, ce qui était une erreur. (*A suivre.*)

Traitement du goître exophtalmique, par le professeur JACCORD.—Le traitement comporte tout d'abord diverses indications fondées sur l'étiologie. L'une des plus importantes est celle où il existe une anémie certaine. Les ferrugineux sont, dans ce cas, très utiles. Mais, lorsqu'il n'y a point d'anémie, leur effet est, au contraire, nuisible et leur emploi ne fait qu'aggraver les symptômes. Leur indication doit donc être soigneusement pesée. Au début du goître exophtalmique on doit également se préoccuper des troubles si fréquents de la menstruation. Ces troubles peuvent fournir des indications accessoires utiles. Mais, à une période avancée, ils sont d'ordinaire plutôt le résultat que la cause de la maladie.

La thérapeutique fondamentale du goître exophtalmique comprend avant tout deux ordres de moyens : l'hydrothérapie et l'électricité. L'hydrothérapie doit toujours débiter par des douches tièdes et même un peu chaudes. Les douches froides données d'emblée aggraveraient souvent les phénomènes cardiaques, à un tel point que le malade renoncerait bien vite au traitement. Ce n'est que par une lente accoutumance qu'on peut, au bout d'un temps plus ou moins long, arriver à l'emploi de l'eau froide. La durée de la douche sera de même augmentée

progressivement; elle ne sera au début que de 25 à 30 secondes et même moins encore. Enfin, les douches seront quotidiennes. On a proposé parfois des douches bi-quotidiennes, mais leur emploi amène bien vite une fatigue extrême.

L'électricité dans le traitement du goître exophtalmique a été employée sous diverses formes. L'une des meilleures est l'électrisation bi-latérale du cou par des courants continus ascendants. Cette électrisation est faite tous les jours. L'intensité du courant doit être faible et 8 à 10 éléments sont suffisants. M. Charcot a également recommandé l'emploi combiné de la galvanisation de la région précordiale et de la faradisation du cou.

Comme médicaments, voici le traitement qui m'a paru le plus efficace au début. Ce traitement consiste dans la prescription simultanée de l'acide arsénieux, du bromure de potassium, du régime lacté. L'arsenic est donné aux repas à la dose de 4 milligrammes en deux fois. Cette dose est portée lentement, et avec des interruptions, à 6 milligr. et plus rarement à 8 milligr. Le bromure de potassium est donné à dose de 2 gr., puis de 4 gr. par jour. Cette dose est prise en deux fois, le matin et l'après-midi, par exemple, dans l'intervalle des repas. Le régime lacté est partiel dans les formes légères; dans les formes graves le régime intégral est un des plus puissants moyens de soulagement. Ce traitement doit être continué avec patience pendant des semaines et des mois. Il soulage le plus souvent, mais les guérisons complètes et définitives sont bien rares.

Bien d'autres médicaments ont été proposés. Friedreich recommande l'emploi longtemps prolongé du sulfate de quinine à doses de 50 centigr. à 80 centigr. par jour. C'est là un traitement fatigant, pénible, et qui m'a donné peu de résultats. Bacelli recommande le bromure de camphre (1 gr. 50 par jour); M. Sée, la teinture de veratrum viride (10 à 20 gouttes par jour données en trois fois). Quant à l'iodure de potassium ou à l'iode qu'on pourrait être tenté de donner en raison du goître, rappelez-vous bien qu'il n'est pas de médicaments plus nuisibles et plus mal tolérés.

Un autre traitement fort délicat, tantôt très utile, tantôt très nuisible, sans qu'on puisse en prévoir à l'avance les résultats, est l'application de glace sur la région précordiale et le cou. N'employez ce traitement que lorsque vous pourrez surveiller le malade de très près. Vos visites, en ce cas, doivent être faites au moins deux fois par jour. Ce traitement peut, en effet, augmenter beaucoup les troubles circulatoires au lieu de les régulariser. Il peut aussi, et c'est là le plus grand danger, déterminer l'inflammation et le sphacèle de la peau mince, distendue qui recouvre le corps thyroïde. Son emploi, qui a parfois donné un très grand soulagement, doit donc être surveillé avec grand soin.—*Gazette des hôpitaux.*

Entéroptose et rein flottant, (1).—Le meilleur mode d'examen est la palpation abdominale bimanuelle. Quoiqu'il considère le rein mobile comme une conséquence secondaire du relâchement abdominal, Landau signale ce fait que le rein mobile est par lui-même une cause de troubles notables: c'est ainsi qu'il amène une hydronéphrose, intermittente d'abord et, plus tard définitive. Dans l'entéroptose on rencontre des troubles sérieux, d'origine mécanique et dus au tiraillement, surtout lorsque l'intestin est fixé à la paroi abdominale postérieure. Ces adhérences se rencontrent au coude duodéno-inguinal, et au coude duodéno-horizontale, à son embouchure dans l'estomac. Les autres points d'adhérence sont le coude terminal et le coude du côlon gauche.

Pour le traitement, Landau est parfaitement d'accord avec Ewald et Glénard; il conseille le massage et la ceinture hypogastrique. La pelote rénale ne fait qu'aggraver les symptômes.

Le professeur HÉNOCH, pour démontrer combien sont faciles en pareil cas les erreurs du diagnostic, cite le cas d'un jeune médecin qui diagnostiqua un rein mobile sur une fillette de 8 ans; Hénoch reconnut l'existence d'un hématome du méso-rectum.

GUTTMANN pense que les chiffres d'Ewald sont exagérés. Le déplacement du rein est facile à constater quand on peut le tenir entre ses doigts, par exemple à la suite d'un effort. Dans les autres cas, c'est un diagnostic très difficile et sujet à une foule de causes d'erreurs. A l'autopsie, on ne le rencontre pas très fréquemment. Il est très douteux que, par la percussion, on puisse reconnaître l'absence du rein à la place qu'il devrait occuper. Quant au rapport entre l'entéroptose et le rein mobile, on ne peut le considérer comme absolu, puisque, tandis que ce dernier est plutôt rare, la première au contraire est relativement fréquente.

On voit que, malgré le succès qu'elle a obtenu, l'ingénieuse théorie de Glénard n'est pas universellement acceptée, et qu'en somme cette question n'a pas dit son dernier mot.

Le traitement n'a pas subi des variations moindres.

Ceux qui, comme Lancereaux, attribuaient une grande importance aux troubles menstruels, aux inflammations de l'ovaire et de l'utérus, dirigeaient naturellement leurs efforts contre ces maladies.

Tous, naturellement, essayaient de s'opposer à la mobilité du rein; mais la plupart reconnurent que les diverses pelotes proposées étaient peu utiles et difficilement supportées par des malades presque toujours nerveuses. Lancereaux déclare y avoir renoncé et se contenter d'une ceinture hypogastrique qui immobilise les organes du bassin, pendant qu'une large bande de toile ou de flanelle roulée plusieurs fois autour des reins agit de même sur les organes de la région supérieure de l'abdomen. Il calme les crises

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

douloureuses par les injections de morphine, et, admettant, comme nous l'avons vu, l'origine nerveuse de la maladie, il administre pendant longtemps le bromure de potassium et l'hydrothérapie.

La théorie de Glénard vient modifier et simplifier le traitement. On ne s'occupe plus guère que de l'entéroptose, origine du déplacement et on prescrit le massage, pour aider à la circulation des matières et la ceinture hypogastrique comme moyen de contention.

La pelote rénale, dit Landau, ne fait qu'aggraver les symptômes.

Mais avec l'avènement de la chirurgie antiseptique, qui permet toutes les audaces, il fallait s'attendre à voir le traitement entrer dans la voie chirurgicale.

C'est, en effet, ce qui est arrivé.

Dès 1869, Simon (d'Heidelberg) proposait la néphrectomie. Mais cette opération n'est pas sans quelque danger et de plus, elle a l'inconvénient de priver la malade d'un de ses reins. L'autre vient-il à être atteint de quelque affection, il n'a plus de suppléant. Aussi, M. Le Fort en 1880, à l'Académie de médecine, condamnait-il absolument toute intervention de ce genre.

Mais en 1881, Hahn substituait à la néphrectomie la néphrorraphie, qui obtenait tout de suite de grands succès. Duret (de Lille), Guyon, Segond l'ont pratiquée en France et en ont obtenu d'excellents résultats.

Segond, dans une clinique publiée par nous dans le journal, en donne les indications et contre-indications suivantes :

" 1o Chez un grand nombre de malades, la flottance du rein ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux peu notable. Les malades se font confectionner une ceinture pour maintenir cette tumeur qui ballote dans l'abdomen, et c'est tout. C'est la variété la plus fréquente, et il est évident qu'en pareil cas il ne faut pas intervenir.

" 2o Dans une seconde série de faits, il y a des phénomènes très douloureux. Et encore faut-il distinguer deux catégories de malades :

" Chez les uns, il y a des phénomènes douloureux, mais qui n'ont rien d'absolument insupportable : ils sont surtout un obstacle à la profession.

" Mais chez d'autres, il y a des douleurs absolument atroces lorsque le rein se déplace.

" Il est bien certain que, dans cette seconde série de malades, on est parfaitement autorisé à opérer."

Cette manière de voir nous paraît absolument rationnelle, et le rein mobile nécessitera, suivant les cas, soit le traitement médical, soit le traitement chirurgical. Quant aux détails relatifs au manuel opératoire, nous renverrons nos lecteurs à la clinique de Segond que nous venons de signaler.—*France médicale.*

Etat du cœur dans l'anémie, par Henry HANDFORD :

1o. L'anémie est fréquemment une cause suffisante de dégénérescence graisseuse du cœur, de dilatation de ses cavités.

20. Dans certaine classe définie d'anémies, y compris la chlorose, la dilatation cardiaque est un état constant et important qui demande absolument à être plus souvent reconnu et traité.

