

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL. — M. BROSSEAU.

### Ce que doit être la clinique.

*Messieurs,*

En commençant la clinique chirurgicale, je dois vous mettre au courant des idées qui me guideront dans cet enseignement, et vous tracer la voie dans laquelle j'entends vous faire marcher.

Sous le nom d'enseignement clinique j'entends les observations faites au lit du malade, mais surtout la leçon faite à l'amphithéâtre après la visite des salles. Cette leçon est le complément indispensable de la visite pour l'instruction des élèves.

Deux procédés différents sont adoptés pour donner une clinique. L'un consiste à choisir un sujet de pathologie et à le développer, en prenant comme confirmation des données théoriques, les phénomènes observés sur les malades des salles. L'autre consiste à prendre pour sujet de la leçon un ou plusieurs malades atteints d'affections différentes et à développer tout ce qui concerne l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et le traitement, ou bien à comparer entre elles des maladies identiques. Ce dernier procédé est le meilleur, car il met les élèves en face des nécessités et des difficultés de la pratique et les familiarise avec l'application, aux maladies, des préceptes théoriques puisés dans les leçons et les livres de pathologie.

L'enseignement chirurgical comprend deux chaires : la chaire théorique et la chaire clinique. Au professeur théorique appartient le devoir d'initier l'élève aux idées générales de la pathologie chirurgicale ; à lui d'enseigner l'inflammation, le traumatisme, les tumeurs en général, la gangrène, etc., etc. Le professeur de clinique doit au contraire *spécialiser* son enseignement à propos de chaque malade. A lui d'étudier l'inflammation, le traumatisme, la gangrène de telle ou telle région. Jugez par conséquent de l'importance de ce dernier enseignement. C'est au lit du malade, dans les salles de l'hôpital, que l'élève doit se former définitivement.

Mais pour que la spécialisation ne reste pas stérile, il faut qu'elle repose sur un fonds solide de connaissances générales. La clinique

n'est donc pas une branche à part, c'est de la " pathologie au lit du malade."

Il faut toujours bien se rappeler, Messieurs, que la médecine est *une*, seulement elle devient médecine hygiénique, médecine pharmaceutique, médecine chirurgicale selon la circonstance, suivant les cas.

Dans un enseignement clinique, il faut élaguer les descriptions minutieuses, les discussions prolixes, et aller droit au but : il faut être clair, concis, affirmatif, et ne livrer aux commençants que des notions solides et des solutions à peu près indiscutables.

La clinique n'est autre chose que l'application pratique des principes théoriques.

Le professeur de clinique est obligé de se répéter souvent; il doit revenir sans cesse sur la valeur de tel ou tel précepte, car on ne donne la démonstration d'une vérité, de manière à faire entrer la conviction dans les esprits, que par la répétition des faits qui viennent à l'appui. C'est en invoquant les faits qu'on éclaire la nature, les causes, la marche et la thérapeutique des maladies. Mais ce qu'il y a de malheureux, c'est que tous les praticiens n'interprètent pas les faits de la même manière, tant s'en faut.

Il faut donc vous attendre, Messieurs, à trouver dans les cliniques les mêmes dissidences que dans les autres cours. Vous me demanderez, sans doute : mais comment cela se fait-il, si la clinique est appuyée sur les faits ? La réponse est facile, c'est que chacun *interprète* les faits à sa manière.

Par eux-mêmes les faits sont tout et ne sont rien. Ce sont des instruments que chacun met en œuvre selon ses vues. Comme ils se prêtent à tout, on peut leur rapporter tout le bien et tout le mal que renferme la science, quoi qu'en définitive la faute doive en retomber sur l'homme qui les emploie.

Vous serez surpris, sans doute, de m'entendre vous dire qu'une foule de médecins, même parmi ceux qui jouissent d'une bonne réputation de capacité, ne sont point aptes à constater et à interpréter correctement les faits en médecine. En voulez-vous des exemples ?

Un malade ne peut uriner, on veut le sonder, mais l'instrument est bientôt arrêté; le chirurgien en conclut que l'urèthre est rétréci.

*Voilà un fait*, n'est-ce pas, cependant l'obstacle que l'on rencontre peut être tout à fait indépendant d'un rétrécissement de l'urèthre.

Une douleur se manifeste; elle accuse une inflammation aux yeux de l'un, une névralgie aux yeux de l'autre. Un malade tombe sur l'épaule, vous constatez une crépitation, le fait ne peut être révoqué en doute, mais cette crépitation tient-elle à une fracture, au frottement des tendons, à une lésion de l'articulation ?

Sur le cadavre même, les uns verront une vive inflammation là où d'autres ne verront qu'une imbibition, etc, etc.

Ces dissidences s'expliquent assez facilement si l'on veut bien se rappeler que chaque fait se compose de plusieurs éléments, et que ces éléments sont fugaces et complexes, comme le fait lui-même dans son ensemble ; si la moindre parcelle de ce fait vous échappe, ce n'est plus lui mais c'en est un autre, d'où, erreur. Avant de pouvoir dire : c'est un fait, il faut donc y avoir regardé de très près, et se trouver dans des conditions d'esprit et d'instruction qu'il n'est pas donné à tous les médecins de posséder. Que pouvez-vous espérer, par exemple, de ceux qui ne jugent des faits qu'à travers leurs préventions, leurs systèmes à eux, ou qui ont trop de prétentions pour accorder qu'il puisse leur échapper quelque chose.

Le but de ces remarques est de vous faire pressentir que les faits vous induiront souvent en erreur. Qu'il est facile à celui qui enseigne de vous les faire admettre comme il l'entend, s'il veut vous tromper ou s'il s'est trompé lui-même !

Après avoir constaté et interprété les faits, il faut de plus les peser, les compter, les comparer entre eux et enfin en tirer des inductions que la raison puisse juger. Les faits, disons les symptômes, des maladies n'ont pas tous la même importance, il faut savoir les apprécier et c'est dans l'appréciation de ces faits que le praticien fait preuve de tact, d'instruction et de jugement.

En thérapeutique, n'en est-il pas de même aussi ? Un médicament étant administré, il survient une amélioration rapide dans l'état du malade, on ne manque pas de l'attribuer au remède : *post hoc, ergo propter hoc*. Cependant n'arrive-t-il pas souvent que l'on attribue des améliorations dans les maladies à des médicaments qu'on a oublié d'administrer ? L'erreur tient à ce que, très souvent, on ne rapporte pas l'effet à sa cause véritable.

L'interprétation des faits a été de tout temps l'écueil de la médecine. Nous savons que la médecine est une, et que la division de l'art de guérir en médecine et en chirurgie, n'existe pas dans la nature, mais qu'elle est arbitraire et conventionnelle. La chirurgie est un des moyens, une des ressources les plus puissantes de la médecine. Aujourd'hui vous prêtez votre attention à une clinique chirurgicale, demain vous aurez une clinique médicale, mais c'est toujours de la médecine.

La clinique terminée, la thérapeutique chirurgicale doit dans la plupart des cas être mise à contribution. Il est donc à propos d'en dire quelques mots.

Depuis que nous jouissons des avantages de l'anesthésie, le *celeriter* d'autrefois n'est plus la loi du chirurgien, il prend le temps nécessaire.

L'anesthésie, qui est ordinairement confiée à un assistant compétent, n'occupe plus l'opérateur dont toute l'attention, tout l'art sont réservés à son opération.

Toutes choses égales d'ailleurs, plus un chirurgien excelle dans

l'art de manier un bistouri, plus il obtient de succès. L'anatomie chirurgicale lui sert de flambeau—c'est pourquoi tant d'hommes laborieux s'y livrent avec ardeur aujourd'hui. On reproche souvent aux chirurgiens d'avoir toujours le bistouri à la main et de ne pas songer aux autres moyens thérapeutiques. Le bistouri forme en réalité la thérapeutique la plus directe et la plus expéditive; s'il est louable de chercher à s'en dispenser, ce doit être à la condition de guérir aussi sûrement et avec moins de risques.

Tous les moyens qui guérissent doivent être conservés—le difficile c'est de les appliquer chacun à leur place, à temps et convenablement. Le bistouri doit être préféré dans certains cas, tandis que les autres moyens thérapeutiques doivent être préférés dans d'autres cas. C'est à faire ce choix que le tact et le jugement du chirurgien sont surtout mis à l'épreuve—c'est aussi dans cette circonstance qu'il prouve son savoir et son habileté.

Le chirurgien ne doit avoir ni timidité, ni témérité avant de pratiquer une opération chirurgicale; vous n'oublierez pas les devoirs qu'elle impose, les connaissances qu'elle exige, le bien et le mal qui peuvent en résulter pour le malade. Nul ne peut être chirurgien habile sans s'être fait la main par des exercices sur le cadavre.

Avec nos moyens de pansement actuels, on opère en toute saison et l'on pratique un grand nombre d'opérations que l'on considérait comme impossibles avant la mise en pratique de l'antisepsie.

L'anatomie normale et l'anatomie pathologique doivent être la base du diagnostic chirurgical. Cependant, un certain nombre de lésions peuvent être influencées par l'hérédité, les diathèses, la constitution du malade, son âge, sa profession, etc. Alors le diagnostic qu'on est convenu d'appeler *étiologique* doit primer le diagnostic anatomique.

En médecine, les *symptômes* sont le cri des organes souffrants. Le chirurgien a, lui, l'avantage de voir et de toucher le mal—et la coloration, la consistance, le volume des organes malades. Le meilleur chirurgien sera donc celui qui aura une grande sûreté de coup d'œil, jointe à un toucher délicat et exercé.

Les deux grands moyens d'exploration du chirurgien sont la *vue* et le *toucher*.

Maintenant, je dois vous donner quelques conseils sur la meilleure manière d'interroger les malades.

Le chirurgien doit s'informer, tout d'abord, du siège de la maladie. La première question à poser au patient doit donc être la suivante: *Où avez-vous mal?*

Dans sa seconde question, il doit s'enquérir de la durée de la maladie: *Depuis quand souffrez-vous de cette affection?*

Dans sa troisième question, il doit demander: *Comment la maladie a-t-elle commencé, où et quand un accident est arrivé?*

Après ces quelques questions, un coup d'œil rapide jeté sur la

région affectée, aidé de la palpation, mettra très probablement le chirurgien sur la voie du diagnostic.

Les malades sont toujours prêts à mettre de l'avant leurs idées, leurs suppositions; le chirurgien ne doit pas se laisser diriger par eux, mais au contraire, c'est à lui à les guider. Il est préférable qu'il multiplie ses questions plutôt que de laisser le malade répondre trop longuement.

Dans beaucoup de cas le chirurgien ne peut se dispenser de procéder à l'examen du malade tout entier, mais le plus souvent il doit se concentrer sur une région ou sur un organe dont il devra faire l'exploration directe par la vue et le toucher. Les changements survenus dans la forme, le volume, la consistance, la température des parties affectées, le changement de direction d'un membre, l'attitude du malade, tels sont les principaux signes objectifs.

Nous avons dit que l'interprétation des faits en médecine était bien difficile; nous en dirions autant des signes, des symptômes propres à certaines maladies. Prenons pour exemple la fluctuation et la crépitation—la douleur.

La *fluctuation* est une sensation particulière, perçue par le doigt explorant une collection de liquide. La fluctuation, c'est l'ondulation d'une couche de ce liquide, le choc résultant de l'ébranlement moléculaire. Cette ondulation, ce choc sont-ils toujours facilement perçus par le chirurgien? Non, loin de là. La fluctuation sera d'autant plus obscure que la paroi de la cavité qui contient le liquide sera plus épaisse, c'est-à-dire quand les doigts en seront séparés par une couche plus considérable de parties molles.

La qualité et surtout la quantité du liquide contenu peuvent aussi faire beaucoup varier les conditions de l'examen. Certaines tumeurs solides, telles que le lipome, l'encéphaloïde, donnent aussi une sensation de fluctuation; ces diverses conditions anatomiques prêtent à des dissidences d'opinions chez les chirurgiens.

La crépitation est aussi perçue à l'aide du toucher. La crépitation donne la sensation d'un frottement rugueux, dont les caractères sont *variables* suivant la cause qui le produit. C'est pourquoi l'on désigne les diverses crépitations sous les dénominations de crépitation osseuse, articulaire, tendineuse, sanguine, gazeuse, suivant la cause qui les produit.

Le symptôme *douleur* se rencontre dans un grand nombre d'affections chirurgicales; le malade lui accorde naturellement une grande importance. La douleur est ou spontanée ou provoquée. C'est en provoquant méthodiquement la douleur que le chirurgien arrivera à éclairer singulièrement son diagnostic; pendant son exploration il doit suivre attentivement le jeu de la physionomie du malade afin de juger de l'intensité de la douleur; de plus il devra rechercher le siège précis et le trajet de la douleur. Par

exemple, une douleur localisée et intense indique le siège d'une fracture. Le trajet de la douleur répond ordinairement à la distribution d'un nerf ou d'un vaisseau.

Messieurs, tel est le résumé très succinct de ce que nous entendons par clinique; une des principales difficultés est de bien interpréter les faits; l'interrogatoire, bien fait, aide d'une façon extraordinaire à élucider le diagnostic.

Il nous reste à mettre en pratique ces conseils, sur les malades de nos salles. A vous de vous préparer, étant encore sous la surveillance des professeurs, à exercer votre profession avec science et sagacité.

### Du traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive.

par Chs. N. VALIN, M. D. Belœil, Que.

Dans le numéro d'avril de l'UNION MÉDICALE, a paru une note du docteur Just Touatre, de la Nouvelle-Orléans, qui préconisait l'emploi de l'huile d'olive dans le traitement des coliques hépatiques. Cet écrit a peut-être passé inaperçu pour un certain nombre de lecteurs; ceux qui l'ont lu ont peut-être attaché peu d'importance à cette note d'un médecin inconnu, quelques uns ont peut-être trouvé que le traitement semblait trop encombrant pour être praticable. J'avouerai que moi même ai pensé que ce médecin proclamait trop haut l'efficacité de ce traitement original, et qu'il devait se rencontrer peu ou point de personnes capables de supporter pareille médication. A peine avais je lu ce petit article, que je fus appelé à donner mes soins à une dame atteinte de coliques hépatiques atroces.