30. Dans ces cas, c'est souvent le côté droit qui est principalement affecté.

40. Dans certaines formes d'anémie existent des souffles cardiaques, dans d'autres ceux-ci manquent ; de même le cœur est élargi et dilaté dans certaines formes et ne l'est pas dans d'autres. Plusieurs conditions peuvent contribuer à dilater le cœur. Il existe plusieurs souffles différents dans l'anémie qui peuvent tous être présents, tous manquer ou se trouver en partie dans un cas donné. De là les divergences d'opinions.

50. Le souffle systolique pulmonaire n'est pas dû à un changement dans la constitution du sang.

60. La caractéristique consiste dans ce que tout en étant susceptible d'être entendu partout, il a son maximum d'intensité dans les 3e et surtout 2e espaces gauches, près du sternum ; dans ce qu'il devient toujours beaucoup moins fort et qu'il disparaît souvent absolument dans la position droite.

70. Le souffle pulmonaire systolique est dû à la pression sur l'artère pulmonaire d'un cœur élargi, flasque et dilaté.

80. Le souffle pulmonaire, alors même qu'il serait très intense dans les autres régions pendant le décubitus, peut être facilement, par cette épreuve de la position, distingué des véritables souffles d'insuffisances dues au relâchement des muscles cardiaques, à la dilatation de ses orifices, aux lésions valvulaires.

90. Lorsqu'il existe dans l'anémie des souffles sur tous les foyers qui ne sont pas dus à des lésions permanentes, ils disparaissent dans un ordre défini pendant la convalescence, d'abord le tricuspide, puis le mitral, puis l'aortique, et enfin le pulmonaire.

100. Il est probable que dans quelques dilatations cardiaques, d'origine anémique, celles-ci peuvent conduire à une affection permanente du cœur.—*Lyon médical.*

Des moyens de favoriser l'expulsion des calculs hépatiques, par Georges HARLEY.—Quand un calcul est enchatonné dans un conduit biliaire, on peut dire qu'il a déjà parcouru une partie de son chemin et qu'on doit seulement chercher à favoriser la dilatation du canal. Si le calcul n'est pas volumineux et si les symptômes ne sont pas graves, on peut arriver à ce but à l'aide de la teinture de belladone et en plaçant le malade dans un bain chaud ; pendant la crise on fera respirer les vapeurs d'un mélange composé de :

Alcool.....	4 grammes.
Chloroforme.....	8 grammes.
Ether sulfurique.....	12 grammes.

On pourra en outre administrer un vomitif ou un purgatif, de façon que les efforts de vomissement ou ceux causés par la purga-

tion hâtent l'expulsion du calcul. Bien que les opiacés soient contre-indiqués dans la majorité des affections du foie, on doit faire une exception en leur faveur pour les cas de calculs enchatonnés et, dans tous les cas où la douleur revêt un caractère angoissant, l'injection de morphine au niveau du creux épigastrique s'impose. Mais il ne faut jamais négliger d'administrer de la belladone. Lorsqu'on l'associe à l'opium, il faut en répéter les doses toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu les effets physiologiques de ces deux médicaments.

Il est inutile d'ajouter que la belladone peut être également employée utilement sous forme de liniment, d'emplâtre et de suppositoire. On pourra également faire de douces frictions avec la main chaude, de droite à gauche et non de gauche à droite, ainsi que de légères pressions de haut en bas, dirigées de la vésicule biliaire vers l'ombilic. Pendant tout ce temps, on permettra au malade de boire de l'eau alcaline chaude, par exemple une cuillerée à café de bicarbonate de soude dans un verre d'eau pure ou de lait coupé d'eau. On ne saurait trop donner de cette boisson alcaline, car elle calme mieux que toute autre : d'abord elle calme l'irritabilité de l'estomac, puis elle facilite le vomissement, enfin elle favorise la sécrétion de la bile dont le flux abondant aide à la progression du calcul. On ne négligera jamais d'administrer un purgatif, énergique, du mercure associé à un alcalin. Harley conseille le suivant :

Mercure à la craie..... 0,40 centigrammes.

Poudre de rhubarbe.... 0,20 centigrammes.

Magnésie..... 1 gr. 50 centigr.

Harley, en outre, a imaginé un procédé pour provoquer l'expulsion des calculs dont le volume ne dépasse pas celui d'une noisette, procédé qui consiste dans des manipulations digitales pratiquées à travers la paroi abdominale ; il cite en particulier un cas assez grave pour que l'on ait cru la mort imminente et où il pût provoquer l'expulsion par l'intestin après avoir pétri la vésicule distendue pendant dix à douze minutes ; chez un autre malade soumis au même traitement pendant plus de deux ans, il obtint l'expulsion de plus de 200 calculs. Bien d'autres faits du même genre pourraient être cités. Voici comment il faut procéder.

Lorsque la vésicule est distendue, son fond vient s'appliquer directement contre la paroi abdominale ; il est donc très facile d'exercer une pression sur le fond à l'aide de l'extrémité des doigts appliquée sur le téguments, et, comme cela aurait lieu pour une poire en caoutchouc, la compression ainsi exercée suffira à chasser le contenu de l'organe dans les canaux biliaires, et de là dans l'intestin. Ces manœuvres de massage doivent souvent être répétées tous les jours pendant dix à douze minutes, et, cela pendant des mois dans certaines circonstances.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

LA PÉRIODE DE CONNAISSANCE SES VARIÉTÉS;

PAR LOUIS LEWIS, M.D., M.R.C.S.

Traduction de CH. V. MARSIL, M.D., Saint-Eustache, P. Q.

	CAUSES	SYMPTOMES	TRAITEMENT
<p>Apoplexie.</p> <p>Effusion de sang ou de sérum dans la cavité crânienne.</p>	<p>Prédisposantes: Héritéité, embonpoint, sénilité; maladies valvulaires, mal de Bright.</p> <p>Déterminantes: Compression du cerveau; excès dans le boire; congestion cérébrale; bain froid après repas copieux; surmenage; efforts musculaires extrêmes; suppression des règles.</p>	<p>Pupilles dilatées, (en danger: contractées); figure vultueuse, dents serrées; pouls lent, plein; paroles incohérentes; respiration stertoreuse (ordinairement); épistaxis; paralysie partielle de la face, du corps, du palais, des sphincters; température élevée, peut présenter une odeur d'algue cool.</p>	<p>Position horizontale; tête élevée; bouteilles chaudes aux pieds; sinapismes aux jambes; liniments de torébenaline; sangsues à l'anus, aux tempes ou aux narines; ventouses sèches à la nuque; huile de croton, (m ij dans du mucilage); enlaine; teinture d'aconit ou de veratrum viride (m v); ergotine, (gr. ʒ) hypodermiquement; saignée quand le pouls est bondissant.</p>
<p>Asphyxie.</p> <p>Suspension des fonctions vitales par une hémorragie imparfaite.</p>	<p>L'air des égouts, l'acide carbonique des mines ou autres gaz nocifs, submersion, pendaison, foudre, obstruction des voies respiratoires, empoisonnement par le chloroforme, compression mécanique de la poitrine ou la moelle épinière, collapsus pulmonaire, tétanos, embolie, épanchement pleurétique, froid extrême.</p> <p>Chez l'enfant, spasme et cedème de la glotte, diphtérie.</p>	<p>Pupilles dilatées, yeux proéminents et injectés; défaillance; vertige, lividité de la face, cyanose des lèvres; mucus mousseux; peau visqueuse; respiration pénible ou imperceptible; perte du mouvement et de la sensibilité; pouls tremblotant; poings serrés, froid s'étendant vers la partie supérieure du tronc; température basse.</p>	<p>Position horizontale, tête élevée, (excepté dans l'embolie); affusions froides, frictions sur la partie supérieure du tronc, pression rythmée sur l'abdomen; respiration artificielle; sinapismes sur la région précordiale; aux malléoles; ammoniac et whiskey hypodermiquement; galvanisme; ablation des obstructions des voies respiratoires; pension renversée, spécialement dans l'empoisonnement par le chloroforme; trachéotomie; saignée, transfusion.</p> <p>Dans l'asphyxie des nouveau-nés, frapper avec un linge mouillé, eau chaude et froide alternative-ment, respiration artificielle; galvanisme; cathétérisme de la trachée, laryngo-trachéotomie. Non-intervention avec le cordon jusqu'à ce qu'il ait cessé de battre.</p>

<p>Collapse.</p> <p>Choc subit sur le système nerveux.</p>	<p>Blessures ou général, blessures par armes à feu; brûlures; rupture des organes internes; hémorrhagie; érection; froid excessif; grande extravasation urinaire.</p>	<p>Pupilles dilatées; traits contractés, pâleur, peau visqueuse; vision affaiblie; respiration anspiroïque; pouls faible; hoquet; nausées, vomissements; convulsions, perte de connaissance complète ou partielle; naissance complète ou partielle; sphincters relâchés; température basse.</p>	<p>Position horizontale, tête plutôt basse; bouteilles chaudes aux pieds et aux jambes, chaleur à l'épigastre; frictions; nitro-glycérine (gr. 1/100); inhalation d'ammoniaque; thé de beuf et brandy; galvanisme; éther (Zij); ou quinine (gr. vi); ou morphine et atropine ou teinture de digitale (m zij) hypodermiquement.</p>
<p>Coma.</p> <p>Perte de connaissance complète accompagnée de désordres de la respiration et de la circulation.</p>	<p>Prédisposantes: Albuminurie, diabète. Déterminantes: Apoplexie, épilepsie, typhéris, paralysie, arétrie, typhus, icthère, blessure ou maladie du cerveau ou du crâne, érysipèle rétro-cédaut, empoisonnement par opium, alcool, acide prussique, emboite ou thrombose, inhalations nocives, chloroforme. Chez les enfants, scarlatine.</p>	<p>Pupilles dilatées (excepté dans le danger extrême ou l'empoisonnement par l'opium); perte du mouvement, de la sensibilité, de la perception; flaccidité des membres, décolorés; paralysie plus ou moins générale; sphincters relâchés.</p>	<p>Position horizontale, la tête élevée; affusions froides; sinapismes; lavement stimulant; pompe à estomac (si empoisonnement soupçonné); respiration artificielle; galvanisme, chaleur aux extrémités; cathétérisme; vésicatoires volants; saignée; huile de croton (m ij dans du mucilage). Dans l'appréhension d'une hémorrhagie intracrânienne avec paralysie d'un côté, opération exploratrice de l'autre côté du crâne. Dans l'empoisonnement par l'opium, café fort, flagellation, respiration artificielle.</p>
<p>Compression.</p> <p>Irritation cérébrale avec ou sans pression externe.</p>	<p>Pression sur le cerveau par fragments d'os, balle, sang, tumeurs, pus ou sérum, résultant de chutes, coups, blessures par armes à feu ou autres blessures causant l'inflammation intra-cranienne.</p>	<p>Une ou les deux pupilles contractées d'abord, ensuites très dilatées; yeux fixes et insensibles; membres flaccides; insensibilité complète; respiration stertoreuse; pouls lent et plein; peau chaude et moite; sphincters relâchés; paralysie d'un côté de la face ou du corps; sang on sérum par le nez, les oreilles ou la bouche indiquant blessure de la base du crâne.</p>	<p>Position horizontale, la tête élevée, glace sur la tête nue; lavement de térébenthine; huile de croton (m ij dans le mucilage); cathétérisme; trépanation, aspiration, perforation si abcès est diagnostiqué; ablation de tumeurs ou autres agents de compression. Chez les enfants, abstention s'il n'y a pas de symptômes du côté du cerveau.</p>

CAUSES	SYMPTOMES	TRAITEMENT
<p>Commotion.</p> <p>Ebranlement soudain du cerveau ou de la moëlle troublant leur circulation.</p>	<p>Pupilles dilatées ; pâleur, refroidissement ; engourdissement de la face ; pouls faible ; respiration superficielle ; surdité ; perte du mouvement ; accès épileptiformes ; sphincters relâchés ; température basse. Les Symptômes suivent immédiatement l'accident.</p> <p>Dans la commotion de la moëlle épinière, hoquet (si le nerf phrénique est irrité) ; dyspnée (si le nerf vague est irrité) ; vomissements ; paralysies des sphincters ; quelquefois paralysie d'un bras ou des deux, ou paraplégie.</p>	<p>Position horizontale, la tête élevée ; couvertes chaudes, bottelles chaudes aux pieds, jambes, côtés ; frictions, vésicatoires à la nuque ; glace à la tête ; saignée ; mercure (lavement) ; thé de boeuf et brandy ; lavement de sels volatils en solution.</p> <p>Dans les cas prolongés, séton à la nuque.</p> <p>Dans la commotion de la moëlle, position inclinée ; contre-irritation sur la moëlle, glace, ventouses sèches, chloral, bromuro de potasse.</p>
<p>Prédisposantes : hérédité, scrofule, tumeurs syphilitiques du cerveau, malformation crânienne.</p> <p>Excitantes : Coups sur la tête ; pression intra-crânienne ; maladie du cerveau, polypes, suppuration de l'oreille, tumeur, vers intestinaux ; disparition d'une éruption ; excès de table, insolation, excitation extrême, froid, fièvres, valse prolongée.</p> <p>Chez l'enfant, dentition, phthisis, vers, chutes, rachitisme.</p>	<p>Pupilles dilatées et oscillantes, rotation des yeux, conjonctive insensibilisable ; figure grimée ; perte de conscience ; tête tournée de côté ; langue mordue ; mucois mousseux ; pression à l'épigastre ; sensation de faiblesse dans les membres ; violentes secousses musculaires ; pouls bondissant ; vomissements aigus ; transpiration profuse ; extrémités froides.</p> <p>Dans les cas légers seulement ab-sence momentanée.</p> <p>Chez les enfants, les attaques ont lieu le plus souvent la nuit.</p>	<p>Position horizontale, tête élevée ; écarteur entre les dents ; sinapismes à la nuque et aux mollets ; ablation d'esquilles par le trépan ; compression des carotides ; nitrite d'amyle en inhalation ; nitroglycerine, antipyrine, bromures, ponction des abcès du cerveau.</p> <p>Dans les convulsions des enfants, bains chauds ; froid à la tête, glace sur la moëlle épinière, bromure d'ammonium (environ gr iiii toutes les 10 minutes).</p>
<p>Epilepsie.</p> <p>Perturbation nerveuse centrale ou périphérique.</p>		

<p>Hystérie.</p> <p>Perversion des fonctions nerveuses.</p>	<p>Irritation cérébrale par excitation extrême ; dérangements sexuels ; mécom-pause ; commotion de la moëlle épinière ; puberté précoce ; dépression complète ; troubles digestifs.</p>	<p>Position horizontale ; pression abdominale ; compression des aires ; nitrite d'amyle ou chloroforme en inhalation ; teinture de musc, valériane.</p>
<p>Ivresse.</p> <p>Empoisonnement des centres nerveux par l'alcool.</p>	<p>Pupilles dilatées, suite de l'abaissement de la sensibilité de la pupille ; figure vulgaire (ordinairement) ; pouls mou et rapide ; peau froide ; paralysie tendue ; miction involontaire ; odeur de liqueur ; température basse.</p>	<p>Position horizontale, la tête élevée ; affusions froides ; émétique de zinc ou de moutarde ; pompe à estomac ; lavement de sel ou de térébenthine ; café fort ; vinaigre, solution d'acétate d'ammoniaque ; pilocarpine, gr. $\frac{1}{2}$; ou strychnine gr. $\frac{1}{30}$; ou caféine gr. $\frac{1}{2}$ hypodermiquement.</p>
<p>Syncope.</p> <p>Manque de sang au cerveau par faiblesse du cœur.</p>	<p>Pupilles dilatées, transpiration viscérale froide, nausée, respiration superficielle presque imperceptible, insensibilité partielle ou totale, attaque subite de courte durée ; extrémités froides, membres flasques, vomissements.</p> <p>Dans la syncope hystérique, pouls normal.</p>	<p>Position horizontale, la tête basse ; affusions froides, lavement stimulant ; frictions, inhalation d'ammoniaque ; sinapième, embrocation de térébenthine sur la région précordiale, nitro-glycérine gr. $\frac{1}{100}$; galvanisme, teinture de sumbul (m v) ; hydrobromure de quinine gr. iv dans de l'eau chaude hypodermiquement ; respiration artificielle. Dans les cas extrêmes, la trépanation,</p>

	CAUSES	SYMPTOMES	TRAITEMENT
<p>Insolation.</p> <p>Epuisement nerveux par hyperpyrexie.</p>	<p>Chaleur solaire directe; chaleur diffuse jointe à la fatigue, faim, intempérance.</p>	<p>Pupilles contractées, yeux congestionnés, vertige, nausée, respiration précipitée (quelquefois stertoreuse); arrêt de la transpiration, peau chaude, incontinence fréquente, pouls rapide, souvent pleuré, température élevée.</p>	<p>Position horizontale, la tête élevée; affusions froides (excepté quand la peau est froide); glaces sur la tête, la moelle épinière et dans le rectum; boire froid, bains froids; lavements de térébenthine; ventouses sèches ou vésicatoires à la nuque, chloroforme, lavement de bromure d'ammonium (gr. xx); antipyrine (5 j), quinine (gr. vj), hypodermique-ment; nitro-glycerine (gr. 1/100) à toutes les dix minutes; digitale.</p>
<p>Urémie.</p> <p>Empoisonnement du sang par les constituents de l'urine.</p>	<p>Accumulation d'urée, d'ammoniaque ou autres substances azotées dans le sang par dérangement ou maladie des reins; scarlatine, albuminurie; calculs vésicaux; strictures infranchissables; extravasation ou suppression d'urine.</p>	<p>Pupilles dilatées; amaurose; transpiration; haleine urineuse ou ammoniacale; dyspnée; mal de tête; ascite, délire, convulsions épileptiformes, vomissements; température basse.</p>	<p>Position horizontale, la tête élevée; froid à la tête; sinapismes sur les lombes; bains de vapeur; diaphorétiques et purgatifs; couvertes chaudes, saignée; cathétérisme; chloroforme, jaborandi, nitro-glycerine, strophantus, élatérium, inhalation d'oxygène; cataplasmes de feuilles de digitale sur l'abdomen; transfusion.</p>

CHIRURGIE.

Des incisions du parenchymé rénal (1.) Desnos, assisté cependant par mon très distingué collègue Brun, a fait pour les mêmes raisons la néphrectomie; mais le malade avait perdu beaucoup de sang: il succomba 13 heures après l'opération.

C'en est assez pour prouver la gravité de ces hémorrhagies. N'ayant rien à espérer, ni du fer rouge, ni de la ligature, il fallait chercher un autre moyen; c'est à la physiologie que nous nous sommes adressés. J'avais vu, au cours des expériences qui précèdent, l'hémorrhagie céder à la *simple compression* de la plaie; cette hémostase spontanée m'avait d'abord surpris. Je savais que l'hémostase est en général facile chez les animaux, il est rare qu'ils meurent d'hémorrhagie; mais il y a loin de là à la facilité de l'arrêt du sang après les sections rénales. Il suffit d'une compression modérée continuée pendant trois ou quatre minutes pour mettre à sec la surface cruentée qui était le siège d'une *véritable pluie d'orage*, à moins qu'il n'y ait eu de très gros vaisseaux sectionnés au voisinage du hile. Je pensais que peut-être cette facile hémostase était due aux réseaux capillaires anastomotiques, entre les artères et les veines, réseaux qui permettent si facilement le passage du sang dans le rein et diminuent d'autant la pression artérielle. Quelle qu'en soit l'explication, je résolus d'appliquer ce fait de physiologie pathologique à la chirurgie, et puisque la *simple compression faible et continue du rein* suffisait à l'hémostase, je l'applique sur la plaie, puis je pensai à pratiquer la des deux valves du rein l'une à l'autre; la pression réciproque des deux surfaces incisées suffirait à leur hémostasie réciproque. Cette suture me paraissait d'autant plus inoffensive que je savais par expérience la tolérance de l'organe pour les corps étrangers aseptiques. Le résultat fut conforme à la logique, et je fus assez heureux, après avoir étudié le nombre, la forme, le degré de constriction des sutures, pour voir les hémorrhagies s'arrêter, le rein se réunir par première intention, et les fistules à la suite de ces incisions ne plus se produire. Il suffisait pour cela d'avoir une section suivant le bord convexe du rein, des surfaces aseptiques, de passer 4 à 6 fils de gros catgut en plein parenchyme, de serrer modérément les fils pour ne point couper le tissu du rein. L'hémorrhagie par le bassin était peu marquée. Au bout d'une douzaine de jours, fils et traces de la section avaient disparu. Ces faits bien établis expérimentalement, je ne demandais qu'à les transporter à la chirurgie. L'occasion ne se fit pas attendre.