Je dirai, en passant, que tout d'abord le diagnostic présentait de grandes difficultés. Cette dame, il est vrai, avait, à plusieurs reprises, accusé des douleurs du côté de l'hypochondre droit, mais jamais elle n'avait passé de calculs, et selon l'habitude routinière, le diagnostic avait été: engorgement de foie. Il y avait certainement engorgement du foie, mais il était plutôt la conséquence d'une affection du foie que l'affection elle-même. Malheureusement ce diagnostic banal, d'occurrence journalière, conduit à des erreurs thérapeutiques très préjudiciables aux malades. En effet, cette dame avait eu plusieurs fois le côté profondément brûlé par les applications répétées de vésicatoires, tant on croyait avoir à combattre l'élément congestif ou même inflammatoire, tandis que, très probablement, il s'agissait chaque fois de coliques hépatiques.

Comme l'objet de cette communication n'est point d'entrer dans des détails concernant le diagnostic et la pathologie du calcul biliaire, mais seulement du traitement, je n'énumérerai pas les rai-

sons qui me portèrent à faire le diagnostic de "coliques hépatiques." Confiant dans mon diagnostic, j'entrepris un traitement qui allait droit au but et j'employai tout ce que je pus trouver de mieux dans les auteurs et journaux de médecine pour triompher de la maladie. La morphine, le chloroforme, l'éther, l'antipyrine, les purgatifs de différentes sortes, etc., aucun n'avait une action décisive. La malade commençait à être épuisée par les douleurs atroces qu'elle endurait; son estomac était plus ou moins dérangé par les médicaments et ne supportait plus les aliments les plus légers. Voyant que les médications les plus recommandées n'avaient pas réussi à déloger les calculs qui, dans mon opinion, étaient toute la cause du mal, et la maladie prenant une allure tout-à-fait inquiétante, car la fièvre était élevée et constante, le délire très marqué, et de plus, les organes digestifs étaient le siège d'une irritation rendue évidente par l'état de la langue qui était rouge, sèche, vernissée; en un mot, l'état général de la malade devenant très grave, j'aurais eu certainement des doutes sur mon diagnostic, si je ne l'eusse fait avec de très grandes précautions.

Enfin je résolus d'essayer le traitement par l'huile d'olive. Cependant, je me demandais avec anxiété si ma malade pourrait prendre et supporter une aussi grande quantité d'huile alors que son estomac était aussi irritable. Il fallait essayer tout de même. Ma malade ingurgita avec pas trop de répugnance et de difficulté la quantité prescrite, c'est-à-dire un grand verre, suivi d'un autre semblable un quart d'heure après; j'ordonnai à la garde de passer toutes les selles au tamis, afin de recueillir les calculs qui passeraient. Tamiser les selles, promettre qu'il y aurait des calculs, cela paraissait être un conte de fées aux assistants qui ne pouvaient contenir leur étonnement. Eh bien, cette malade, qui avait peine à garder les aliments et les médicaments, garda bien ses deux onces d'huile, et, au bout de deux heures, des calculs firent leur apparition avec les premières selles. Cette patiente qui n'avait pu être débarrassée de ses calculs par toutes les autres médications, le fut par l'huile d'olive prise de la manière indiquée. Elle passa une quantité considérable de calculs, les uns gros, les autres petits, les uns durs, les autres mous, ceux-ci se brisant à la moindre pression des doigts, et à part ces calculs gros et petits, durs et mous, les selles contenaient une matière granulaire qui n'était ni plus ni moins que des calculs qui, manquant de consistance, avaient été écrasés pendant leur passage à travers les canaux biliaires. De sorte que s'il ne m'est pas possible de donner le nombre exact des calculs que cette patiente a passés, je puis dire qu'ils étaient excessivement nombreux, même qu'elle en était *bourrée*, puisque pendant quelques jours elle passa encore des selles qui étaient presque exclusivement composées de cette matière granulaire dont j'ai parlé et qui

contenait une quantité innombrable de très petits calculs que la garde-malade ne se souciait pas de compter vu qu'ils étaient liés ensemble par des mucosités épaisses rendant leur numération difficile.

Il est donc incontestable que dans ce cas-ci la médication ordinaire n'avait pas réussi à déloger les calculs, et que la médication par l'huile d'olive a réussi parfaitement. La méthode du Dr. Just Touatre, telle que rapportée dans l'UNION MÉDICALE, numéro d'avril, n'est donc pas du pur charlatanisme américain, et il me semble que j'en ai fourni là une preuve éclatante. Je suis convaincu que la médication par l'huile a seule eu raison de la maladie; en effet ma plainte n'était sous l'effet d'aucun autre médicament et j'avais donné aux autres méthodes de traitement un temps suffisamment long, même trop long, pour être convaincu que je n'avais rien à espérer d'elles. J'ai voulu faire une expérience libre de tout doute et je demeure convaincu que cette méthode a produit d'excellents effets là où toutes les autres avaient échoué, et que c'est à elle seule que je dois l'expulsion d'une quantité si considérable de calculs.

Ce que j'ai constaté dans ce cas me porte à croire que l'huile aurait un effet local sur le contenu de la vésicule biliaire, car comment expliquer autrement le passage de plusieurs gros calculs d'abord, et ensuite, pendant plusieurs jours, le passage de cette matière granulaire composée de calculs infiniment petits qui étaient sans aucun doute les parcelles de calculs plus volumineux qui après avoir éprouvé l'action du médicament, perdaient de leur consistance et se dissociaient par la pression et le frottement. N'y a-t-il pas eu là un ramollissement des calculs par l'action de l'huile d'olive? Les physiologistes pourront peut-être trouver l'explication du fait. Cependant l'efficacité de cette médication me paraît prouvée, et celle-ci me semble digne d'attirer l'attention des praticiens qui devront se réjouir de posséder un remède si efficace et si inoffensif.

### Brûlures.

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| 1 <sup>o</sup> P.—Tannin..... | } ââ 4 parties |
| Alcool à 95.....              |                |
| Ether sulfurique.....         |                |

En badigeonnage, deux ou trois fois par jour.

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| 2 <sup>o</sup> P.—Salol..... | 1 partie  |
| Huile d'olive.....           | 6 parties |
| Eau de chaux.....            | 6 "       |

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA.

VINGT-UNIÈME SESSION. OTTAWA, 12 et 13 septembre 1888.

Séance du 12 septembre

Présidence du docteur Geo. Ross, de Montréal.

#### Elections.

Sont élus membres de l'Association : MM. les docteurs Allen BAINES, de Toronto ; W. ANSON, Ths. POTTER, W. C. CONSENS, B. F. HURDMAN, S. WRIGHT, C. J. H. CHIPMAN, A. H. HORSEY, J. W. SHILLINGTON, W. F. GRAHAM, C. P. DEWAR et W. H. KLOCK, d'Ottawa ; T. L. BROWN, de Melbourne, et M. C. MCGANNON, de Brockville.

Sont élus membres du comité dit des nominations : les docteurs F. W. CAMPBELL et T. G. RODDICK, de Montréal ; J. E. GRAHAM et Wm. CANNIFF, de Toronto ; BRAY, de Chatam ; SWEETLAND et CHURCH, d'Ottawa ; GRIFFIN et MULLIN, de Hamilton ; ECCLES, de London ; FENWICK, de Kingston ; BAIRD, de Pakenham, et SMITH, de Seaforth, conjointement avec le président et le secrétaire (*ex-officio*).

Sont élus présidents des sections ; Dr BRAY, de Chatam, section de médecine ; Dr CAMERON, de Toronto, section de chirurgie ; Dr TRENHOLME, de Montréal, section d'obstétrique et gynécologie.

#### Affaires générales.

Le docteur GRAHAM attire l'attention sur le fait que l'an dernier un comité avait été nommé dans le but d'étudier les moyens les plus efficaces de promouvoir les intérêts généraux de l'ASSOCIATION mais que ce comité n'a absolument rien fait, vû l'absence du ci-devant secrétaire M. le docteur Stewart. Il admet que l'ASSOCIATION n'est pas aujourd'hui dans un état aussi prospère qu'on pourrait le désirer, qu'un certain nombre de membres de la profession ne lui sont pas sympathiques, et qu'enfin les règlements en sont insuffisants et inefficaces. Il suggère donc la formation d'un nouveau comité qui devra faire rapport à la prochaine réunion.

Ce comité est en conséquence formé et se compose du président élu, du secrétaire, du trésorier et des docteurs GRAHAM et Ross.

## Réciprocité d'enregistrement.

Sur proposition des docteurs GIRDWOOD et RODGER, un comité composé des docteurs GIRDWOOD, WRIGHT, CAMPBELL, SULLIVAN, BRAY, ECCLES et MILNE est nommé dans le but d'étudier la question d'une plus grande réciprocité d'enregistrement des membres de la profession médicale entre les diverses provinces de la Puissance et entre la mère-patrie et ses colonies.

A l'appui de sa proposition, le docteur GIRDWOOD fait observer que la réciprocité existant entre l'Angleterre et l'Australie, on ne peut qu'espérer la voir s'établir entre l'Angleterre et le Canada. Il signale aussi le fait que le manque d'entente entre les conseils médicaux (Bureaux de médecine) des différentes provinces est la cause principale de la non-réciprocité dont il croit devoir se plaindre.

Le président prononce son discours d'ouverture, puis la séance est levée.

Séance du 13 septembre.

Présidence du docteur G. Ross.

Sont introduits: les docteurs G. H. OLIVER, délégué de la Société médicale de l'Etat de New-York, Wallis CLARK, d'Utica, N. Y., et W. A. LYRIE, de Détroit.

Le docteur LENDERSON, de Kingston, président de la Société médicale d'Ontario, invité à prendre place sur l'estrade, exprime le plaisir qu'il éprouve à assister aux délibérations de l'ASSOCIATION. Il insiste sur l'importance des sociétés médicales et cite, comme exemple à suivre, la réorganisation de la Société médicale Cataragui, à Kingston, laquelle est aujourd'hui affiliée à la Société médicale d'Ontario.

## Elections.

Sont élus membres de l'ASSOCIATION: les docteurs W. J. BURNS, de Caledonia; WALLACE, de Metcalfe, PRESTON, de Carleton Place; LYNCH et BURNS, d'Almonte; MUNRO, de Perth; SUTHERLAND, de Valleyfield; MILNE, de Victoria, C. A., et DAVIS, de Chelsea, P. Q.

## Nominations.

Le comité dit des nominations présente son rapport qui est adopté. Sont en conséquence élus officiers de l'ASSOCIATION pour l'année 1888-89 :

Dr. H. C. WRIGHT, Ottawa: *Président*.

Dr. James BELL, Montréal: *Secrétaire-général* (réélu).

Dr. W. F. B. AIKINS, Toronto: *Trésorier*.

|                              |                 |                    |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Dr. C. SHEARD, Toronto,      | Vice-Prés. pour | Ontario;           |
| Dr. F. W. CAMPBELL, Montréal | "               | Québec;            |
| Dr. GRAHAM, Bathurst,        | "               | Nouv.-Brunswick;   |
| Dr. FARRELL, Halifax,        | "               | Nouv.-Ecosse;      |
| Dr. LYNCH, Winnipeg,         | "               | Manitoba;          |
| Dr. LEFEBVRE, Vancouver,     | "               | Colombie Anglaise, |
| Dr. JUKES, Régina,           | "               | Territ. du N.-O.   |
| Dr. JENKINS, Charlottetown,  | "               | Ile du P.-Edouard; |
| Dr. GRIFFIN, Hamilton,       | Secrétaire pour | Ontario;           |
| Dr. WORTHINGTON, Sherbrooke, | "               | Québec;            |
| Dr. KELLER, Fredericton,     | "               | Nouv.-Brunswick;   |
| Dr. WEBSTER, Wolfville       | "               | Nouv.-Ecosse;      |
| Dr. FERGUSON, Winnipeg       | "               | Manitoba;          |
| Dr. MILNE, Victoria,         | "               | Colombie anglaise; |
| Dr. O. C. EDWARDS,           | "               | Territ. du N.-O.   |
| Dr. McLAUN, Georgetown,      | "               | Ile du P.-Edouard. |

Le comité ayant suggéré que la réunion de 1887 ait lieu à Banff, Territoire du Nord-Ouest, une assez longue discussion s'en suit, et deux amendements sont présentés et perdus. Le comité exécutif est finalement chargé de s'entendre avec les compagnies de chemins de fer, à l'effet d'obtenir des conditions aussi libérales que possible en vue de la réunion à Banff.

La séance est suspendue jusqu'à 6 h. p. m.

A la reprise de la séance, à 6 h. p. m., les docteurs MILNE (Victoria) et SWEETLAND (Ottawa) présentent la résolution suivante qui est adoptée à l'unanimité: Considérant l'extension toujours croissante de la tuberculose chez les animaux domestiques, et plus spécialement chez les vaches, l'ASSOCIATION exprime le désir que le Gouvernement de la Puissance adopte une législation qui soit de nature à arrêter les progrès de la maladie, et cela aussitôt que possible.

Des remerciements sont ensuite votés: à la profession médicale d'Ottawa pour la réception cordiale faite aux membres de l'ASSOCIATION: aux compagnies de chemin de fer et de bateaux à vapeur, pour les conditions libérales auxquelles les délégués ont pu faire le voyage d'Ottawa; au Gouvernement de la Puissance qui a bien voulu mettre à la disposition de l'ASSOCIATION les salles du comité des chemins de fer; au docteur Ross, président sortant de charge, et au docteur BELL, secrétaire, pour la manière dont ils se sont acquittés de leurs fonctions.

---

#### SECTION DE MÉDECINE.

Séance du 12 septembre.

Présidence du docteur BRAY, de Chatam.

Le docteur H. C. WRIGHT, d'Ottawa, chargé de prononcer

l'adresse sur la médecine, déclare ne pouvoir le faire, vu qu'il n'a pas clairement compris ce qu'on attendait de lui et ne s'est pas préparé.

Le docteur CANNIFF, de Toronto, absent, se trouve dans l'impossibilité de communiquer son travail sur "Les devoirs de la profession médicale sous l'acte de santé publique d'Ontario."

### De l'influence du système nerveux sur la nutrition.

Le docteur MILLS, de Montréal, communique une note sur l'influence du système nerveux sur les processus nutritifs.