(1) Suite. Voir la livraison de janvier.

J'avais pu déjà, dans une opération pratiquée avec mon collègue Poirier, suturer avec succès une cavité anfractueuse du rein et du bassinnet contenant des calculs; malheureusement, la malade succomba d'intoxication iodoformée.

J'avais également assisté M. le Dentu dans une opération semblable où il me permit de serrer moi-même les fils de suture: la réunion fut parfaite. Au mois de novembre dernier, je pris le service de Necker et j'eus l'occasion d'appliquer trois fois avec un plein succès la réunion par première intention du parenchyme rénal. Le premier cas a trait à une jeune femme de vingt ans, que j'opérai à Necker, le 2 octobre dernier. Elle présentait des signes de pyonéphrose intermittente, c'est-à-dire que son rein droit devenait, par intervalles, volumineux, douloureux; la température s'élevait à 39° ou 40° et les urines étaient d'une limpidité parfaite; puis après quelques jours, tout à coup une débâcle de pus apparaissait, en même temps les accidents fébriles tombaient, le rein paraissait diminuer de volume et les douleurs disparaissaient. En présence de ces symptômes de véritable rétention purulente intra-rénale, je portai le diagnostic de pyonéphrose intermittente. L'état général de la malade devenait inquiétant et je me décidai à pratiquer une néphrotomie par voie lombaire. Ma surprise fut grande quand, l'incision faite, je trouvai une glande de consistance ferme, sans changement de volume ni de coloration; le bassinnet était bien un peu dilaté, mais non distendu. Je fis alors dans le rein plusieurs ponctions avec une aiguille à acupuncture sans aucun résultat. Comptant que peut-être le bassinnet s'était vidé, je résolus d'examiner l'intérieur du rein. Pour cela, je fis sur le bord convexe de l'organe une incision de quatre centimètres qui pénétra jusqu'au bassinnet. Il ne s'écoula aucun liquide purulent; l'écoulement sanguin fut assez notable, mais il cessa dès que je pus introduire l'index dans la plaie. Je fis ainsi l'exploration digitale des calices et de l'entrée de l'uretère; ils étaient normaux, et la suite de l'observation nous dira pourquoi.

Cette exploration étant bien complète, je fermai la plaie rénale par cinq points de suture au catgut qui traversèrent le parenchyme dans toute son épaisseur. Les parties molles furent suturées de même. La réunion se fit par première intention. Au septième jour, j'enlevai le pansement, la réunion était parfaite, il ne s'écoula jamais aucun liquide par la plaie. La suite de l'observation nous montra qu'il s'agissait d'une uréthrite. Les accidents de rétention purulente se reproduisirent, mais avec moins de gravité.

La seconde observation de suture et de réunion du rein est plus curieuse encore, car il s'agissait d'un rein malade. C'était un homme de quarante ans, tuberculeux, qui entra à l'hôpital le 26 septembre, avec tous les signes d'une forme de tuberculose du rein.

que les Anglais désignent avec raison sous le nom de rein scrofuleux. Son état général était très altéré, l'appareil génital était infiltré de tubercules et les poumons présentaient les signes d'une double lésion des sommets, peu accentuée, il est vrai; les urines ne contenaient que très peu de pus. Dans ces circonstances, je pratiquai une ponction aspiratrice du rein. Je retirai quelques cuillerées de pus. Je comptais en rester là, quand la fièvre rémittente qui minait ce malade et les douleurs qu'il ressentait, me semblèrent une indication suffisante pour donner une large issue au pus.

Je fis donc une incision lombaire: je tombai sur une poche purulente sous-rénale que j'évacuai. Au-dessus d'elle je découvris un rein du volume de deux poings, de couleur blanc jaunâtre, ferme et sans trace de fluctuation et sans bosselures. Je reconnus là les caractères d'un rein tuberculeux. L'état général du sujet et les lésions bacillaires concomitantes ne permettaient pas une néphrectomie. Je fis sur le bord convexe une longue incision de six centimètres, et je pénétrai ainsi jusqu'au bassin. L'hémorrhagie fut peu marquée, beaucoup moins que dans l'observation précédente. Je ne trouvai aucun foyer purulent ni dans le rein, ni dans le bassin; mais sur la tranche de section, je vis et je fis voir par mes assistants, Delagénère, Albaran, Janet, de gros noyaux jaunes ou blanc jaunâtre, résistants, sans trace de suppuration, présentant tous les caractères de la tuberculose. Malheureusement, ces foyers étaient multiples et disséminés, et on ne pouvait songer à un évidement de l'organe. D'autre part, laisser le rein ouvert était établir une porte à l'infection ou à l'établissement d'une fistule. Je fis la suture des deux valves du rein, je passai cinq points de catgut numéro 4 en pleine substance rénale saine ou tuberculeuse et je fermai exactement l'incision du parenchyme. Je gratiai la poche péri-rénale, je la bourrai de gaze iodoformée, et tout le reste de la plaie des parties molles fut exactement suturé. Toute la plaie, sauf le point drainé, se réunit par première intention.

Je dirai, pour ce qui nous concerne ici, que le foyer gratté suppura mais qu'il ne sortit jamais une goutte d'urine par la plaie. La direction vers le foyer sous-rénal du trajet nous permet d'affirmer que la plaie elle-même du rein ne parut subir aucune influence néfaste de sa structure tuberculeuse.

Ma troisième observation a été publiée à la Société de chirurgie et mon collègue et excellent ami Brun a fait à ce sujet un remarquable rapport.

Il s'agissait d'un malade atteint d'une fistule rénale urinaire et aseptique consécutive à une néphrotomie. Me basant sur mes expériences, je fis après libération du rein l'avivement intra-rénal de la fistule, avivement qui porta sur le parenchyme de l'organe. Le rein fut suturé et le malade guérit radicalement. Ces trois

exemples prouvent que la chirurgie peut bénéficier des résultats que l'expérimentation m'a donnés.

L'incision du rein sur son bord convexe est la voie la moins périlleuse pour arriver sur le bassinet dans les cas où le parenchyme est normal. Cette incision doit être faite franchement au bistouri. Elle s'accompagne d'une hémorragie dont la compression et la suture exacte des deux valves de la plaie du rein permettent de se rendre maître. L'asepsie rend facile la réunion par première intention et met ainsi à l'abri des fistules consécutives.—*Abeille médicale.*

De la trochantérite.—Le professeur LE FORT, à propos de trois malades atteints de *trochantérite*, appelle à nouveau l'attention des chirurgiens sur cette affection, qu'il faut distinguer avec soin de la coxalgie, dont elle présente quelques symptômes; en effet si on ne lui oppose que les moyens thérapeutiques employés d'ordinaire pour la coxalgie, la trochantérite continue sa marche envahissante et produit la coxalgie la plus grave, la coxalgie de forme osseuse.

Ce qui la distingue de la coxalgie, c'est qu'elle ne s'accompagne pas de douleurs articulaires, ni de raccourcissement, ni de suppression des mouvements. La douleur est limitée au grand trochanter et coïncide avec un développement anormal de cette apophyse, avec un œdème inflammatoire de la région, tandis que dans la coxalgie la douleur siège au niveau de l'articulation. Les mouvements articulaires sont possibles dans la trochantérite, tandis que dans la coxalgie ils deviennent impossibles par les douleurs qu'ils éveillent.

La trochantérite ou ostéite centrale du grand trochanter doit être également distinguée de la périostite trochantérienne, qui ne produit pas une tuméfaction aussi considérable des parties molles ni un élargissement aussi marqué du grand trochanter, et qui, de plus, ne persisterait pas aussi longtemps que la trochantérite sans amener d'abcès.

En résumé, il est facile d'établir le diagnostic de trochantérite à la condition d'examiner les malades avec soin. Le seul traitement efficace de la trochantérite consiste à ouvrir linéairement le grand trochanter sur sa face externe et à prolonger le débridement à l'aide de la trépanation jusqu'au centre du tissu osseux.—*Concours médical.*

Nouveau procédé de suture tendineuse, par Michel GANGOLPHE.—Parmi les difficultés que peut présenter la suture des tendons, il en est une qui s'observe assez fréquemment, comme peuvent en témoigner ceux qui ont fait ce genre d'opérations. Souvent, au moment où l'on serre la suture (qu'il s'agisse de fil de soie, de catgut et à fortiori de fils métalliques), le fils destiné à

réunir les deux bouts en dissociant les fibres, *coupe*, comme on le dit, et la réunion est acquise. On recommence alors la manœuvre, jusqu'à ce que l'on réussisse; mais un échec définitif partiel ou total est parfaitement possible.

C'est pour remédier à cet accident que j'ai cru utile de publier un petit procédé qui m'a donné récemment un excellent résultat. Les conditions défavorables à la suture sont tantôt la gracilité et la structure aplatie, fasciculaire des tendons, tantôt la rétraction considérable du bout central; quelquefois la puissance de la contraction musculaire fera sauter un point laborieusement placé; dans d'autres cas, enfin, la traumatisme lui-même aura non seulement coupé, mais encore effiloché le tendon sur une étendue plus ou moins grande. Exemple: les tendons extenseurs des doigts sectionnés se rétractant généralement moins fortement que ceux des fléchisseurs, il est plus facile de mettre leurs extrémités en rapport; mais à cause de leur forme aplatie, de leur structure plus nettement fibrillaire, les fils, surtout s'ils sont métalliques, les diminueront facilement.

Les tendons fléchisseurs arrondis et cylindriques, à texture plus serrée, résistent davantage; mais il est généralement nécessaire d'exercer une traction énergique, à cause de leur rétraction plus marquée, d'où possibilité de la production du même accident. Pratique-t-on la suture d'un tendon régi par un groupe musculaire puissant, le tendon d'Achille, par exemple; on peut voir sauter une réunion presque entièrement achevée, par suite d'une contraction brusque et involontaire du sujet complètement anesthésié.

Enfin, comme je l'ai dit plus haut, le tendon peut être coupé et effiloché par le traumatisme.

Un malade admis récemment dans mon service pour une plaie contuse du dos de la main produite par une bielle de machine à vapeur offrait un exemple type de ce genre de difficulté. La peau de toute la région dorsale de la main et du poignet, déchirée, rétractée sous forme de lambeaux enroulés, laissait à nu les tendons intacts, à l'exception de celui de l'extenseur propre de l'index qui était coupé et effiloché sur une longueur de 4 ou 5 centimètres. La plaie pansée antiseptiquement la veille fut de nouveau lavée et soigneusement désinfectée et débarrassée des débris de tissus cellulaires et de caillots. Anesthésie à l'éther; application de la bande d'Esmarch de manière à refouler vers la périphérie le bout central; ce dernier facilement est retrouvé, mais l'emploi de la suture ordinaire est impossible à cause de l'état de dilacération du bout périphérique; ce dernier n'aurait pas pu même être anastomosé à un tendon voisin: il est évident que l'on ne pouvait pas non plus songer à dédoubler le bout central, pour l'allonger. J'ai eu recours alors au procédé suivant: Une pince de Spencer-Wells saisit en les réunissant les fibrilles tendineuses du bout périphérique; de chaque côté de ce paquet, et à peu de distance de son extrémité,

je fais deux très petites encoches à l'aide de ciseau, de manière à établir comme des crans d'arrêts. J'applique ensuite en ce point une ligature serrée avec un fil de catgut : même manœuvre pour le bout central. Ceci fait, je suture à l'ordinaire mes deux bouts tendineux, en serrant aussi vigoureusement que je le veux et sans crainte de voir le fil glisser en dissociant, puisqu'il est arrêté et maintenu par mes deux ligatures circulaires préalables.

Cet artifice peut rendre à mon avis de très grands services, non seulement dans ces cas, mais encore dans des circonstances où la suture ordinaire peut être employée. En ce qui concerne le tendon d'Achille, par exemple, la ligature préalable d'une partie de ce tendon, tout en consolidant la suture, aurait pour avantage incontestable de la faciliter en maintenant absolument en contact les deux bouts jusqu'à ce que l'opération soit terminée.

Si l'on n'a pas à craindre la nécrose de la petite extrémité liée, on peut se demander si l'épaississement tendineux résultant de la ligature est sans inconvénient lorsqu'il s'agit de tendons, glissant comme les fléchisseurs dans des gaines souvent étroites.

Pourrait-on déterminer ainsi de véritables doigts à ressort ? Je ne le crois pas, car l'expérience journalière, en nous enseignant la disparition progressive par l'exercice d'adhérences, de néoplasies inflammatoires, nous permet de penser qu'il en serait de même pour les petits nodules produits par la suture précédée de ligatures au catgut.—*Lyon médical.*

Traitement du chancre simple, Par M. MOREL-LAVALLÉE.
—L'excision doit être employée très rarement. La cautérisation doit être profonde et faite avec un liquide: elle doit être aussi employée bien rarement, surtout dans les circonstances suivantes: quand le chancre est avancé comme développement, ou trop anfractueux, danger de réinoculation du voisinage, crainte de délabrements du fait de la cautérisation, situation du chancre dans une position trop apparente. Comme traitement usuel, l'auteur recommande: 1^o isolement du chancre; 2^o hygiène appropriée, générale et locale; éviter les pommades grasses et surtout les pommades mercurielles; 3^o applications de topiques modificateurs. Tartrate ferrico-potassique, à la dose de 10 p. 100 en pansements répétés 2 à 3 fois par jour. Iodoforme agent merveilleux, mais infidèle. Iodol, inférieur à l'iodoforme. Nitrate d'argent, en solution à 3 p. 100 (Fournier), guérit presque toujours, mais d'une façon un peu lente. Acide pyrogallique (Vidal). Acide salicylique, excellent remède, mais très inconstant d'effet. M. Fournier s'est bien trouvé de la combinaison suivante: pansements à la solution de nitrate d'argent pour la journée, à l'iodoforme la nuit. A l'exception de l'iodoforme, tous les topiques cités plus haut indurent le chancre. On ne devra donc les employer qu'autant que le diagnostic sera formellement assuré.—*Gazette des hôpitaux.*

Examen de l'urèthre, par le professeur GUYON—Pour être en mesure de faire utilement l'examen de l'urèthre malade, il faut connaître très exactement ce que peut donner cet examen à l'état physiologique.

Lorsqu'on explore un urèthre normal, cet examen doit porter sur trois points principaux : la sensibilité, l'extensibilité et les sécrétions.

Pour la sensibilité, l'explorateur à boule est l'instrument de choix, car il permet d'examiner ainsi un point très limité. On trouve alors deux modes de sensibilité : celle qui existe sur toute l'étendue de la muqueuse qui est obtuse et va rarement jusqu'à la cuisson ; et celle qui existe dans la portion membraneuse ; il y a là toujours une sensibilité très vive mais qui varie suivant les sujets. Elle est d'ailleurs limitée à un espace très restreint ; mais, il faut le savoir, cette sensibilité est tout à fait normale et elle peut même indiquer la région où l'on se trouve.

L'étude de la capacité de l'urèthre montre qu'il existe un peu d'étranglement à l'entrée et aussi à ce niveau un point douloureux. A l'entrée il existe souvent une atrésie véritable et on a coutume de dire que c'est le méat qui est rétréci ; mais le plus habituellement c'est un peu en arrière du méat qu'existe cette étroitesse et c'est là qu'il faut faire le débridement. Quant à la portion membraneuse elle ne résiste à l'état physiologique que si elle est très sensible et ce qui montre alors ce qui en est, c'est qu'on observe alors en même temps la résistance et la douleur. Cette coïncidence ne se voit pas ordinairement dans le rétrécissement vrai.

L'étude des sécrétions fournit encore des renseignements intéressants. On peut les observer en effet à l'état normal et, chez certains sujets, il suffit d'une très faible excitation pour les produire. Le plus souvent il se produit une sécrétion un peu filante que les malades considèrent comme du sperme. C'est la sécrétion des glandes bulbo-uréthrales qui arrive très facilement au méat. Mais il y a des sujets qui, même sans aucune excitation, présentent la même sécrétion. Ce sont des individus normaux mais qui cependant sont toujours des névropathes et arrivent très rapidement à l'état spermatorrhéiques imaginaires.

Cette sécrétion bulbo-uréthrale est à peu près la seule que l'on rencontre à l'état normal. Pourtant l'urèthre postérieur peut dans quelques cas fournir une sécrétion blanchâtre, opaque, qui est provoquée soit par le cathétérisme soit par la défécation ; il s'agit alors du liquide prostatique.

L'examen de la prostate nécessite l'emploi de plusieurs procédés ; l'exploration par l'urèthre donne les renseignements les plus certains ; c'est alors encore le même explorateur à boule qui doit être utilisé ; à l'état normal, on ne doit éprouver dans cette région aucune sensation particulière. Si l'on veut ensuite examiner plus loin et pénétrer dans la vessie, il faut alors prendre un cathéter

métallique à petite courbure ; on explore ainsi facilement le voisinage du col de la vessie.

Pour utiliser le toucher rectal, M. Guyon insiste depuis longtemps sur la nécessité d'employer les deux mains et d'examiner la malade non sur le côté, comme on le faisait autrefois, mais bien sur le dos. On doit procéder comme on le sait dans le toucher vaginal en appuyant une des mains sur l'abdomen. La prostate doit avant tout avoir une consistance régulière dans toutes ses parties quoique plus ou moins volumineuse. De plus, à l'état normal, elle est insensible à la pression ; mais il faut bien savoir que si la pression du doigt est exercée un peu plus bas elle peut provoquer de la sensibilité parce qu'alors c'est la portion membraneuse qui est en jeu. Il faut avoir cette notion bien présente à l'esprit pour ne pas commettre d'erreur.—*Abeille médicale.*

Nouvelle méthode d'amputation de la verge.—Le Dr FEDERICO RUBIO (de Madrid) a communiqué au Congrès international de Berlin sa méthode d'amputation de la verge.

Voici comment s'est exprimé notre éminent confrère :

Pour pouvoir tracer une incision circulaire, sans empiéter sur la partie qui doit être respectée, j'enveloppe la base de la verge d'une bandelette serrée de flanelle. En même temps, cette constriction par la bandelette assure une telle hémostase, qu'on peut lier les artères cavernouses et dorsales sans perte de sang.

Ceci fait, on dissèque l'urètre dans l'extrémité enfermée au moyen d'une suture de fin catgut.