Il commence par donner un résumé d'un travail présenté par lui, l'an dernier, et au cours duquel il a développé l'idée théorique que tous les phénomènes de nutrition sont toujours sous la dépendance du système nerveux. Pour lui, le métabolisme n'est que la vie moléculaire du protoplasma, et l'action organique du système nerveux sert de régulateur à ces processus. Si, par exemple, on sectionne un nerf qui se distribue à un os quelconque, on amène dans cet os une dégénérescence atrophique à laquelle Charcot a donné le nom de nécrobiose aiguë. Il rappelle en passant le fait que certaines maladies cutanées reconnaissent une cause analogue. Puis il examine le mécanisme de la mort, chez les animaux, par la section des pneumo-gastriques, mort due à la pneumonie développée par suite du défaut d'innervation; chez les oiseaux, la section de nerfs en rapport avec le cœur amène la dégénérescence graisseuse de cet organe. Il mentionne enfin l'influence exercée par des émotions morales sur les processus vitaux et appuie sur le fait que dans l'entraînement des athlètes, le surmenage met en jeu et use pour ainsi dire la force nerveuse.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part les docteurs SMALL et PLAYTER, d'Ottawa, SHEARD et GRAHAM, de Toronto, et CAMPBELL, de Montréal, et la section s'ajourne.

Séance du 13 septembre.

Présidence du docteur BRAY.

### Vitesse excessive du cœur.

Le docteur GRAHAM, de Toronto, rapporte deux cas de rapidité extrême de l'action du cœur. Dans le premier cas, le cœur battait à plus de 140 par minute, et il devenait impossible de compter les pouls. La maladie dura trois semaines et se caractérisa par l'absence de dyspnée, ainsi que de lésions rénales; pas de complications, non plus, du côté des poumons. Le traitement suivant fut institué. repos, diète modérée, digitale. Le malade guérit complètement. Le second cas fut plus long et présenta comme caractère particulier le fait que l'exercice physique longtemps prolongé

avait pour effet de réduire la vitesse cardiaque. Pas de cause appréciable.

Le docteur MILLS parla de l'influence exercée par les nerfs cardiaques, surtout le grand sympathique et le pneumo-gastrique, sur l'action du cœur, et suggère que l'embolie de l'artère coronaire pouvait possiblement être la cause de l'accélération cardiaque dans les cas en question. L'augmentation de la pression sanguine aurait eu pour effet de ralentir et non pas d'accélérer le cœur.

Le docteur SHEARD est d'avis qu'une embolie, ou peut-être l'empoisonnement du sang, doivent être regardés comme les causes de ce ralentissement. Il approuve l'emploi de la digitale dans ces cas, surtout sous forme d'infusion.

Le docteur MULLIN appuie sur l'importance de ces cas en rapport avec l'examen des candidats à l'assurance sur la vie. Il demande au docteur Graham quelle influence une semblable accélération du cœur peut exercer sur la durée moyenne de la vie.

Le docteur MILNE, de Victoria, parle aussi sur le sujet, et mentionne un cas de tétanos où l'action du cœur était également modifiée. Tous ces cas indiquent clairement quels rapports intimes existent entre le système nerveux et l'action du cœur.\*

### Ophthalmoplégie externe.

Le docteur R. P. HOWARD, de Montréal, lit une note sur l'*ophthalmoplégie externe*. Il parle de l'ophthalmoplégie externe et interne et en trouve la cause dans l'association intime des centres nerveux d'où la maladie s'est étendue ailleurs. Dans certains cas la cause se trouve dans une névrite périphérique. Dans d'autres, où il y a à la fois ophthalmoplégie externe et interne, l'hystérie joue le rôle étiologique. La maladie est fréquemment aliée à l'ataxie locomotrice et à la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique. L'auteur pense cependant que l'ophthalmoplégie externe peut se rencontrer en dehors de ces cas avec lesquels la syphilis a parfois quelque chose à faire.

Le docteur GRAHAM, de Toronto, appuie sur l'extrême rareté de ces cas.

### Myxœdème

Une note du docteur CAMPBELL, de Seaforth, sur un cas de myxœdème, est déposée sur le bureau et acceptée.

### Maladies contagieuses

Le docteur PLAYTER, d'Ottawa, communique un travail sur certains faits se rapportant aux maladies contagieuses chez l'homme et chez les animaux, faits mis en lumière par des récents travaux

présentés au Congrès de Paris et à l'Association Médicale Britannique, principalement au sujet de la tuberculose.

---

SECTION DE CHIRURGIE.

Séance du 12 septembre.

Présidence du docteur Clarence Church.

### Hémorrhagie profuse dans la chambre antérieure, consécutive à l'extraction de la cataracte.

Le docteur PROUDFOOT, de Montréal, communique un cas d'hémorrhagie profuse dans la chambre antérieure ayant suivi l'extraction de la cataracte. Aucun anesthésique ne fut administré et on ne fit pas d'iridectomie; de la compression fut faite sur le globe oculaire au moyen d'un tampon et d'un bandage. Celui-ci étant enlevé le lendemain matin à cause de la douleur, une solution d'atropine fut instillée dans l'œil. L'hémorrhagie continuant on fit de nouveau de la compression en même temps que des applications d'acide borique, la douleur très vive, étant soulagée au moyen de la morphine. L'hémorrhagie continuant le onzième jour, l'œil fut énucléé et l'on découvrit que la rétine était le siège de l'hémorrhagie. Les seules causes appréciables auxquelles on put rattacher cette hémorrhagie furent l'état de pléthore et les habitudes d'ivrognerie du malade.

---

Séance du 13 septembre.

### Tumeurs rétro-pharyngiennes

Le docteur FENWICK, de Montréal, présente un travail sur les tumeurs rétro-pharyngiennes. L'historique de ces cas est assez pauvre. Le docteur Cheever, de Boston, semble avoir été le premier à enlever ces tumeurs. Velpeau, en 1836, enleva un de ces néoplasmes, l'ablation se faisant par la bouche après ligature de l'artère carotide commune. Le malade mourut le dix-septième jour. Le docteur Fenwick pense depuis longtemps qu'il est préférable d'opérer du dehors. Ces tumeurs sont ordinairement sarcomateuses ou cancéreuses et récidivent la plupart du temps. Le docteur Fenwick montre au moyen de diagrammes comment Cheever opère du dehors. Une longue incision droite est faite, commençant au niveau du bord inférieur de l'oreille et descendant vers le cou dans la direction des gros vaisseaux. Si cette incision ne donne pas un espace suffisant, une autre incision est faite transversalement au maxillaire. Celui-ci n'est pas divisé, les vaisseaux et les nerfs sont déplacés et la tumeur énucléée de la façon ordinaire.

L'opération de Czerney n'est qu'une modification de celle de Cheever. Czerney ouvre la trachée et maintient ainsi la respiration durant l'opération. Il divise le maxillaire entre la seconde et la troisième molaire, et en se frayant un chemin vers la tumeur, il est obligé de sectionner les principaux nerfs et vaisseaux de la région. La tumeur est alors enlevée au thermo cautère.

Le docteur FENWICK décrit ici l'opération qui lui est personnelle. Une incision curviligne est faite suivant l'angle du maxillaire. Dans deux cas, l'opération fut facile sans division de nerfs ni de vaisseaux importants, sauf le nerf facial qui fut sectionné une fois. Dans les deux cas l'hémorrhagie fut presque nulle.

Le docteur SHEARD pense qu'il faut établir une distinction entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs sarcomateuses. Il est d'avis que les tumeurs cancéreuses, non négligées, demandent une opération plus sérieuse et beaucoup plus de champ opératoire, attendu qu'elles ne peuvent pas être enlevées seulement avec le doigt, sans dissection préalable.

### Exostose des synoviales.

Le docteur BELL, de Montréal, lit un travail sur l'exostose des synoviales, au cours duquel il rapporte un cas qu'il croit avoir été le premier de ce genre relaté par un chirurgien anglais.

Le docteur SHEPHERD, de Montréal, attire l'attention sur l'excessive rareté de cette maladie, ainsi que sur l'explication que l'on a donnée de l'existence de cartilages flottants dans les cavités articulaires.

### Manie consécutive aux opérations.

Le docteur SHEPHERD présente une note sur la manie consécutive aux opérations chirurgicales, et rapporte six observations.

Le docteur BELL relate aussi deux cas, chez l'un desquels il croit pouvoir attribuer la manie à l'emploi de l'iodoforme.

Le docteur BULLER cite un cas de manie consécutive à une extraction de cataracte.

Le docteur DICKSON, de Pembroke, demande au docteur Shepherd s'il y a risque que la manie se développe quand l'iodoforme n'est appliqué que sur de petites surfaces.

Le docteur SHEPHERD répond que le danger est certainement beaucoup plus grand quand le médicament est appliqué sur une surface très étendue, comme par exemple dans la cavité de grands abcès.

### Plaies pénétrantes du globe de l'œil

Le docteur BULLER présente quelques observations sur les plaies pénétrantes du globe de l'œil.

Le docteur PROUDFOOT rapporte un cas de plaie pénétrante du

globe oculaire produite par une plume à écrire. Il s'accorde avec le docteur Buller pour reconnaître la nécessité d'instituer un traitement prompt et immédiat et de bien nettoyer la plaie.

En réponse au docteur Dickson, le docteur Buller dit que, dans ces cas, il faut combattre l'inflammation au moyen d'applications, froides ou chaudes, d'une solution de sublimé au 10,000 et une ou deux doses d'antipyrine, de 10 ou 15 grains chacune.

### Symptômes oculaires dus à des lésions cérébrales.

Le docteur STIRLING, de Montréal, communique une note relative à quelques symptômes observés du côté de l'œil au cours de certaines lésions cérébrales.

Le docteur BULLER fait observer que dans les cas de fracture de l'orbite, la cécité peut être due à l'infiltration du sang dans la gaine du nerf, et rapporte un cas de ce genre observé par lui-même.

### Traitement du varicocèle, de l'orchite et des strictures uréthrales par l'électricité.

Le docteur A. Laphorn SMITH présente deux notes, l'une sur le traitement du varicocèle et de l'orchite par le courant électrique, l'autre sur le traitement des strictures rebelles de l'urèthre par l'électricité.

Le docteur DICKSON demande si le docteur Smith a déjà utilisé l'électricité dans le traitement de la sciatique, des névralgies en général et de l'hypertrophie de la prostate. Le docteur Smith répond qu'un courant continu serait probablement efficace dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

Répondant à une question du docteur Church, le docteur Smith dit que les cas qu'il a rapportés ont été sous observation un temps considérable et certainement peuvent, au bout de trois ans, être considérés comme guéris.

Le docteur DICKSON dit que d'après l'expérience considérable qu'il a de l'emploi de l'électricité dans les cas de névralgie, le pôle négatif de tension augmente souvent la douleur surtout s'il y a de la névrite.

---

### SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNECOLOGIE.

Séance du 12 septembre.

Présidence du docteur TRENHOLME.

Le docteur ALLOWAY, de Montréal, lit un travail sur les indications et les mérites comparés des méthodes de Emmet et Schroeder dans les opérations sur le col utérin. Ce travail donne lieu à une discussion intéressante.

Le docteur GARDNER préfère l'opération de Schroeder à celle de

Emmet dans les cas d'hypertrophie considérable du col et d'inflammation de la muqueuse. Elle amène la guérison là où le procédé de Emmet échoue.

Le docteur TRENHOLME préfère le procédé de Emmet dans tous les cas excepté quand il y a hypertrophie excessive et beaucoup d'inflammation s'accompagnant de dégénérescence glandulaire des follicules, alors que l'opération d'Emmet n'est pas indiquée. Il croit cependant que ces cas sont très rares si l'on a soin de bien parer les tissus dans la direction du canal cervical, laissant un bord étroit qui peut fournir du tissu. La pression exercée plus tard sur les parties hypertrophiées ramènerait le col à ses dimensions naturelles. On n'est pas justifiable d'amputer le col si on peut l'éviter.

L'opinion générale des membres de la section est que l'opération de Schröder doit être réservée pour les cas extrêmes.

Séance du 13 septembre.

Le docteur SMITH, de Montréal, lit une note relative à quelques détails minutieux mais importants de l'application du courant continu dans le traitement des fibromes et autres maladies de l'utérus. Il insiste sur les précautions antiseptiques et en général sur le soin qu'il faut mettre à ce genre d'opération. Les résultats que lui (docteur Smith) a obtenus sont très satisfaisants. Il recommande l'électrode du docteur Inglemann de préférence à celui d'Apostoli (terre glaise). Les différentes sortes d'électrode et de sondes sont décrites et montrées à la section. Le docteur Smith préfère l'électrode de Martin comme étant le moins dispendieux et répondant aux indications de chaque cas. Il insiste sur la nécessité d'un dosage exact et du soin qu'il faut prendre des malades quand la dose administrée a été considérable.

Dans le cours de la discussion très intéressante qui s'en suit le docteur Trenholme se déclare en faveur d'une méthode antiseptique autre que l'irrigation. Il recommande de laver le canal vaginal avec de l'eau de savon et d'insérer un tampon de ouate antiseptique au niveau du col après avoir retiré la sonde. Et la séance est levée.

### Constipation.—Dr. O. S. Moore.

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| P.—Créosote .....            | 1 goutte |
| Sous-nitrate de bismuth .... | 4 grains |
| Glycérine .....              | ½ once   |

M.—Dose : Une cuillerée à thé, au besoin, une fois par jour, pour un enfant de un à deux ans.—*Virginia Med. Monthly.*

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE

Le rhume du cœur, par le prof. LUTON, de Reims.—Malgré la bizarrerie apparente d'un pareil titre, nous tenons à le conserver, comme de nature à attirer tout d'abord l'attention, et parce qu'il exprime très exactement le fait même que nous voulons mettre en lumière.

Il s'agit ici d'un certain état d'*engouement* du cœur, très fréquent d'ailleurs, qui se trahit par une toux, d'abord sèche et fatigante, et qui se juge en fin de compte par un catarrhe bronchique mucoso-purulent.