Enfin, la peau circulaire de la verge est réunie comme celle d'une amputation ordinaire, et l'urètre est fixé à la partie la plus antérieure possible de ce moignon. De la sorte, on évite le contact de l'urine avec la surface de l'amputation, ce qui permet la réunion primitive et supprime les inconvénients de l'opération ordinaire. Les malades peuvent même ne pas être gardés à la chambre, tant la guérison est rapidement assurée.—*Paris médical.*

Traitement du chancre simple, par DUCASTEL.—Voici, messieurs, en quels termes je vous résumerai la conduite que je vous conseille de tenir en présence d'un chancre simple ; éviter de tirer sur le pansement s'il en a déjà été pratiqué un ot, s'il est adhérent, le détacher par des lavages répétés.

Éviter de frotter la plaie en vue de la nettoyer ; éviter de la presser, d'en tirer les bords, éviter, en un mot, tout ce qui pourrait la faire saigner ; ce sont des soins délicats dont M. Diday a montré l'importance ; faire saigner la plaie, c'est exposer le malade au bubon.

Laver la plaie avec de l'eau légèrement phéniquée ou mieux encore avec une solution faible de sublimé.

Toucher avec grand soin toutes les anfractuosités de la plaie avec un pinceau trempé dans la solution d'acide phénique au dixième.

Panser ensuite avec la poudre de salol ou d'aristol, au besoin l'iodoforme ou une solution antiseptique, eau phéniquée ou alcoolisée, coaltar saponiné, etc...

L'attouchement avec la solution phéniquée peut être répétée deux ou trois jours de suite pour qu'on soit plus sûr d'obtenir la destruction de toute virulence.

Il est quelques chancres dont le traitement demande des attentions particulières : en cas de chancres du limbe, il faut éviter de faire décalotter le malade, pour ne pas agrandir les ulcérations déjà existantes, pour ne pas produire de nouvelles fissures en faisant franchir la masse volumineuse du gland par un anneau dépourvu de souplesse.

En cas de phimosis, suivant que l'ouverture du prépuce sera plus ou moins grand, vous introduirez, plusieurs fois de suite le matin, jusqu'au fond du sillon balano-préputial, un pinceau trempé dans la solution alcoolique d'acide phénique ou vous pousserez avec une petite seringue une certaine quantité de la même solution ; dans le courant de la journée, vous ferez faire, entre le prépuce et le gland, des injections avec une solution de résorcine à 4 0/0, ou bien encore avec de l'eau additionnée d'hypochlorite de soude, de liqueur de Labarraque, de coaltar saponiné.

Les chancres du méat seront touchés à l'acide phénique et saupoudrés de salol ; il faudra éviter de pousser des injections d'introduire des sondes médicamenteuses, qui auraient souvent pour résultat d'amener des inoculations profondes ; tout chancre, situé trop profondément dans l'urèthre pour échapper à notre vue, se trouvera souvent mieux d'être abandonné à lui-même que d'être traité à l'aveugle.—*Tribune médicale.*

Traitement des hémorroïdes.—M. le Dr. ALVIN (de Saint-Etienne) se sert d'eau très chaude pour combattre les symptômes pénibles (douleurs, démangeaisons, ténésme, contracture du sphincter anal) provoqués par la turgescence des hémorroïdes.

Le mode d'emploi est des plus simples. Il suffit d'appliquer sur la région anale une éponge munie d'un manche et trempée dans l'eau à 50° ou 60°. Cette application doit être renouvelée cinq ou six fois de suite à chaque séance, jusqu'à ce que le malade éprouve une cuisson assez vive. L'assèchement se fait avec un linge fin, en évitant toute friction.

On fera ainsi trois ou quatre séances de ce genre par jour, de préférence après chaque selle ou après chaque tentative de défécation.

Par ce procédé très simple, M. Alvin déclare obtenir des résultats tout à fait remarquables. Déjà, au bout de vingt-quatre heures, on a observé un soulagement très notable. Au bout de quelques jours les bourrelets deviennent souples et se réduisent de plus en plus. Après un mois, les tumeurs disparaissent presque complètement, et la contracture anale diminue sensiblement.

—*Paris médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement des fibromes utérins, par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—Aux femmes atteintes de fibromes utérins, on fait prendre le matin, à jeun, 50 centigrammes de poudre de sabine, en une seule fois, et cela pendant plusieurs années, en suspendant l'usage du remède pendant trois semaines, tous les deux mois.—Séjour au lit, pendant toute la durée des règles.—Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent, le corps fibreux diminue, les besoins d'uriner s'éloignent, la constipation disparaît et les menstrus, s'établissent régulièrement.—Pendant la belle saison, cure de six semaines à deux mois de durée, aux eaux thermales chlorurées, telles que Salins, Salies-de-Béarn et Kreusnach. On commence par un mélange d'eau ordinaire et d'eaux-mères.—*Union médicale.*

Diagnostic des vulvites, par MM. VIBERT et F. BOGDAS.—Nous avons étudié dans ces derniers temps le pus provenant de vulvites aiguës qui n'étaient certainement pas de nature blennorrhagique, mais qui auraient été provoquées par des attouchements ou s'étaient développées spontanément. Il s'agissait de six petites filles, de 2 ans et demi à 11 ans, qui disaient avoir subi des attouchements de la part de certains individus. Nous avons examiné ces six inculpés (dont l'un avouait) dans un délai qui n'a pas dépassé huit jours après l'attentat allégué. Aucun d'eux ne présentait la moindre trace d'écoulement urétral.

Or, le pus de toutes ces vulvites contenait un microcoque qui dans 4 cas était le seul microbe qu'on trouvait dans l'écoulement, et qui, dans les deux autres cas était associé à des bactéries. Ce microcoque présentait tous les caractères qui sont assignés actuellement au gonocoque.

a. Il avait la même forme et les mêmes dimensions.

b. Il se trouvait presque exclusivement dans le protoplasme des globules de pus.

c. Il se décolorait complètement et rapidement par la méthode de Gram, caractère qui a été indiqué par M. Gabriel Roux (de Lyon) comme pouvant servir au diagnostic du gonocoque avec les autres microcoques qui peuvent se trouver dans les parties génitales, et auxquels certains auteurs attribuent une grande valeur.

La culture de ce microcoque ne nous a pas fourni non plus de caractères permettant de le distinguer du gonocoque.

Il nous paraît donc que l'examen microbiologique du pus des vulvites ne permet pas actuellement de reconnaître si celles-ci sont ou non de nature blennorrhagique.—*Bulletin médical du nord.*

Résultats de l'extirpation des annexes de l'utérus dans deux cent dix-neuf cas de fibromes utérins.—M. Lawson TAIT a soumis à l'*Association médicale britannique* une statistique de trois cent vingt-sept opérations des annexes de l'utérus faites par lui, jusqu'à la fin 1888, dans les cas de fibromes. La mortalité a été de 1,8 pour 100.

Ce chirurgien a, autant que possible, suivi les deux cent dix-neuf malades opérées, du 16 mars 1883 au 18 décembre 1888, et dont quatre seulement sont mortes des suites immédiates de l'intervention.

Sur les deux cent quinze qui restent, *deux cent quatre ont pu être retrouvées et examinées*. Dans trois cas, il y eut insuccès complet: la tumeur avait continué à croître, et il fallut pratiquer l'hystérectomie. Lors de la première opération, l'extirpation des annexes avait dû rester incomplète. Chez trois malades, il y avait eu erreur de diagnostic; il s'agissait de sarcomes, et le traitement n'avait pas eu d'effet.

Une de ces opérées est devenue névropathe; mais il est juste de dire qu'elle avait présenté déjà auparavant des signes d'aliénation mentale. Pour Lawson Tait, l'ablation des ovaires n'a pas l'influence qu'on a voulu dire sur l'état mental; la folie peut survenir après n'importe quelle opération, et paraît être la suite de l'anesthésie par le chloroforme, plutôt que de l'action chirurgicale elle-même. Dans trois observations de l'auteur anglais, des symptômes non équivoques d'aliénation mentale ont, au contraire, disparu après l'excision des annexes.

Enfin, chez deux cent une femmes, il y eut guérison complète après un laps de temps variant de vingt mois à sept ans. Cette guérison se fait attendre plus ou moins longtemps, mais dans cent soixante-dix-neuf cas, l'évolution de la tumeur s'est produite immédiatement et définitivement. La diminution du volume de celle-ci n'est d'ailleurs importante que quand il existe des symptômes de compression, et tous les cas de ce genre opérés par Lawson Tait ont guéri. Plus la malade est jeune, plus il y a de chances que le fibrome disparaisse; après quarante-cinq ans, la décroissance est bien moins rapide.—*Bulletin thérapeutique*.

Au soir de l'existence, lorsque le crépuscule de l'âge nous enveloppe, tout médecin qui cherche dans le passé un point d'appui pour ses espérances futures, doit pouvoir se retourner avec attendrissement vers les heures où il s'est dévoué sans réserve et sacrifié sans mesure.—Cela seul mérite d'être embaumé dans le souvenir. Amours, glorioles, vanités, ambition, tout s'est dispersé au souffle des années; parfois il n'en reste qu'un regret.—Bienheureux, au contraire, seront ceux d'entre nous, qui, au moment d'être relevés de la faction de la vie, pourront se dire qu'ils n'ont pas négligé d'être utiles à leurs semblables.—Dr GRELLETY.

FORMULAIRE

Prurit.—*Woodward.*

P.—Hydrobromate de quinine.....	1½ drachme.
Extrait de belladone.....	3 —
Extrait fluide d'ergot	4 —
Elixir aromatique.....	
Eau	p. e. ââ. ad. 4 onces.

M.—Dose : Une cuillerée à thé 3 fois par jour.—*Pacific Medical Journal.*

Végétations génitales.

P.—Acide salicylique.....	1 drachme
Acide acétique.....	1 once

M.—Toucher les excroissances soir et matin avec un pinceau imbibé de la solution.—*Medical Press.*

Cors.—*Kolbasenko.*

P.—Acide salicylique	
Acide lactique.....	p. e. ââ 1½ drachme
Collodion	1½ once

M.—Appliquer avec un pinceau exactement sur la tumeur cornée.—*St. Louis Medical and Surgical Journal.*

Aristol et collodion.

P.—Aristol	1 drachme
Ether	80 gouttes
Collodion	1 once

M.—

Aristol.

P.—Aristol.....	10 parties
Huile d'olive.....	20 "
Lanoline.....	100 "

M.—On dissout l'aristol dans l'huile et on mélange avec la lanoline.—*Chemist and Druggist.*

Carter's Little Liver Pills.

P.—Podophylline.....	
Aloès socotrin.....	1½ grain
Mucilage acacia.....	q. s. pour 3½ grains

M.—Divisez en 12 pilules.—*Therapeutic Analyst.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTRÉAL, MARS 1891.

BULLETIN.

Nouveautés thérapeutiques.

Koch n'est pas le seul bactériologiste qui se soit mis en tête de découvrir des remèdes spécifiques contre les maladies infectieuses. Aussi voyons-nous, depuis quelque temps, surgir de toutes parts l'annonce de médications nouvelles dont l'efficacité, encore que contestable, est néanmoins affirmée avec assurance. Ainsi deux médecins attachés au laboratoire de Koch, MM. Behring et Kitasato, ont découvert que l'on pouvait créer un état d'immunité contre la diphtérie et le tétanos chez les animaux, au moyen d'injections composées de cultures stérilisées de bacilles diphtéritiques unis à du trichlorure d'iode. Jusqu'ici les expériences n'ont porté que sur les cobayes, et ne sauraient rigoureusement s'appliquer à l'espèce humaine. Et d'une.

Dans une série de notes publiées récemment, MM. Bertin, Picq, Héricourt et Richet, ont montré que l'introduction d'une certaine quantité de sang d'un animal réfractaire à la tuberculose (chien ou chèvre) dans l'économie d'un animal tuberculisable (lapin) exerce une action retardatrice sur l'évolution de la tuberculose. Ici c'est le sérum du sang qui agit, soit en détruisant le bacille de Koch, soit en développant la résistance des tissus envahis par ce bacille. Ce sérum s'introduit par voie hypodermique ou intraveineuse. Et de deux !

Une dépêche de Berlin en date du 25 février, nous apprendait que M. le professeur Liebrich vient de communiquer à la *Société de médecine* berlinoise une note relative à un nouveau mode de traitement de la tuberculose, mode consistant en injections hypodermiques de cantharidate de potasse. De bons résultats

tats en auraient été obtenus par les Drs. Fraenkel et Heymann. Et de trois!

En attendant que le jour se fasse sur l'efficacité plus ou moins réelle de ces méthodes nouvelles, le remède de Koch, auquel on a définitivement donné le nom de *tuberculine*, continue à occuper l'attention du monde médical, et même celle du public extra-scientifique. Il est vrai qu'on n'est guère plus avancé qu'au début. Les cas de morts ne peuvent être niés; seulement on cherche à faire comprendre que les résultats fatals observés au cours du traitement spécifique pourraient bien être attribués à la maladie elle-même continuant à évoluer, et non à la médication.

En France, comme nous l'avons établi dans un précédent *Bulletin*, la question a été résolue dans la négative. En Angleterre, aux Etats-Unis, en Allemagne, où la foi était restée plus robuste, on continuait, malgré le cri d'alarme jeté par Virchow, à voir dans la nouvelle médication un mode de traitement encore efficace dans un bon nombre de cas. Mais là aussi l'heure des désillusions est venue, si nous en jugeons par les résultats suivants soumis à la *Société de médecine berlinoise*, :

“ M. Fraenkel a traité 83 malades, sur ce nombre, 61 ont suivi le traitement de quatre à sept semaines. Les malades étaient divisés en cas légers, cas d'intensité moyenne et cas graves.

“ Résultats : 2 cas de mort sous l'influence des injections; dans 7 cas, le traitement a dû être interrompu trois fois pour hémoptysies, quatre fois pour aggravation manifeste.

“ Sur les 61 phtisiques, dans 3 cas légers on a vu les bacilles disparaître des crachats depuis sept à cinq semaines; dans 28 cas (15 cas légers et 13 d'intensité moyenne) amélioration manifeste de l'état général, sans la moindre modification du côté des bacilles. Seulement, il est très difficile de dire si l'amélioration revient au régime tonique ou à la lymphe de Koch. Un malade notamment, soumis pendant huit semaines au régime tonique ordinaire, a engraisé de 18 livres; depuis quatre semaines qu'il suit le traitement de Koch, il n'a augmenté que d'une livre. Aussi le cas de M. Fürbringer, qui a constaté une augmentation de poids de 23 livres sous l'influence du traitement de Koch, n'est pas très probant.

“ Dans 20 cas, on n'a constaté ni amélioration ni aggravation; dans 9 cas, une aggravation manifeste. Du reste, les cas graves ne retirent aucun bénéfice du traitement qu'il est absolument indiqué de refuser aux phtisiques avancés.

“ M. Virchow insiste principalement sur l'action de la lymphe de Koch sur le tubercule proprement dit, sur la zone péri-tuberculeuse et sur les exudats inflammatoires. *Jusqu'à présent, on ne possède pas d'observation sérieuse, authentique, prouvant que la lymphe tue ou fait disparaître le bacille, qu'elle provoque une résolution du tissu tuberculeux ou une résorption du tubercule.* Par contre, on possède une série d'observations qui montrent que la lymphe provoque

une mortification, une nécrose du tubercule et du tissu péri-tuberculeux, tissu inflammatoire ; si ce processus peut favoriser l'élimination des produits et la guérison rapide, il n'en est pas moins vrai que dans certaines conditions il va à l'encontre du but qu'on veut atteindre et provoque une propagation et une dissémination du virus. Rien ne prouve que la lymphe favorise les processus induratifs, l'encapsulation fibreuse de masses caséuses. Au contraire, tout porte à croire que les injections mobilisent en quelque sorte les masses encapsulées et rendent dangereux les foyers qui, au moins, n'étaient plus nuisibles pour l'économie."

Prophylaxie de la diphtérie.

Dans un mémoire présenté au Comité d'Hygiène de France au sujet des mesures à prendre pour empêcher la propagation de la diphtérie, M. le professeur Grancher préconise les moyens suivants qu'il met, du reste, en pratique tous les jours dans son service aux *Enfants Malades* :

1o Il faut pratiquer à l'aide de l'eau bouillante, chargée de carbonate de soude à 50 grammes par litre d'eau, la désinfection immédiate des objets qui ont servi au diphtérique ou qu'il a touchés, notamment de tout ce qui a servi à son repas : timbale, couteau, fourchette, serviette, etc. ;

2o. Il faut que les médecins et les infirmiers protègent leurs vêtements par une blouse rigoureusement désinfectée à l'étuve après la visite de chaque jour, et qu'ils aient la précaution de se laver minutieusement les mains au sublimé acide ou à la solution phéniquée à 5 p. 100 et glycinée ;

3o. Il faut que tout objet transportable à l'étuve à vapeur sous pression y soit désinfecté, la literie, les draps et les vêtements notamment. Tous les objets non transportables, ainsi que le sol et les murs de la chambre à coucher d'un diphtérique seront lavés au sublimé.

Nous doutons fort que les médecins appelés à donner leurs soins aux sujets atteints de diphtérie prennent toujours toutes les précautions précitées. Nous en connaissons qui affectent de ne pas croire au caractère contagieux de la maladie, histoire de s'exempter du soin de faire de la prophylaxie antiseptique. Les mesures à prendre sont cependant des plus simples, comme on a pu le voir, et se résument, en somme, à des soins d'extrême propreté.

Au reste, la nature éminemment contagieuse de la diphtérie

n'est plus à prouver, et il est également bien établi que le germe de la maladie étant contenu dans les fausses membranes et les crachats, doit se transmettre surtout à l'aide des objets souillés par les produits expectorés. Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux. L'isolement et la désinfection restent donc les mesures efficaces de préservation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MORRIS—**A Compend of Gynecology**, by HENRY MORRIS, M.D., with forty-five illustrations, 178 pages. P. Blakiston, Son & Co., 1012 Walnut street, Philadelphia, 1891. Prix : cartonné, \$1.00, avec feuilles blanches, intercalées pour annotations, \$1.25.

Cet aide-mémoire (*Quiz-Compend*) le septième d'une série de quatorze sur les principales branches de la médecine, est un résumé succinct et pratique des connaissances gynécologiques actuelles, adapté à l'usage des praticiens et des élèves en médecine. Le médecin qui se livre à la pratique générale ne saurait prétendre à acquérir des connaissances approfondies sur toutes les branches de son art, cependant il lui faut les connaître toutes assez bien pour se guider dans son diagnostic afin de référer aux auteurs voulus ou de donner au patient les conseils nécessaires. De même le spécialiste ne saurait se séquestrer dans son art et doit nécessairement posséder des connaissances générales sur la médecine. Ces aide-mémoire trouvent alors leur utilité. Celui que nous avons sous les yeux et que nous avons parcouru attentivement nous paraît remplir convenablement le but de l'auteur, il est clair, concis et suffisamment complet pour les besoins du praticien.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE—**Traitement des Tumeurs Blanches, Emplâtres Mercuriels; Statistique de Résections**, par le docteur LUCAS CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. In-8° de 32 pages, 1890 : prix, 1 fr. 50. Coccoz, éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

OLIVER—**A case of intra-cranial neoplasm with localizing eye symptoms, position of tumour verified by autopsy**, by CHARLES A. OLIVER, of Philadelphia.

MARCY—**In what Class of Wounds shall we use Drainage**, by HENRY ORLANDO MARCY, A.M., M.D., L.L.D., Philadelphia.

FOX—**Resection of the Optic Nerve**, by L. WEBSTER FOX, M.D., Philadelphia.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le 13 octobre prochain, VIRCHOW entrera dans sa 70^{me} année.