Ce complexe symptomatique correspond très fidèlement à notre rhume classique, affection des plus communes qui soient au monde, et très mal connue au fond. Nous pensons que l'analyse des faits ne laissera aucun doute sur l'interprétation quelque peu nouvelle donnée par nous à un cas que la pratique avait jugé indigne d'elle. Enfin, par la sanction thérapeutique à laquelle nous aboutirons, nous aurons plus que justifié la hardiesse de notre néologisme.

Attribuer un historique à la présente question, c'est vouloir lui donner un droit à l'existence, qu'on serait assez disposé tout d'abord à lui contester; et, cependant, nous pouvons nous appuyer sur des antécédents d'une certaine valeur; qu'on en juge :

Nous n'apprendrons rien à personne en rappelant que le cœur, dans son fonctionnement, se rattache au jeu des différents appareils organiques, soit pour en subir l'influence, soit en agissant sur eux à son tour. Les rapports existants entre l'hypertrophie du ventricule gauche et la dégénérescence brightique des reins, sont désormais bien établis; de même, mentionne-t-on un cœur hépatique et, par réciprocité, un foie cardiaque; et on parle couramment de la toux gastrique, de la toux utérine, etc., etc.

Enfin, serrant davantage notre sujet, n'est-il pas admis que le cœur et le poumon sont en continuelles et réciproques relations fonctionnelles? Le cœur des asthmatiques est souvent hypertrophié; et, d'autre part, les cardiaques sont en proie à une dyspnée habituelle. Dès ce moment, nous pouvons admettre une toux cardiaque.

Enfin, c'est à propos de la bronchite emphysémateuse que nous sommes entré, pour la première fois, dans le cœur de notre sujet. Il y a environ quatre ans, en effet, nous avons été frappé, chez une

dame atteinte d'une grippe très aiguë et ayant déjà de la disposition à l'emphysème, de l'intensité des troubles cardiaques qu'elle présentait. En l'absence d'une maladie organique du cœur bien avérée, il existait une dyspnée extrême, une grande agitation dans les mouvements précordiaux, un remous très évident dans les vaisseaux du cou, de l'irrégularité même dans les systoles, une congestion visible de tout le système veineux extérieur, etc.; bref, c'était on quelque sorte le tableau de l'asystolie, installé à l'occasion d'une affection catarrhale, dominée elle-même par une influence saisonnière; toujours est-il qu'après avoir vainement employé, pour soulager la malade, à laquelle le décubitus dorsal était même impossible, les moyens usités en pareil cas et tous dirigés contre une soi-disant bronchite à râles vibrants, nous obtînmes un résultat immédiat, et des plus heureux, par l'usage des granules de digitaline Nativelle. En deux jours, et n'ayant pu faire prendre que quatre de ces granules, tout était rentré dans l'ordre; et le rhume, reprenant ses allures de bénignité ordinaires, disparut bientôt.

Dans d'autres cas analogues, nous réussîmes de même; mais toujours nous restions convaincu que ces faits étaient au moins exceptionnels, et que la digitale ne convenait qu'à une forme essentiellement cardiaque de l'affection catarrhale classique.

Pendant, après un intervalle de plus de quatre ans, il nous parut que cette idée méritait d'être approfondie et généralisée.

Il est de notoriété publique que le simple rhume est l'une des indispositions les plus difficiles à combattre. Qu'est ce donc au fond que ce simple rhume? Une trachéite, une bronchite des grosses bronches? C'est un catarrhe qui débute ordinairement dans les fosses nasales, qui descend par le pharynx, pénètre dans le larynx et la trachée, et s'épuise enfin avant d'avoir atteint les bronches moyennes et surtout capillaires. Mais ce que n'explique pas ce substratum anatomique, c'est l'ensemble symptomatique qui lui correspond et qui commande surtout l'attention du malade. Il accuse un mouvement fébrile vespéral; sa toux est sèche et incessante; il éprouve une légère dyspnée avec anxiété précordiale; le séjour au lit amène un peu de moiteur, qui complète et termine l'accès pour ce jour-là. Mais le véritable caractère de la maladie, et qui lui donne une certaine sévérité, c'est sa persistance même, soit que l'on ne juge pas le cas assez sérieux pour s'en occuper, soit que le moyen d'en finir manque réellement, on voit ce simple *rhume* se prolonger durant des semaines, sans tendance à l'amélioration; et de là, par suite de circonstances de plus en plus fâcheuses, on arrive à attribuer au *rhume négligé* une foule d'inconvénients, que l'ignorance et les préjugés ont encore chargés

Dans la marche habituelle des choses, à cette première période d'irritation et de spasme succède une phase de détente et d'apaisement, l'expectoration devient abondante et facile; son produit est

un muco-pus plus ou moins élaboré; une sorte d'habitude, analogue à celle de se moucher, s'établit et tend à s'éterniser. Dès lors les craintes de phthisie pulmonaire se font jour, et des règles pour le diagnostic préoccupaient déjà le père de la médecine.

À ce cortège plus ou moins alarmant de symptômes, on oppose une médication banale, et un certain fatalisme abandonne le rhume au hasard des événements, sans plus s'en préoccuper désormais.

Il y a là un aveu d'impuissance de la part de la médecine, qui ouvre le champ aux entreprises pharmaceutiques les plus audacieuses, et qui conduit aux abus les plus graves. Nous pensons donc qu'une analyse, vraiment scientifique, de ce qui constitue notre rhume classique, peut avoir son utilité en elle-même, et nous conduire à des résultats inattendus.

Au début, on peut presque toujours placer un refroidissement, de l'aveu même du sujet; et l'affection acquiert dès lors, et sans conteste, le caractère *a frigore*, qu'elle gardera envers et contre tout.

Si, d'après cela, on cherche à l'asseoir sur un fait anatomo-pathologique bien positif, on devra songer à l'extrême fréquence de certaines lésions trouvées dans toutes les autopsies: plaques laiteuses du péricarde viscéral, traces peu équivoques d'endocardite, adhérences partielles des deux feuillets du péricarde et aussi de la plèvre, etc., etc. Et cependant on ne trouvera ordinairement pas, dans le passé du malade nécropsié, d'affections bien graves pour rendre compte des désordres aussi nettement définis.

Au point de vue clinique, à quoi pourrait donc bien correspondre tout cet ensemble anatomo-pathologique, sinon à notre rhume simple, affection *a frigore*, extrêmement fréquente, et à l'aide de laquelle tout s'explique à merveille?

Ne relevant que les symptômes les plus importants, et qui peuvent venir à l'appui de notre thèse, nous trouvons tout d'abord ces points vagues occupant différentes régions de la poitrine, et allant parfois jusqu'au degré de la pleurodynie. Ces points ne donnent-ils pas l'explication des lésions indiquées plus haut, plaques laiteuses, adhérences partielles du péricarde ou de la plèvre?

À ces sensations douloureuses correspond une certaine gêne à respirer, avec anxiété précordiale, et qui dure jusqu'au moment de la crise, alors que l'expectoration se fait facilement. Cependant, durant cette première période de la maladie, l'auscultation ne révèle aucun signe du côté des bronches, ni du parenchyme pulmonaire.

L'état du cœur, à ce moment, mériterait d'être vérifié; et nous avons pu constater, chez maint malade, une certaine dilatation du ventricule gauche au moins. Bien qu'une pareille démonstration soit très délicate à faire, nous trouvons dans l'étude de la ligne du

cœur (*Union médicale du Nord-Est*, 1884), un moyen d'une certaine valeur pour notre point de vue, et qui laisse loin derrière lui les résultats fournis par la percussio. Du reste, la simple palpation permet de sentir une impulsion forte dans la région précordiale, et s'étendant au-delà des limites habituelles. Quelquefois même, on entend, à la base et au premier temps, un souffle, qu'on peut mettre, si l'on veut, sur le compte de l'état fébrile, assez souvent marqué au début de tout rhume. Nous pouvons donc reconnaître qu'il existe alors un véritable *engouement* du cœur : circonstance qui va nous donner la clef de la théorie que nous défendons.

En ce qui concerne la seconde période du rhume, nous n'y insisterons pas : puisqu'elle est en quelque sorte le dénouement naturel de la scène que nous venons de décrire. C'est alors que commence le véritable rhume : c'est-à-dire un catarrhe mucosopurulent des bronches, à la suite duquel tout se simplifie, au grand soulagement du malade, qui voit dans cette expectoration la fin de ses malaises.

Eclairé par cette notion, analysons maintenant le traitement rationnel du rhume : c'est-à-dire avec l'idée dominante d'une pléthore cardiaque, et relâchement des parois musculaires du cœur.

Il se présente, au premier abord, un moyen de déplétion abortive, assez usité dans la pratique courante : c'est l'emploi du *punch chaud*, destiné à provoquer une sudation critique, souvent suivie des meilleurs résultats.

Cette méthode offre comme variante l'action des stimulants diffusibles, en général, et l'administration de la poudre de Dover dans une infusion chaude et aromatique.

A un degré plus avancé, on trouve la *saignée*, autrefois mise en usage, *largâ manu*, contre ces fièvres de début, dont l'aboutissant restait plus ou moins incertain, mais qui comprenaient sûrement l'affection *a frigore* dans ses manifestations méconnues ou larvées.

Dans cette même catégorie, on peut ranger les diurétiques, les purgatifs, les dérivatifs, les révulsifs, etc., etc., tous moyens propres à combattre l'engouement du cœur, et à favoriser le retrait des parois ventriculaires, dont la tonicité est affaiblie.

Nous n'irons pourtant pas jusqu'à proposer la *punction* des cavités du cœur, comme on l'a fait dans plusieurs circonstances (voyez le Mémoire de I. Bruhl, dans le *Progrès médical*, nos 49 et suiv., 1887). Il est clair qu'une pareille audace ne serait justifiée que si l'on était réduit à cet unique procédé ; et encore que peut-on espérer de cette opération *in extremis*, qui remédie à peine à un simple désordre fonctionnel, et laisse subsister une lésion primitive tout entière ? et qui ne donne au malade qu'un instant de répit, pour s'imposer de nouveau quelques instants après ?

Le praticien n'est pas aussi désarmé qu'on le croirait contre un pareil mal, et il doit rechercher dans le vrai tonique du cœur, la

*digitale*, l'agent énergique qui va le rendre maître de la situation. Il n'est pas bien nécessaire d'insister longtemps pour établir un fait de cette nature, et nous affirmons que c'est là la véritable base sur laquelle doit reposer la thérapeutique de notre rhume classique. La démonstration de cette vérité est facile à entreprendre, et les cas où on peut l'opérer ne manquent pas dans la pratique de tous les jours.

Bien que nous ayons débuté dans cette voie par la digitaline cristallisée de Nativelle, nous déclarons que les préparations dans lesquelles la digitale entre en nature sont de beaucoup préférables, et particulièrement *l'alcoolature de digitale*. Cependant, pour le cas actuel, on ne peut nier que l'association, par parties égales, du sirop du Codex de digitale et du sirop thébaïque usuel, ne convienne tout particulièrement. On administrerait une cuillerée à bouche, matin et soir, à jeun, de ce mélange. Mais il est bien entendu que ces détails secondaires appartiennent à la discrétion du médecin traitant, et qu'il lui est loisible de varier à sa guise la forme du médicament principal et ses doses.

Aujourd'hui la digitale compte de nombreux succédanés; nous citerons parmi eux, de préférence, la *cafféine*, la *spartéine* et la *strophantine*.

Nous ne refferons pas l'éloge de la *cafféine*, qui est un agent cardiaque merveilleux, comme tonique musculaire et diurétique puissant.

Nous ne dirons rien de la *spartéine*, que nous ne connaissons pas encore, et que rien ne nous oblige à employer quand même.

Quant à la *strophantine*, qui se retire de *l'inée*, poison des nègres du Gabon, nous savions déjà, avant que les Académies ne nous l'aient enseigné, et par le docteur Claude, que lorsque ce toxique a déterminé la mort, le cœur se montre en *systole*.

En attendant que les mérites de ces agents thérapeutiques soient définitivement mis en évidence, adressons-nous à la digitale, qui n'en est plus à faire ses preuves.

*Conclusions.*—Nous croyons par ce qui précède, avoir plus ou moins justifié le titre de cet article. Deux faits considérables se dégagent de la démonstration que nous avons entreprise :

1° D'une part, *l'engouement* du cœur paraît être le point capital d'une affection qui résulte d'une impression *a frigore*; qui se traduit, anatomiquement, par des lésions de nature inflammatoire et plastique; qui, sous le rapport clinique, se révèle par des points douloureux répartis sur la poitrine, par de l'anxiété précordiale, par de l'oppression et par une toux sèche et fatigante; et qui enfin aboutit à un catarrhe bronchique mucoso-purulent, comme crise de ce mal indéterminé qui prend alors légitimement le nom de *rhume*.

2° En second lieu, la thérapeutique intervient ici comme *critérium* de la thèse que nous soutenons, et l'efficacité extrême de la

*digitale*, dans un cas qui, malgré sa fréquence excessive, se montre rebelle à tout traitement, vient prouver que le cœur est en cause, et que surtout le muscle cardiaque est affaibli et dans un état de relâchement qu'il importe avant tout de faire cesser.

*Nota.*—La digitale en nature est préférable aux digitalines du commerce, et la meilleure forme à lui donner, c'est le sirop du Codex. On lui associera avec avantage le sirop thébaïque ordinaire. Les proportions du mélange varieront suivant le cas, et les doses seront réglées sur l'âge et sur la susceptibilité du malade. De toute façon, cette médication ne demandant pas plus de deux ou trois jours pour affirmer son efficacité, sera la meilleure preuve en faveur de la doctrine que nous venons de proposer, et que nous soumettons au contrôle des praticiens.—*Scalpel.*

**Méningite cérébro-spinale tuberculeuse.**—Clinique du professeur Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Un jeune homme de vingt-deux ans, ouvrier passementier, patistique depuis deux ans, entre à l'hôpital. Il portait une grosse caverne au sommet du poumon gauche, et l'on entendait des râles sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons. Sa température était de 39°.

Subitement, il se plaint d'uriner difficilement; on fait le cathétérisme, mais les jours suivants la dysurie persiste: la température s'abaisse, puis deux jours après, rétention complète des urines. Un délire bruyant, loquace, apparaît, mais sans agitation musculaire. A partir de ce moment, l'apyrexie est définitive; il y a une certaine raideur des muscles du cou, du dos et des lombes.

Le diagnostic de méningite cérébro-spinale s'imposait. Il avait eu d'ailleurs auparavant des douleurs musculaires profondes dans les mollets. La maladie évoluant, on constate la raie méningitique, le nœud musculaire. Le délire continue tranquille; pas de troubles oculaires ni de paralysie partielle. Quelques heures avant la mort, survient le coma.

Jamais la méningite cérébro-spinale de l'adulte ne réalise le type régulier de celle de l'enfant.

Ici, il n'y a pas eu de maux de tête, pas de vomissements, pas de constipation, pas de cris encéphaliques, pas de fièvre, pas d'alternatives de pâleur et de rougeur de la face. Nous n'avons eu, en résumé, que des troubles de la miction, du délire, et de la contracture.

Il y a trois types de méningite chez l'adulte :

1° Une forme exceptionnelle se rapprochant de la méningite des enfants ;

2° Une forme latente avec absence de symptômes positifs, seulement quelques phénomènes cérébraux avant la mort ;

3° Une forme anormale à subdiviser ; (a) un type lent et rémittent durant un mois et plus ; (b) un type à début brusque par

épilepsie ou aphasie subite; (c) un type brusque à début délirant simulant le *delirium tremens*.

La nécropsie du malade montra dans les méninges un exsudat purulent et des granulations.

Dans le poumon gauche, il y avait deux cavernes, une au sommet qui était adhérente à la paroi thoracique et une dans le lobe inférieur.

Du côté de la vessie, cystite purulente produite par le cathétérisme répété et développée sous l'influence de la méningite.—*Praticien*.

**Arthrite rhumatoïde, rhumatisme articulaire et goutte.**—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker.—Un malade entré dans le service de M. P. eor a eu, en 1872, une attaque d'arthrite rhumatoïde; en 1879, du rhumatisme aigu, et, peu de temps après, une attaque de goutte à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

Ce malade présente à l'oreille gauche un petit tophus laissant échapper un liquide d'aspect huileux. Ce tophus est développé dans le cartilage de l'oreille. Ces dépôts se produisent chez les gens dont le sang est surchargé d'urate de soude et dans les endroits éloignés du centre circulatoire, à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, par exemple, qui se fatigue beaucoup.

Au milieu de toutes ces attaques, le cœur de cet homme est resté indemne.

Les lésions de l'arthrite sont celles de l'arthrite chronique: synovite avec épanchement, épaissement de la synoviale, puis constitution de l'arthrite sèche, ostéite et déformation.

Les mains de notre homme sont difformes, retournées vers le sens cubital (ce qui arrive le plus souvent).

Dans la goutte, les dépôts se font autour de l'articulation; les cartilages peuvent s'incruster d'urate de soude. Dans l'arthrite rhumatoïde, les tendons et leurs gaires s'enflamment aussi; puis il peut y avoir des lésions musculaires dues à l'immobilité, l'atrophie. L'arthrite rhumatoïde est douloreuse, d'omnipotence fonctionnelle: l'articulation se déforme, puis, plus tard, elle se subluxe. Peu à peu, de bas en haut, les articulations se prennent. Les malades sont condamnés à l'immobilité. La débécance physique arrive et le plus souvent ils sont emportés, non par le cœur, mais par la tuberculose pulmonaire. Ils meurent aussi quelquefois par épuisement.

Au début il faut recourir aux révulsions puis aux préparations iodées, l'iodure de potassium, 1 gramme par jour pendant trois ou quatre jours par semaine, la teinture d'iode à la dose de dix gouttes par jour et plus (jusqu'à 4 et 5 grammes).

S'il y a des douleurs intenses, administrer l'antipyrine bien supérieure dans ce cas à la morphine.—*Praticien*.

**Cause de la lithiase biliaire.**—D'après M. MARCHAND, l'usage du corset est, chez les femmes, une cause fréquente de lithiase biliaire. De tout temps on a incriminé la stase de la bile, dans le développement des concrétions biliaires; d'après cela, toute compression persistante qui s'exerce sur les canaux biliaires, sur le canal cystique notamment, doit contribuer à la formation de calculs dans la vésicule. Toute constriction de la partie inférieure de la cage thoracique pourra aboutir à ce résultat.

Pour ce qui est de la constriction opérée par le corset, elle s'exerce directement sur la vésicule biliaire et sur son canal excréteur, et pendant le jour, c'est-à-dire pendant la période de vingt-quatre heures durant laquelle la vésicule est sollicitée naturellement à déverser son contenu dans l'intestin. Voilà, selon l'auteur, de quoi expliquer l'extrême fréquence de lithiase biliaire chez les femmes. Or, quand on considère les complications multiples et les diverses maladies (y compris le cancer de la vésicule) qu'entraînent si souvent à sa suite la présence de calculs dans les voies biliaires, on est conduit, c'est le sentiment de M. Marchand, à réclamer avec énergie des mesures prophylactiques *raisonnables*, visant *l'abus* du corset.

A titre d'exemple de l'influence que la compression du foie peut exercer sur la formation des calculs biliaires, M. ZERNER mentionne le fait suivant:

Un officier succomba à l'hôpital, après qu'on eut diagnostiqué de son vivant l'existence d'un épanchement pleuritique à droite. À l'autopsie, on trouva un épanchement hémorrhagique dans la plèvre, et la convexité du foie. Le lobe droit du foie était comprimé et déprimé par cet abcès et renfermait une grande quantité de concrétions biliaires.

Toutefois, l'auteur est d'avis qu'il faut plus qu'un obstacle à l'écoulement de la bile, pour provoquer la formation de ces calculs, qu'il faut de plus une altération pathologique de la paroi des canaux excréteurs, qui gêne la résorption des éléments solides de la bile dans une mesure plus grande que la résorption de la partie aqueuse. Il n'accepte donc pas la théorie de M. Marchand, exposée plus haut, et qui avait déjà été proposée, il y a une dizaine d'années, par un médecin de Vienne, M. Chrostek.

La principale cause de la lithiase biliaire réside dans la sédentarité; celle-ci entraîne comme conséquence un accroissement de la pression intra-abdominale, qui à son tour gêne les mouvements du diaphragme et consécutivement l'écoulement de la bile dans l'intestin. De plus, les habitudes sédentaires prédisposent aux affections gastro-intestinales.

Enfin, Bencke a constaté que 70% des personnes affectées de lithiase biliaire avaient de l'artério-sclérose. Il est très vraisemblable que les canaux biliaires participent à l'altération des parois des vaisseaux sanguins.—*Gazette médicale de Paris.*

## CHIRURGIE

---

**Microbisme et abcès; classification de ces derniers.**—Communication à l'Académie des Sciences de Paris par M. le professeur VERNEUIL.—Des connaissances acquises à ce jour, M. le professeur Verneuil croit pouvoir formuler sa manière de voir comme suit :

1<sup>o</sup> Le pus n'est plus exclusivement caractérisé au point de vue anatomique par ses globules, car on y découvre aussi des éléments figurés tout particuliers, qu'on peut reproduire à volonté et multiplier *in vitro*, comme dans les tissus vivants des animaux, et qui appartiennent au règne microbique.

2<sup>o</sup> Ces microbes sont, sinon constants, du moins si fréquents, qu'ils semblent inséparables de la pyogénèse et en constituent, suivant toute vraisemblance, la cause unique et réelle, hypothèse à peu près démontrée par ce fait qu'introduits expérimentalement dans l'organisme, les microbes susdits y font naître la suppuration et les abcès.

3<sup>o</sup> Le pus est tantôt mono microbique, ne présentant qu'une espèce de micro-organisme, tantôt poly-microbique, c'est-à-dire contenant à la fois plusieurs genres et espèces différents : microcoques, bactéries, vibrions, bacilles, etc. Dans le premier cas, nul doute possible sur la propriété pyogène du microbe observé; mais, dans le second, impossibilité de décider encore si tous les microbes constatés ou seulement quelques-uns d'entre eux sont capables de provoquer la suppuration.

4<sup>o</sup> Jusqu'à solution de ce dernier problème, il convient provisoirement de répartir les microbes observés jusqu'ici dans les abcès en deux catégories.

On peut placer dans la première ceux qu'on rencontre si souvent, si régulièrement, si uniquement dans les suppurations superficielles, interstitielles et cavitaires, qu'on est autorisé à les croire normaux et nécessaires, sinon exclusifs : microbes pyogènes proprement dits (microcoques et diplocoques diversement groupés et colorés, streptocoques, zooglées, staphylocoques orangés, citrins, blancs, etc).

Et dans la seconde, les microcoques, bactéries, vibrions, bacilles, etc., que sans doute on rencontre dans le pus, mais fortuitement, irrégulièrement, tandis qu'ils existent normalement dans l'organisme en l'absence de tout processus pyogénique, et en dehors de tout foyer de suppuration, soit qu'ils proviennent directement du dehors, qu'ils habitent une cavité naturelle, ou qu'ils aient envahi l'économie tout entière, comme cela arrive chez les sujets ayant été ou étant encore en proie à une contamination.

locale ou à une maladie générale infectieuse; microbes inconstants, anormaux, hétérotopes en quelque sorte, et que, par opposition à ceux de la première catégorie, on peut nommer *microbes accidentellement pyocoles*.

Les études dont je viens de donner une idée sommaire n'ont certes pas dit leur dernier mot, et je reconnais si bien les lacunes qu'elles présentent que je les poursuis depuis quelque temps avec l'aide et le concours de mon habile chef de laboratoire, M. le docteur Clado. Néanmoins, j'affirme que, dès à présent, elles ont fourni des résultats importants, ne serait-ce que d'avoir complété la théorie de la formation du pus; car on peut dire que la découverte de la cause d'un processus morbide constitue toujours un grand progrès.

En conséquence, j'admettrai la division suivante :

1<sup>o</sup> Abscesses simples, développés sous l'unique influence des microbes pyogènes normaux et ne renfermant qu'eux seuls à l'exclusion de tous les autres;

2<sup>o</sup> Abscesses infectés, nés sous l'influence, soit des microbes pyogènes normaux, soit des microbes pyocoles accidentellement pyogènes (je laisse la question indécise), mais en tout cas caractérisés par la présence de ces derniers, avec toutes les conséquences de cette juxtaposition microbienne.

De temps immémorial, on a décrit un pus légitime, pur, bénin, de bonne nature et d'autres pus impurs, infectants, virulents, putrides, etc.; de même, en regard des abscesses dits idiopathiques, indépendants de tout état pathologique antérieur, développés chez des sujets sains à la suite d'un trauma ou d'un refroidissement et guérissant sans laisser de traces, on a placé d'autres abscesses, dit symptomatiques, apparaissant dans le cours ou à la suite de diverses maladies générales, infectieuses et virulentes, et en renfermant les principes spécifiques: abscesses morveux, pyohémiques, puerpéraux, varioleux, typhoïdes, etc.

Mais, avant les études microbiennes, les deux colonnes, si elles étaient ouvertes, n'étaient ni bien circonscrites ni exactement remplies.

“ Pour ne citer qu'un exemple, il suffit de rappeler qu'il y a peu d'années encore, les chirurgiens considéraient les abscesses froids, quand ils ne provenaient pas d'une altération du squelette, comme moins graves que les abscesses chauds.

“ On connaît seize variétés d'abscesses coïncidant avec une maladie générale contagieuse et la liste n'est certes pas close; on n'y voit pas figurer, en effet, les abscesses chez les varioleux, les rubéoliques, les syphilitiques, pas plus que ceux qui succèdent aux chancres mous, parce que les microbes de ces diverses maladies n'ont pas encore été isolés et qu'on n'a pu étudier les qualités virulentes de leur pus par la méthode des inoculations, les maladies susdites n'étant pas transmissibles aux animaux.

“ Ayant eu l'occasion d'ouvrir un abcès de l'extrémité du doigt et d'en examiner aussitôt le pus, M. Clado y découvrit, non sans surprise, avec les microbes pyogènes ordinaires, un des microbes de la salive, la spirille. Pour s'expliquer le fait, il interrogea soigneusement le malade et apprit de lui que l'abcès était survenu à la suite d'une écorchure faite au doigt par le crochet d'une pièce prothétique supportant des dents artificielles.

“ Ceci ne veut pas dire, bien entendu, que tout abcès survenant chez un sujet atteint d'une maladie infectieuse renfermera nécessairement le microbe correspondant, mais seulement qu'il pourra le renfermer, et cela dans une proportion et avec une fréquence que de nombreuses observations sauront seules établir. Il est permis cependant d'avancer que toute maladie infectieuse ou virulente à microbes spécifiques, alors même qu'elle ne compte pas la suppuration parmi ses processus habituels, peut déverser les microbes susdits dans des abcès développés sous des influences banales.”

Dans une communication ultérieure, M. Verneuil cherchera à démontrer l'importance de ces notions au point de vue de la thérapeutique des abcès.—*Courrier médical.*

**Luxation ancienne de l'épaule.**—Clinique de M. DESPRÈS à l'hôpital de la Charité.—Une malade âgée de soixante-six ans, couturière, se présente à la consultation, avec une luxation sous-coracoïdienne du côté gauche: la tête de l'humerus est dans l'aiselle, au-dessous de l'apophyse coracoïde.

Deux mois auparavant, cette femme en voulant se garer d'une voiture, glissa sur le bord d'un trottoir, tomba sur le coude, éprouva une vive douleur et, à partir de moment, l'impotence du bras fut absolue. Un médecin prescrivit seulement l'immobilisation par une écharpe. On ne fit aucune tentative de réduction.

Quel est la conduite à tenir en pareil cas ?

Il y a quelque temps encore, on eût employé pour la réduction les moyens violents.

Dans le cas présent, M. Deprès eut l'espoir de réduire la luxation de cette femme âgée et peu musclée par la douleur, soit par l'extension faite par les aides ou des appareils élastiques, soit par la méthode de Kocher.

Par ce dernier procédé, on fait faire à l'humerus un mouvement de rotation en dehors, l'avant bras servant de levier. Cette manœuvre est dérivée de celle qu'exécutait Mothe, de Lyon (1812).