On vient d'inaugurer, à Vienne, un hôpital pour les étudiants malades. Cet hôpital peut recevoir à la fois trente-sept patients. Huit lits sont affectés aux cas de chirurgie et neuf à ceux de maladies infectieuses.

Avant même que d'avoir atteint l'âge de 40 ans, Astley COOPER était en possession d'une clientèle lui rapportant en moyenne \$75,000 par année. Une année, en particulier, lui rapporta \$105,000 ainsi que le fait fut constaté par les livres de l'illustre chirurgien.

L'Empereur de Russie a invité M. PASTEUR, sir Joseph LISTER et M. KOCH à faire partie d'une conférence dont le but est la fondation d'un Institut de bactériologie à St Pétersbourg. Sir Joseph Lister empêché, a été remplacé par M. Watson CHEYNE.

Nécrologie.—A Montréal, M. le docteur Anselme LAPORTE est décédé le 3 mars, à l'âge de 48 ans.

Nouveau journal.—Nous avons reçu la première livraison du *Journal de la Société Médico-Chirurgicale Canadienne Française de la Nouvelle Angleterre*, revue mensuelle de médecine, de chirurgie, d'hygiène et des sciences accessoires. Chaque numéro forme un fascicule in-8° de 26 pages. La rédaction du nouveau journal a été confiée à M. le Dr E. Sirois, de Three Rivers, Mass., et l'administration à M. A. Bourbonnière, de Lowell. L'abonnement est de \$3.00 pour les médecins et de \$2.00 pour les étudiants, et payable d'avance. Nos meilleurs souhaits au nouveau confrère.

La Médecine Anglaise appréciée par un médecin anglais.—Sir Morell Mackenzie a exprimé ainsi, dans un article récent, son regret de voir le très petit rôle que joue son pays dans les découvertes les plus considérables des dernières années. "Ce pays, si longtemps placé au premier rang dans les sciences médicales, dit-il, se traîne aujourd'hui à la suite de la France et de l'Allemagne." Il attribue ce triste résultat à l'apathie du *Royal College of Surgeons*, devenu trop riche, et qui emploie ses énormes revenus à stipendier une horde de fonctionnaires inutiles, au lieu de les consacrer à des recherches originales, et aussi à la susceptibilité morbide qui fait proscrire, en Angleterre, les expériences biolo-

giques les plus nécessaires, quand elles comportent des vivisections.—*Progrès médical.*

L'Éternelle blessée.—L'*Eclair*, de Paris, annonce qu'un procès va être intenté à M. Vigné (d'Octon), médecin (ou ancien médecin) de marine, auteur de plusieurs romans, pour son dernier livre publié chez Lemerre : l'*Éternelle blessée*. Le titre révèle le sujet du livre : " La femme, a dit Michelet, n'est pas seulement une malade, mais une blessée. Elle subit incessamment l'éternelle blessure de l'amour." La " blessée " de M. Vigné (d'Octon) est une jeune femme qu'un accident de jeunesse exclut à jamais des joies de l'hyménée et de la maternité. Elle s'est mariée pourtant, ignorant sa disgrâce : le roman nous dit quel drame douloureux se joue dans l'existence de ce mari et de cette épouse qu'une fatalité phy-siologique laisse pour toujours étrangers l'un à l'autre.

Or, hier, l'éditeur Lemerre recevait avis d'avoir à ce-sser la vente de l'*Éternelle blessée*, faute de quoi il serait poursuivi judiciairement.

Cette sommation était faite à la requête d'un habitant du midi de la France qui, dans l'*Éternelle blessée*, avait cru reconnaître sa femme, qui fut traitée par le docteur Vigné (d'Octon), auteur du livre, pour un cas semblable à celui qui est décrit dans le roman.

Le procès—s'il a lieu—ne peut manquer de provoquer bien des considérations et des commentaires : le cas de violation du secret professionnel ne s'était jamais produit encore sous cette forme.—*France médicale.*

La vaccination antirabique jugée par la statistique.—D'après la statistique des personnes mordues par des animaux enragés traitées à l'Institut Pasteur pendant les années 1886-87-88-89, la proportion des morts après traitement est très faible (53 pour 7,893 personnes traitées, c'est-à-dire 0,67 o/o. Cette proportion s'élève à 1 o/o en faisant rentrer dans le compte de la mortalité toutes les personnes prises de rage, après la fin du traitement, même celles chez qui la maladie s'est déclaré le lendemain ou le surlendemain de la dernière inoculation.

Que donne l'expectation, même aidée des cautérisations ? Si nous consultons la statistique de M. Leblanc, la proportion des morts par rapport aux personnes mordues a été de 39 cas de rage sur 336, soit 12 o/o (années 1880-1883). Cette statistique a d'autant plus de valeur qu'elle a été faite avant la découverte de la vaccination pastorienne, et par conséquent dans des conditions d'impartialité absolue. Elle n'avait d'autre but que d'établir que l'organisme humain est moins favorable que celui du chien au développement de la rage après morsure. Certains journaux de médecine, qui ne manquent jamais d'enregistrer les succès de la méthode de Pasteur, se gardent bien de mettre sous les yeux de leurs lecteurs la statistique suivante, bien modeste par le chiffre,

mais très éloquentes par les résultats. Elle a été communiquée au *Bulletin médical* de Paris, par M. Maunier, vétérinaire à Bellène.

Depuis octobre 1885, 11 personnes ont été mordues à Bellène. Six ont été soumises au traitement par les inoculations antiabiques, toutes les six ont guéri. Sur les cinq autres, non vaccinées, trois ont succombé.

La morphinomanie à deux.—On a décrit jadis la folie à deux. Aujourd'hui c'est la morphinomanie à deux. Un nouveau procès à sensations... très vives nous a valu la publication d'une observation très intéressante à ce point de vue. Une jeune, riche, jolie femme, épouse un médecin sur la moralité duquel, d'ailleurs, on n'a absolument rien à dire. Notre confrère tombe malade,—et comme beaucoup de médecins, hélas ! (pourquoi céder la vérité ?)—ne peut supporter la souffrance : il devient morphinomane.—Rien d'étonnant à cela. On sait depuis longtemps que les médecins, qui connaissent pourtant à fond les terribles effets de cet irrésistible poison, s'adonnent sans vergogne à de tels abus. D'autres, même en France, sont bien éthéromanes !

Mais le curieux de l'affaire, c'est que, devenu impuissant et resté fort jaloux, craignant que sa femme n'aille chercher ailleurs un plaisir qu'il se voit désormais incapable de lui procurer, il la rend, de parti pris, morphinomane elle-même, sans comprendre un instant qu'il précipite son épouse dans un abîme sans fond où elle va tout entière disparaître !

Cette morphinomanie à deux existe, qu'on l'appelle d'ailleurs comme l'on voudra. Et l'exemple ci-dessus, que l'actualité nous faisait un devoir de rapporter, est loin d'être isolé. On nous contait récemment encore une histoire analogue et, par malheur, parfaitement authentique. Si le journal où je rencontre d'aussi lugubres aventures ne s'adressait pas aux médecins, je crierais sans trêve aux dramaturges modernes : C'est là la scène à faire !

Ici l'on doit en baillant formuler un conseil. Le voici : il serait intéressant de rechercher dans les travaux modernes sur l'intoxication par la morphine, et de rapprocher les observations, sérieusement prises, analogues à celles que nous venons de citer.—*Le Progrès médical.*

Bonne clientèle à céder, avec emplacement et dépendances, à bon marché. S'adresser à J. ROBILLARD, M.D., Thurso, P.Q.

VARIÉTÉS

Ce que le médecin doit être. (1)

La durée des stations à faire dans une maison dépend naturellement de ce que l'on a à y constater, exécuter ou régler. Une première visite réclame toujours beaucoup de temps, puisqu'elle comporte une connaissance à faire, un interrogatoire complet et des examens minutieux à faire subir. Une fois que l'on sait son malade au bout du doigt, on peut être plus court : on ne peut pas exiger d'un homme très occupé qu'il se prête à des causeries inutiles. Ne vous permettez cependant jamais les visites "*bâclées en courant*." Le malade n'aime pas ces allures cavalières : il se croit assez important pour fixer sérieusement votre attention ; la besogne qui vous attend ailleurs ne l'intéresse pas du tout ; et, s'il ne va pas mieux, il l'attribue volontiers au peu de temps que vous lui accordez.

Le docteur *Adhésif* n'a pas cette hâte fébrile ; il s'installe, se carre dans un fauteuil, a l'air de venir se reposer chez vous, et ne s'aperçoit pas qu'on regarde la pendule avec des yeux qui disent : ah ça, mais il ne s'en ira donc jamais !

Le Docteur *Rusticus* a une tenue relâchée ; il entre dans les appartements avec des souliers boueux et des pantalons crottés ; la propreté de ses mains est douteuse et il s'en va sans les laver. Il a perdu une de ses meilleures clientes pour s'être présenté un jour chez elle avec une tache de sang sur les manchettes. Et c'est bien fait ! — Les idées d'asepsie se sont répandues dans le public, qui a commencé par rire des propretés méticuleuses, mais qui les exige aujourd'hui. C'est bien le moins qu'un médecin soit inoffensif !

Le praticien à cravate blanche, à longs cheveux d'ecclésiastique, aux joues rasées comme un acteur, est d'une race à peu près disparue — et c'est peut-être dommage : sa longue redingote rappelait la soutane et attirait le respect, ou tout au moins tenait les familiarités à distance.

Le Docteur *Pommadin* porte les habits de la dernière coupe ; il est toujours ganté de frais, astiqué, pimpant et reluisant comme pour une visite de cérémonie. S'il n'est pas décoré, il porte une fleur à la boutonnière. Il ne touche ses malades que du bout des doigts et sa principale préoccupation paraît être d'éviter toute souillure à son vêtement neuf. — *A suivre.*

(1) Suite. Voir la livraison de septembre 1890.