Chez la malade dont il s'agit, il fallait d'abord mobiliser l'articulation, puisque la luxation avait déjà deux mois de date. Des aides maintenant la malade, l'un d'eux, placé à la droite, c'est-à-dire du côté sain, l'entoure de ces bras en fixant fortement l'omoplate sur la paroi thoracique, pendant qu'un autre repousse en bas l'omoplate pour éviter tout mouvement d'élévation.

Bientôt des craquements, perçus par l'aide qui maintient l'épaule, annoncent les déchirures des adhérences récemment formées. M. Desprès commence la réduction et, dès la seconde tentative, la tête humérale reprend sa place dans la cavité glénoïde.

Tout ce manuel opératoire avait duré environ cinq minutes. L'on avait pas donné de chloroforme à la malade qui, d'ailleurs, n'éprouva pas de grande douleur. Une écharpe ayant été appliquée pour maintenir le bras dans sa position, la malade put rentrer chez elle.

Ce fait de réduction ancienne d'une luxation par la méthode de Kocher, sans anesthésie, n'est pas unique, il a existé d'autres observations. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que la réduction s'est faite rapidement. Peut être que, si au lieu d'avoir affaire à une femme, l'on a à réduire une luxation ancienne chez un homme, surtout s'il est bien musclé, ne réussirait-on pas par les procédés de douceur.

La malade revient huit jours après. Tout était en parfait état et il lui était possible de faire déjà quelques mouvements.—*Praticien.*

**De la néphrorraphie.**—M. le Dr. GUERMONPREZ, de Lille, a fait à l'Académie de Médecine de Paris une communication sur la néphrorraphie, dans le cas de rein flottant douloureux. Cette opération a déjà été pratiquée en France par M. Furgard et M. Duret, de Lille, et a plusieurs reprises par M. Guyon. M. Guermontprez en rapporte un nouveau cas qui a été suivi d'un succès complet. Il s'agit d'une femme de 37 ans qui se plaignait depuis plusieurs années de douleurs violentes dans le ventre, accompagnées de palpitations très pénibles. Elle accusait la sensation d'un objet pesant qui serait déplacé de gauche à droite, allant du flanc à l'ombilic. Elle ne trouvait un peu de calme que dans le décubitus dorsal. Les signes physiques du rein mobile ayant été constatés, M. Guermontprez pratiqua la néphrorraphie en suturant à la fois le rein et la capsule. Les suites de l'opération furent excellentes; les douleurs disparurent et la malade est actuellement complètement guérie.

M. Guermontprez pense que la néphrorraphie doit être préférée à la néphrectomie, dans le traitement de rein flottant douloureux à la condition d'agir comme il l'a fait, c'est-à-dire de faire la suture simultanée du rein et de la capsule. Un nouveau déplacement de l'organe est toujours à craindre quand on suture isolément soit la capsule, soit le rein, d'après la méthode du docteur Hahn, de Berlin. Quant à la nature du fil à employer, on s'est servi du catgut et de la soie antiseptique. L'auteur préfère le crin de Florence qui ne se résorbe pas comme le catgut, qui s'enkyste et qui est mieux toléré que la soie.

Le travail de M. Guérmonprez se termine par les conclusions suivantes :

1° La néphrectomie n'est plus la seule ressource à opposer au rein flottant douloureux ;

2° La néphrorraphie pratiquée par la méthode allemande est insuffisante ;

3° La même opération pratiquée par la méthode française : Suture simultanée du rein et de la capsule, emploi de la soie ou du crin de Florence, peut être suivi d'une guérison complète, lorsque les douleurs incriminées sont toutes attribuables à l'ectopie rénale.—*Scalpel.*

**Traitement de la cystite aiguë et chronique.**—Le professeur NEUMANN a résumé l'état actuel de cette question dans une série de leçons reproduites par les journaux de Vienne. La prophylaxie consiste naturellement dans le traitement des affections génératrices : blennorrhagie ou rétrécissement urétral, maladies de la prostate. Outre les mesures hygiéniques bien connues, il faudra surveiller soigneusement au commencement et à la période d'acmé de la blennorrhagie, l'emploi des médicaments éthérés balsamiques, faire les injections avec moins de force et s'abstenir de sondages.

Le traitement proprement dit des cystites dépend du stade et du degré de la maladie. L'état aigu réclame seulement un traitement expectant symptomatique et antiphlogistique approprié aux circonstances. Les indications fondamentales dans le traitement de la forme aiguë sont : 1° limiter l'inflammation ; 2° combattre les douleurs et le ténésme ; 3° prévenir les rétentions d'urine.

Naturellement, on doit commencer par combattre toutes les influences capables d'enrayer ou d'entretenir l'inflammation. Ainsi, dans la prostatite aiguë, il faut bien faire attention de ne pas administrer les balsamiques, de ne pas recourir au cathétérisme ; les malades restent au lit dans le décubitus dorsal et sont soumis à un régime tempéré. Le fonctionnement de l'intestin sera surveillé ; il ne faut pas que la stase fécale augmente la congestion passive de la région par compression des veines hémorrhoidales. On réglera les boissons de manière à éviter la diurèse. L'eau pure, la limonade, sont les meilleures des boissons mucilagineuses, l'orgeat est la meilleure. Le lait et la crème sont de bons aliments ; en cas de fièvre, quinine, boissons sudorifiques : infusion de tilleul ou de fleurs de sureau. Pour limiter la compression de l'appareil uro-génital on emploie un traitement hydratique lénitif et anti-spasmodique appliqué à la sensibilité individuelle ; au début, on donne des bains de siège tièdes ; ces bains sont refroidis peu à peu, d'après la manière dont le malade réagit. Plus tard, on a recours aux demi-bains, mais ceux-ci ne doivent

pas être pris aussi chauds que les bains de siège. Dans l'intervalle, on applique des cataplasmes froids ou des vessies de glace sur le périnée et l'abdomen; au besoin, l'application du froid est faite par voie rectale. Si celui-ci est mal supporté, on remplace les fomentations froides par des cataplasmes de farine de graine de lin, d'herbes narcotiques ou aromatiques: bains de siège ou grands bains chauds. Lorsque le traitement antiphlogistique ne diminue pas les douleurs et le ténésme, on ajoute les narcotiques à l'intérieur, en injections sous-cutanées, sous forme de suppositoires rectaux ou vaginaux ou de lavements. On doit conseiller à l'intérieur la morphine, jointe à la lupuline, au bicarbonate de soude, à l'extrait de chanvre indien, au camphre. Des extraits de belladone et jusquiame ont une action beaucoup moins certaine.

L'auteur préconise dans ces conditions les formules suivantes :

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Lupuline pure .....           | 2 grammes. |
| Chlorhydrate de morphine..... | 5 —        |
| Sucre blanc.....              | 5 —        |

Pour 10 paquets, 3 à 5 par jour.

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Camphre.....                  | 4 grammes. |
| Huile d'amandes douces.....   | 20 —       |
| Poudre de gomme arabique..... | 10 —       |
| Eau distillée.....            | 150 —      |
| Sirop de sucre.....           | 50 —       |

Mélanger et faire une émulsion.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| Extrait de chanvre indien..... | } à 5 gr. 25. |
| Camphre .....                  |               |
| Sucre blanc.....               | 3 grammes.    |

Pour 10 paquets. Un toutes les deux ou trois heures. En outre, les décoctions de graine de lin, de pépins de coings avec du sirop diacode comme antispasmodiques sont très utiles.

Les suppositoires morphinés, les injections sous-cutanées de morphine, les lavements à la teinture d'opium réussissent également bien.

Lorsque, malgré tout, l'ischurie persiste, on sonde avec une sonde non rigide, et on fait des lavages de la cavité vésicale avec une solution phéniquée à 0,1 0/0; lorsque les douleurs sont violentes, on injecte dans la vessie 300 gr. d'eau chaude avec 30 gouttes de teinture d'opium. Lorsque le cathétérisme est très difficile, on le fait pendant que le malade est dans un bain chaud ou dans la narcose chloroformique. Pour un chirurgien un peu expérimenté, la ponction capillaire de la vessie n'est presque jamais nécessaire dans ces conditions. Si le malade est pusillanime et extrêmement sensible, on peut laisser une sonde à demeure. Contre les hémorrhagies profuses, lorsqu'il s'en présente, on prescrit le seigle ergoté et le perchlorure de fer :

|                                  |   |         |
|----------------------------------|---|---------|
| Extrait de seigle ergoté.....    | 1 | gramme. |
| Eleo-saccharure de cannelle..... | 2 | —       |

En 10 paquets, 1 toutes les deux heures ;

On encore :

|                                 |     |         |
|---------------------------------|-----|---------|
| Perchlorure de fer.....         | 1   | gramme. |
| Eau distillée de cannelle ..... | 100 | —       |
| Sirop de sucre.....             | 10  | —       |

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Lorsque les hémorrhagies vésicales sont rebelles et d'une abondance extrême, il faut injecter de l'eau froide dans la vessie, ou laisser à demeure une sonde qui agit comme un tampon (Horowitz).

Dans les cas les plus graves, il est parfois nécessaire de faire des lavages avec une solution légèrement astringente ; la meilleure est la suivante :

Solution de nitrate d'argent : au 500<sup>e</sup> ou au 300<sup>e</sup>, de perchlorure de fer de 1,2 à 1 0/0, de tannin de 1,2 à 2 0/0.

Le traitement dit abortif proposé par Bartzéau, et qui consiste à prescrire le copahu à haute dose, surtout lorsqu'il y a de fortes hémorrhagies, est certainement nuisible. Lorsque les symptômes les plus pénibles ont été combattus, l'expectation est indiquée.

Pour que la sécrétion soit évacuée plus vite, on peut donner différentes infusions diurétiques et astringentes, comme la décoction de feuilles d'ava ursi, la racine de pareira brava, l'infusion chaude de marrube blanc ; une eau minérale pure ou mélangée avec du lait chaud. Lorsque le catarrhe de la vessie se prolonge, et qu'il s'agit d'un catarrhe chronique au deuxième ou au troisième degré, le traitement médical passe au second plan ; c'est le traitement local qui donne les meilleurs résultats.

Comme l'a fait judicieusement remarquer Dittel, la vessie devient un vaste kyste purulent n'ayant qu'une petite ouverture, et il faut la traiter en conséquence.

Il faut : 1<sup>o</sup> veiller à l'écoulement facile et complet de la sécrétion ; 2<sup>o</sup> s'efforcer de désinfecter celle-ci ; 3<sup>o</sup> la diminuer ; 4<sup>o</sup> favoriser la réparation des altérations structurales. On répond à ces indications en ayant soin de vider complètement la vessie en la lavant soigneusement et souvent, et en faisant des injections médicamenteuses. Les instruments nécessaires pour le traitement local de la vessie sont les sondes molles ou élastiques ou, surtout, les sondes coudées ; la sonde à double courant ne permet pas de faire un nettoyage suffisant de la vessie.

Le cathétérisme et les lavages doivent être faits lorsque le malade est dans le décubitus dorsal. Les injections seront chaudes parce que les injections froides produisent ordinairement de la

dysurie. Dans les cas légers, les évacuations régulières et les lavages réussissent à produire la guérison.

Pour faire un choix entre les liquides d'injection, l'auteur pose les principes suivants: injecter: 1<sup>o</sup> de l'eau à la température de 25° C. ou à peu près; 2<sup>o</sup> de la teinture d'opium dans de l'eau tiède, 10 gouttes dans le 10 cent. cubes d'eau; 3<sup>o</sup> des solutions de cocaïne de 5 à 25 0/0.

Dans les cas où la sécrétion catarrhale est trop épaisse, l'auteur conseille des solutions de 3 à 5 p. c. de sel de Glauber, de sel de cuisine, de borax, d'eau de chaux, etc.

Parmi les caustiques, il convient de citer le nitrate d'argent de 0,1 à 1 p. c.; il est bien supporté et présente une efficacité parfaite. Le sublimé en solution au 10<sup>e</sup> est très utile dans la bactériurie; la teinture d'iode est trop irritante; le calomel en suspension dans l'eau a été donné par Bretonneau, Cloquet préférerait la potasse caustique en solution très faible. Lisfranc, Toulmouche, Werlhoff ont parlé de la teinture de cantharides. Le choix des médicaments astringents et toniques est plus varié. On compte parmi ceux-ci l'alun en solution de  $\frac{1}{2}$  à 5 p. c., le sulfate de zinc, le phénate de zinc, en solution de 0,25 à 2 p. c.

Selon Dittel, les solutions de chlorure de zinc de 0,5 à 2 p. c. proposées par Max Schüller, en 1877, provoquent une réaction trop vive. L'acétate de plomb, le perchlorure de fer, le tannin en solutions de 0,5 à 2 p. c., la teinture de noix de galle, la décoction d'écorce de quinquina, de simaruba, la gomme kiao, le baume de copahu, etc. Les antiseptiques employés dans ce cas sont: le permanganate de potasse en solutions de 5 à 30 cent. p. c. lorsqu'il existe des bactéries dans l'urine. L'acide phénique en solutions de  $\frac{1}{2}$  à 1 p. c., lorsque les vessies sont peu sensibles; l'acide borique en solution à 3 p. c.; l'acide salicylique (solutions de 25 à 50 cent. p. c.) lorsque les cristaux ne sont pas complètement dissous, une action beaucoup trop vive; le salicylate de soude (solutions de 1 à 5 p. c.); l'acide benzoïque 0,05 à 0,02 p. c. (Lurbringer); la résorcine (en solution à 5 p. c.), le chlorure de chaux, l'iodoforme, dans une poudre en suspension dans la glycérine, mélangé à l'alcool, l'éther, la térébenthine, ne vaut rien; il agit plutôt comme anesthésique que contre la maladie elle-même; le sulfate de quinine en solutions de 1.10 p. c. Pour dissoudre le sédiment, lorsque les urines sont alcalines, on emploie: l'acide chlorhydrique de 25 à 50 centigrammes p. c. (Michaelis), de l'eau acidulée par quelques gouttes d'acide nitrique (Brodie). Pour combattre la mauvaise odeur de l'urine, on emploie aussi une goutte de nitrite d'amyle dans 150 gram. d'eau tiède.

La technique du traitement local variera suivant que l'on se trouvera en présence d'une maladie totale ou partielle de la vessie. Dans le premier cas, le traitement devra porter en même temps sur le pari postérieure de l'urèthre, et on procédera comme lors-

qu'on est en présence d'une urétrite postérieure. Dans la cystite totale il faut, au contraire, que la sérosité arrive bien en contact avec la face interne de la vessie. On n'y laisse les injections médicamenteuses que pendant, cinq et dix minutes pendant lesquelles on ferme l'orifice de la sonde avec le doigt, puis on les laisse couler. Lorsqu'il existe après l'injection une sensation trop vive de brûlure, on peut encore une fois injecter de l'eau tiède. Lorsqu'il y a une dysurie trop forte, on a recours aux injections sous-cutanées de morphine. Les dérivatifs employés contre le catharthe chronique n'ont aucune influence. Les vésicatoires sont mauvais parce qu'ils peuvent favoriser la production d'une fausse membrane.—(A suivre.)

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**Du dégagement artificiel des épaules au détroit périnéo-vulvaire, par le Dr. R. LEFOUR, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien de la Maternité.**—Permettez-moi de lire aujourd'hui devant vous, mais uniquement pour prendre date, une note aussi succincte que possible sur le dégagement artificiel des épaules du fœtus au détroit périnéo-vulvaire.

Dans les présentations du sommet ou de la face, lorsque la tête a franchi l'anneau périnéo-vulvaire, on voit, dans les conditions normales, la pointe de l'occipital ou la symphyse du menton tourner tantôt à gauche, tantôt à droite, selon qu'on a eu affaire à une position gauche ou droite de l'extrémité céphalique fléchie ou défléchie.

Ce mouvement de rotation de la tête qui se passe sous les yeux mêmes de l'accoucheur est dû, chacun le sait, à deux causes qui n'ont pas, l'une et l'autre, une égale influence. En effet, à peine l'extrémité céphalique est-elle dégagée, ses grands diamètres coïncidant avec le diamètre antéro-postérieur des détroits inférieur et périnéo vulvaire, que l'occipital ou le menton accomplissent aussitôt un petit mouvement de rotation vers la gauche ou vers la droite, mouvement qui s'arrête, lorsque les grands diamètres de la tête fœtale ont repris leur position perpendiculaire par rapport au grand diamètre des épaules encore contenues dans l'excavation pelvienne. C'est l'ancien *mouvement de restitution de Gerdy* ramené à de justes proportions. •

Bientôt, sous l'influence d'une nouvelle contraction utérine, le mouvement de rotation ainsi commencé se continue, pour s'arrêter lorsque la pointe de l'occipital ou la symphyse du menton regarderont directement soit à gauche, soit à droite, c'est à dire lorsque les grands diamètres de la tête fœtale seront per-

pendiculaires au diamètre antéro-postérieur des détroits inférieur et périnéo-vulvaire. Cette seconde partie du mouvement de rotation de la tête est la manifestation *extérieure du mouvement de rotation intérieur des épaules* qui a pour but de ramener en avant l'épaule la plus rapprochée de la symphyse des pubis et en arrière l'épaule la plus proche de la concavité sacrée. De cette façon, le plus grand diamètre des épaules, le diamètre bi-acromial *accommodé* au plus grand diamètre des détroits inférieur et périnéo-vulvaire, se trouve dans les conditions les plus favorables pour franchir l'extrémité inférieure du canal pelvi-génital.

Tous les accoucheurs sont d'accord sur le fait suivant : à savoir que les deux épaules, sauf quelques cas exceptionnels, ne se dégagent pas simultanément aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur de l'orifice périnéo-vulvaire. Mais ils se divisent aussitôt quand il s'agit de savoir quel est de l'épaule antérieure ou de l'épaule postérieure celle qui se dégage la première. Les uns, avec Cazeaux, par exemple, soutiennent que c'est l'épaule postérieure qui se dégage la première ; les autres, avec Paul Dubois, Pajot, Tarnier et Chantreuil, affirment, au contraire, que le dégagement commence par l'épaule antérieure.

Depuis longtemps déjà, je me suis fait une opinion à ce sujet et je ne manque jamais, dans mes leçons sur le mécanisme naturel de l'accouchement, de faire remarquer que *très souvent* pour ne pas dire *le plus souvent*, l'épaule postérieure sort avant l'épaule antérieure. Aussi, me proposais-je d'employer la première suppléance que je serais appelé à faire dans la Clinique obstétricale de la Faculté à déterminer par des observations précises, ayant un caractère véritablement scientifique, les causes de variabilité dans le mode de dégagement des épaules.

Je n'ai malheureusement pas eu depuis fort longtemps l'occasion de faire de suppléance et c'est à ce fâcheux contre-temps que je dois d'avoir été devancé dans ces recherches par M. le Dr. Auvard, accoucheur distingué des hôpitaux de Paris. Toutefois si cet auteur a donné du fait en litige une explication qui, jusqu'à plus ample informé, me paraît être vraie, il n'en déduit aucune conséquence pratique.

Du petit travail publié par M. Auvard, il résulte que, sur 25 accouchements observés en dehors de toute cause d'erreur, l'épaule postérieure se serait dégagée 16 fois la première et l'épaule antérieure 9 fois seulement. Ce mécanisme ne se produirait qu'aux trois conditions suivantes :

- 1<sup>o</sup> Qu'on soutienne la tête dès sa sortie pour empêcher l'action de la pesanteur ;
  - 2<sup>o</sup> Que la rotation complète des épaules ait lieu, plaçant leur grand axe dans le sens antéro-postérieur ;
  - 3<sup>o</sup> Qu'on abandonne l'expulsion aux seules forces de la nature.
- De ce chef, je ne revendique ici, Messieurs, aucune espèce de

priorité et je me félicite simplement d'être en communion d'idées avec le sympathique directeur des *Archives de Tocologie*.

Mais, n'oublions pas que dans tous les cas où l'accoucheur est appelé à suppléer ou à aider la nature, il doit faire tous ses efforts pour l'imiter dans ses moindres détails. S'il est amené à dégager artificiellement les épaules au détroit périnéo-vulvaire, il doit le faire en observant rigoureusement le précepte que je viens de rappeler, c'est à dire d'engager d'abord l'épaule postérieure, si tant est que ce soit elle qui *spontanément* apparaisse la première à l'extérieur. J'espère, Messieurs, vous démontrer sommairement qu'il doit en être ainsi, surtout dans l'intérêt de la mère dont le périnée est ici plus particulièrement menacé. C'est là le côté original et personnel de cette petite communication.

Si c'est l'épaule antérieure qui se dégage la première, *se fit* sous la symphyse pubienne, comme on dit en langage obstétrical, lorsque l'épaule postérieure viendra, à son tour, se dégager au devant de la commissure antérieure du périnée, le détroit périnéo-vulvaire, largement dilaté, sera mesuré par le diamètre bi-acromial qui coïncide, à cette période du travail, avec le diamètre antéro-postérieur de ce détroit.

Si, au contraire, c'est l'épaule postérieure qui se dégage la première, l'épaule antérieure est obligée de remonter *derrière* le pubis et la partie latérale correspondante du cou du fœtus vient appuyer sur le ligament triangulaire. A ce moment, le diamètre antéro-postérieur du détroit périnéo-vulvaire est donc mesuré, non plus par le diamètre bi-acromial, mais par un diamètre plus petit que j'appellerai *cervico-acromial*.

Ici, je dois prévenir une objection qui me sera faite, sans aucun doute. Lorsque après le dégagement de l'épaule postérieure, me dira-t-on, l'épaule antérieure viendra se fixer sous la symphyse des pubis, le diamètre bi-acromial tout entier occupera le grand axe de l'anneau périnéo-vulvaire, comme si l'épaule antérieure s'était dégagée la première. Cela est vrai, mais les conditions dans lesquelles les épaules se dégagent dans l'un et l'autre cas sont si différentes que, dans le premier, l'intégrité du périnée est très menacée, si on ne fait grande attention; tandis que, dans le second, elle ne l'est en aucune façon.

Lorsque l'épaule antérieure se dégage la première en se fixant sous la symphyse pubienne, elle représente, au dire de M. le professeur Pajot, l'occipital dans le dégagement du sommet. Comme conséquence, l'épaule postérieure doit représenter le front. Or, chacun sait que pour se dégager au-devant de la commissure antérieure du périnée, le front, à chaque contraction utérine, pousse devant lui la sangle périnéale qu'il *allonge* et qu'il *amincit*. Si dangereux pour son intégrité que soient cet *allongement* et cet *amincissement* du périnée, la déchirure de cette cloison est évitée; dans la grande majorité des cas, si son élasticité est normale, si

sa dilatation s'opère lentement, si sa distension se fait sur chacun de ses points d'une manière égale, grâce au dégagement dans l'axe de la tête fœtale. Il n'est pas aujourd'hui d'accoucheur quelque peu expérimenté qui n'obéisse à ces préceptes, et cela d'autant mieux qu'en pareille circonstance le périnée est complètement à découvert.

Si, après avoir fixé sous le pubis l'épaule antérieure, on prend pour le dégagement de l'épaule postérieure les mêmes précautions que pour le dégagement du front ou de l'occiput dans les présentations du sommet, on éviterait tout aussi bien les déchirures périnéales. Mais, lorsque l'extrémité céphalique est en dehors des organes génitaux externes, il semble qu'on ne doive plus rien avoir à craindre pour le périnée, sous le prétexte que là où est passée la tête, le tronc passera sans dommage. On s'empresse alors en général d'extraire rapidement le fœtus. Pour ce faire, on opère artificiellement la rotation des épaules, on abaisse fortement la tête pour fixer l'épaule antérieure sous le pubis et, grâce à ce point d'appui, on s'efforce, en relevant énergiquement la tête, de faire parcourir à l'épaule postérieure le plancher pelvien et de l'amener à l'extérieur, sans se préoccuper de la commissure antérieure du périnée. Quelques instants après, quand on procède à la toilette des organes génitaux externes, on est tout surpris de trouver une déchirure plus ou moins étendue.

Rapidement extraites, les épaules n'ont pas eu le temps de se tasser, de s'*amoindrir* d'une manière suffisante. L'épaule postérieure entraîne avec elle la gouttière périnéale qui *s'allonge*, *s'amincit* de nouveau et *cède* enfin aux violences qu'on exerce sur elle. Cette rupture semble d'autant moins inévitable que, le plus souvent, chez les primipares, la fourchette est intéressée et que la moindre moucheture, en ce point, ne saurait mieux être comparée qu'au classique petit coup de ciseaux que pratique le commis de nouveautés sur la pièce d'étoffe qu'il veut déchirer. Mais si pour dégager les épaules, on imite ce que je crois être, avec Cazeaux et plus récemment avec Auvard, le mécanisme naturel de l'accouchement, le périnée, en dehors de certains cas exceptionnels, ne court presque plus de danger. En effet, quand on dégage l'épaule postérieure la première, pendant tout le temps que dure ce dégagement, ce n'est pas l'extrémité postérieure du diamètre bi-acromial qui parcourt la gouttière périnéale, mais bien l'extrémité postérieure du diamètre cervico-acromial, plus petit que le précédent, plus petit même et moins meurtrier que le sous-occipito-frontal. Ce fait a une très grande importance pratique, car l'*allongement* et l'*amincissement* de la cloison périnéale sont en rapport avec la longueur de la tige qui évolue entre le pubis et le plancher du bassin. Le premier résultat obtenu par le dégagement primitif de l'épaule postérieure est donc un allongement, et un amincissement moins considérables du périnée, par conséquent une fragilité moins grande de cette cloison.

Dans la seconde partie de la manœuvre, on *économise* tout autant l'élasticité de la sangle périnéale. En effet, lorsque après avoir dégagé l'épaule postérieure on tire en bas et en arrière pour abaisser l'épaule antérieure et la fixer sous la symphyse pubienne on presse forcément dans le même sens sur la commissure antérieure du périnée, par l'intermédiaire de l'épaule postérieure qui appuie sur elle. Ici, il n'est plus question d'*allongement* et d'*amin-cissement* même modérés, il semble plutôt qu'on fasse du *raccour-cissement* et de l'*épaississement* de la cloison recto-vaginale dont on accroît ainsi la résistance.

Ce que je viens de dire du dégagement des épaules après la sortie de la tête, s'applique mieux encore, si je puis ainsi parler, au dégagement de ces parties lorsque la tête vient dernière.

Que la tête vienne la première ou la dernière, le mécanisme de son expulsion naturelle est absolument le même. Pour les épaules, il ne saurait en être différemment. Cependant, quand la tête vient dernière, c'est l'épaule antérieure qui *spontanément* se dégage la première. Ce fait ne change rien à la proposition que je viens d'énoncer, si on considère les phénomènes mécaniques de l'accouchement comme voulus par l'adaptation des diverses parties de l'ovoïde fœtal avec les différents étages du canal pelvignéral. Au contraire, il contribue à démontrer que c'est bien l'épaule postérieure qui doit se dégager la première dans les présentations du sommet de la face.

Dans les cas de tête dernière, l'épaule antérieure se dégage sous la symphyse des pubis à la seule condition que l'épaule postérieure *presse* sur la commissure antérieure du périnée et, par conséquent, *raccourcisse* et *épaississe* cette cloison.

L'épaule antérieure, ainsi dégagée, remonte *au devant* de la symphyse pubienne et c'est la partie latérale correspondante du cou du fœtus qui vient alors appuyer sur le ligament triangulaire.

Pour se dégager l'épaule postérieure va parcourir la gouttière périnéale, en l'*allongeant* et en l'*amin-cissant*; mais cet *allongement* et cet *amin-cissement* auraient été bien plus considérables si, au lieu de remonter *au devant* de la symphyse pubienne, l'épaule antérieure était restée fixée sous cette articulation. Dans ce cas, en effet, c'est le *diamètre bi-acromial* et non pas le *diamètre cervico-acromial* qui se serait dégagé dans le diamètre antéro-postérieur des détroits inférieur et périnéo-vulvaire.

Donc, que les épaules viennent premières, comme dans les présentations du sommet et de la face, ou dernières, comme dans celles du siège et de l'épaule, le mécanisme de leur expulsion naturelle est absolument semblable, si on ne tient compte que du fait essentiel, c'est à dire l'adaptation des plus grands diamètres du corps à expulser aux plus grands diamètres du canal à parcourir. Par suite, l'épaule antérieure, dégagée artificiellement, devra toujours être remontée *derrière* ou *devant* la symphyse

pubienne et l'évolution de l'épaule postérieure devra se faire constamment autour du diamètre que j'ai désigné sous le nom de *cervico-acromial*.—*Journal de médecine de Bordeaux*.

## PÆDIATRIE

**Pneumothorax.**—Clinique de M. le professeur GRANCHER, à l'hôpital des Enfants-Malades.—Au lit n° 7 de la salle Parrot est entrée une fillette âgée de quatre ans. Ses antécédents héréditaires sont très bons. Le père vit encore; la mère est morte il y a quelques semaines d'une maladie de cœur, et elle a quatre frères ou sœurs bien portants; jamais elle n'a été malade.

Sa maladie actuelle remonte à un mois. Depuis cette époque elle tousse et vomit presque tout ce qu'elle mange, à ce point que l'on se demande si elle n'a pas la coqueluche. Depuis six jours elle n'a plus de quintes. Il n'y a pas de bronchite, on écarte donc l'idée de coqueluche.

Cette enfant a de la fièvre, et la nuit des sueurs abondantes mouillent son oreiller; pas de diarrhée, pas de constipation.

Cette petite fille, de taille et de force moyenne, entre donc en cet état il y a cinq jours. À l'examen de la poitrine on reconnaît de suite un pneumothorax gauche simple, généralisé. La voussure est considérable, il y a hypersonorité (elle diminue quand la tension augmente), absence totale des vibrations vocales et du murmure vésiculaire qui est remplacé par un souffle à timbre nettement amphorique. À tous ces signes il faut ajouter ceux du tintement métallique et du bruit d'airain. Mais en saisissant le thorax et en lui imprimant la succussion hippocratique on n'avait pas la sensation du flot. C'était donc un pneumothorax simple, sans lame de liquide, classique par tous ses signes.

Il y avait du tirage sus-sternal, l'enfant était dyspnéique, pâlotte, couverte de sueurs. Le médiastin était refoulé en bloc plus loin même que le bord droit du sternum, ainsi que le cœur dont on entendait à ce même endroit le maximum des battements; l'estomac était refoulé lui aussi.

Mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est de connaître la cause de ce pneumothorax.

Il faut savoir s'il est de nature tuberculeuse; cela a une très grande importance au point de vue pronostique et thérapeutique.

Il faut aussi se demander s'il est ouvert ou fermé, c'est-à-dire si la fistule est cicatrisée ou bien si la communication du poumon avec la plèvre existe encore.

Ce pneumothorax est probablement ouvert, d'abord parce qu'il est d'apparition récente, et ensuite parce que la voussure est considérable.

Dans la grande majorité des cas il est facile de diagnostiquer un pneumothorax tuberculeux. Ce n'est difficile que quand il n'y a aucuns antécédents personnels ou héréditaires comme dans le cas qui nous occupe aujourd'hui.

Chez notre petite malade il y a actuellement un peu de liquide dans la plèvre, ce qui doit nous faire penser à la tuberculose.

Le Dr. Gaillard a récemment étudié le pneumothorax simple généralisé au point de vue étiologique. Dans l'obs. 1re. un pneumothorax apparaît sans cause appréciable et guérit au bout de trente jours; de même dans l'obs. 8. La maladie survient quelquefois pendant le sommeil (obs. 13 et 15), pendant la marche (obs. 12), au lever et au coucher (obs. 16, 17, 18, 19, 20), à l'occasion d'une chute (obs. 11) ou d'un effort (obs. 3 et 4) ou d'un rire violent (obs. 2). Dans l'obs. 14, une femme de 29 ans est prise la première fois en jouant du piano, la deuxième fois après une longue conversation.

De toutes ces observations, M. Gaillard conclut que le pneumothorax simple généralisé survient sans cause sensible, avec ou sans emphysème préalable. Après un début brusque, la maladie reste stationnaire pendant quinze jours en moyenne, avec un état dyspnéique permanent sans aggravation. Puis surviennent des signes de résorption, sans qu'il y ait jamais apparition de liquide et, généralement, la maladie guérit au bout de 1 mois, 2 mois au plus.

Malheureusement pour la petite fillette, nous ne pouvons plus croire à un pneumothorax simple; il s'est produit du liquide dans la plèvre gauche et de la congestion pulmonaire du côté droit.

S'agit-il de tuberculose?

Nous ne sommes pas en mesure de résoudre cette question, nous ne pouvons que soupçonner la tuberculose, par le fait que le pneumothorax dure depuis longtemps et qu'il y a liquide. En effet, les exemples de pneumothorax simple avec liquide sont rares, de même que ceux de pneumothorax tuberculeux sans liquide.

Le pneumothorax peut être une des premières manifestations de la tuberculose, un tubercule situé à la périphérie du poumon ayant établi la communication de l'alvéole avec la cavité pleurale.

Dans les cas ordinaires, le sommet du poumon étant malade, la rupture se fait, et le pneumothorax produit est le plus souvent partiel.

Si le pneumothorax qui nous occupe est simple et généralisé, il n'y a rien à faire et il ne faut rien faire.

M. le professeur Potain, dans une communication du 24 avril 1888, nous raconte ce qui se passe dans la pratique courante des pneumothorax tuberculeux. Un malade, à la fin de la première période, entre à l'hôpital avec un pneumothorax, le cœur est déplacé, il n'a pas trop de dyspnée.

La maladie suit son cours régulier, subit plutôt un temps d'arrêt, puis le liquide augmente peu à peu, gagne la partie supérieure et la dyspnée devient intense.

Le médecin se décide à intervenir. On fait la ponction, on évacue le liquide. Mais le poumon ne revient pas facilement sur lui-même, la cicatrice se rompt et retour du pneumothorax et dans la plupart des cas il se forme un pyopneumothorax. On fait alors l'empyème, l'infection continue, et le malade succombe. M. Potain ayant remarqué que l'évacuation du gaz ou du liquide faisait rompre la cicatrice imagina de remplacer ce gaz ou ce liquide par de l'air stérilisé. Puis on opère une décompression lente du poumon, de cette façon on respecte la cicatrice de la fistule.

M. Potain cite trois observations de pneumothorax tuberculeux guéris par ce traitement. Ces malades ont non seulement été guéris de leur pneumothorax mais de leur tuberculose; les bacilles avaient disparu des crachats, et ces malades ont pu reprendre leurs travaux.

Dans une certaine mesure le pneumothorax est une bonne chose pour le tuberculeux. Chez la petite malade de la salle Parrot, si le diagnostic se confirme, on sera alors autorisé à employer le traitement de M. Potain.—*Praticien.*

**Vulvo-vaginite des petites filles.**—La *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* publie un travail de M. le Dr. SUCHARD, médecin aux bains de Lavey, tendant à établir la contagion par l'eau d'une piscine de la vulvo-vaginite des petites filles. La propagation de cette affection (il est question de la vulvo-vaginite non spécifique) par les draps de lits, les linges, les objets de pansement était déjà connue. Ce mode nouveau l'est moins. A vrai dire, il est un peu effrayant — et peut être aussi difficile à justifier. L'auteur ne nous a pas convaincu, malgré tout son art, et nous voudrions de nouvelles preuves.

Quoi qu'il en soit, il est souvent bien difficile d'établir le diagnostic très exact de la nature de cette vulvo-vaginite. On reste souvent hésitant. La présence même ou l'absence du gonococcus de Neisser ne suffit plus, paraît-il, à faire affirmer la spécificité. Aussi, dans la pratique, fera-t-on bien de mettre à ses paroles une sourdine de prudence, et si l'on emploie de l'eau additionnée de liqueur de Van Swieten en irrigation, on fera bien de prendre ses précautions pour n'avoir point l'air de traiter une blennorrhagie, que rien ne démontre; sans quoi on s'exposerait à quelques ennuis. L'expérience est là pour le démontrer.

**Mal de Pott cervical.**—Clinique de M. le professeur GRANCHER à l'hôpital des Enfants-Malades.—Le mal de Pott cervical a une évolution particulière digne d'attention. C'est une affection relativement fréquente à laquelle on a souvent à s'attaquer.

L'enfant couchée salle Sainte-Catherine est née d'un père sain et d'une mère tuberculeuse. Un frère est mort d'une méningite à l'âge de treize mois. Elle est née à terme, avec un pied bot

varus équin plus marqué à gauche qu'à droite. On a fait la ténotomy, de la contention et du massage. Après une guérison apparente, le pied bot est revenu accompagné d'une autre affection.

Il y a un an elle tombe dans une terrine remplie d'eau chaude et la nuque heurte le bord de ce vase. Est-ce là la véritable cause de son mal de Pott? Quoique la plupart du temps le mal de Pott ait pour origine un traumatisme, il semble qu'ici ce n'est pas le cas.

Le lendemain de la chute, douleur de la nuque sensible au toucher, sans irradiations; deux mois après, torticolis et flexion latérale gauche de la tête. On fait des frictions et une rebouteuse applique un appareil en carton.

Cette enfant, à qui toutes ces manœuvres avaient fait endurer de vives souffrances, poussait des cris d'effroi dès qu'on voulait l'approcher. Ce ne fut qu'au bout de quelques jours qu'elle fut assez apprivoisée pour qu'on puisse procéder à l'examen. Il faut toujours agir ainsi par la douceur.

Après quelques mois, paraplégie cervicale complète: d'abord, paralysie avec atrophie progressive des membres supérieurs, et ensuite paralysie des membres inférieurs.

Actuellement la petite malade est immobile sur le dos avec les muscles abdominaux et lombaires paralysés. Les mains sont fléchies, sans raideur ni contracture. Les membres inférieurs sont faiblement contracturés et ne peuvent être soulevés: trépidation épileptoïde et exagération des réflexes.

On se trouve donc en face d'un mal de Pott. Le creux sous-occipital est très déprimé, et la première et la deuxième, la sixième et la septième vertèbres cervicales font une saillie globuleuse. La peau sur ces endroits est œdématisée.

L'enfant fait les mouvements de oui et de non. On peut faire exécuter quelques mouvements passifs, *indolents*.

Elle présente de plus une éruption papulo-tuberculeuse de syphilis.

*Diagnostic et thérapeutique.*—On diagnostique un mal de Pott cervical, lésion tuberculeuse des os.

Le mal de Pott évolue habituellement ainsi: 1<sup>o</sup> douleur; 2<sup>o</sup> déformation et paralysie; 3<sup>o</sup> réparation ou mort par cachexie.

Le mal de Pott cervical s'accompagne toujours de paralysie; le cervico-dorsal presque toujours; le dorsal dans la moitié des cas; le lombaire rarement.

A l'époque où l'on croyait que le mal de Pott était dû à un déplacement des os, on cherchait à le redresser par des appareils, machines à torture. Pott (1783) veut alors la suppression de cette thérapeutique douloureuse. S'appuyant sur la clinique et sur les autopsies, il montre qu'il ne s'agit pas d'os déplacés, et il veut que l'on attire au dehors la suppuration au moyen des cautères, et ceci pendant longtemps. Il dit avoir réussi toujours sauf une fois.

Après Pott, la thérapeutique a tâtonné. Delpech, connaissant la nature tuberculeuse de l'affection, associa le repos à la révulsion. Nélaton prescrivit l'immobilité; Gosselin l'immobilité d'abord, un exercice modéré ensuite. Il fait arriver à Bonnet pour comprendre la nécessité de l'immobilité absolue. Cette immobilité doit être précoce. Il faut l'aider en ajoutant à la gouttière de Bonnet le corset de Sayre et même quelquefois un corset cervical. Donc, immobilité absolue et aussi précoce que possible.

—*Praticien.*

**Du filet et des plaies de la langue.**—M. de Saint-Germain s'est occupé, dans la *Revue des maladies de l'Enfance*, entre autres questions, de ces deux points de pratique courante. Faut-il sectionner le frein à tous les enfants qu'on apporte à notre consultation externe, sous prétexte qu'ils tettent mal ou qu'ils ont un vice de prononciation? Faut-il suturer les plaies de la langue?

“S'agit-il d'un enfant déjà âgé, sevré et atteint d'un vice de prononciation, dit le distingué chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, je déclare en général qu'il ne s'agit pas d'un filet-coupable. Le plus souvent, en effet, le frein est plus ou moins court, mais toujours charnu, blanchâtre, *jamais pellucide*, et je m'abstiens.

“Dans le cas où l'enfant tette mal, je me rends aussitôt compte de l'exactitude du fait en plongeant mes deux index sur les parties latérales de la langue, de manière à soulever et à tendre le frein. Si je constate la *pellucidité* de la membrane sous-tendue, je n'hésite pas à en faire opérer la section par un de mes aides qui, à l'aide de ciseaux droits, guidé sur mes propres doigts, coupe en deux ou trois petits coups ladite membrane.” Et, M. de Saint-Germain rejette l'emploi de la sonde cannelée dans la rainure de laquelle il est parfois difficile de faire pénétrer le filet et qui expose à des hémorrhagies toujours difficiles à arrêter et parfois mortelles.

Je souscris pleinement à ces assertions judicieuses. Il ne faut pas renvoyer dédaigneusement toutes les mères qui vous portent un “filet” à couper. Certes, le préjugé est bien répandu et le plus souvent ce frein, ce fil est bien innocent des méfaits dont on l'accuse. D'autres fois il peut gêner la succion et c'est bien, d'après mon expérience, dans les cas qu'indique M. de Saint-Germain. Comme lui, je repousse l'usage de la sonde qui a provoqué, à ma connaissance, une hémorrhagie mortelle à Bordeaux même, il y a quelques années. Le plus souvent, je coupe avec un seul petit coup de ciseau et j'achève en déchirant avec l'ongle, ou je me sers même tout simplement de l'ongle et de l'index tout seuls. J'ai pratiqué ainsi un très grand nombre de fois cette petite opération, qui devient alors très simple et tout à fait inoffensive.

Relativement aux plaies de la langue, M. de Saint-Germain se cantonne dans une abstention absolue; il ne les suture pas, même

quand elles sont très étendues, parce que, dit-il, "soit à cause de la mobilité extrême de l'organe, soit en raison des corps alimentaires qui s'étalent constamment à sa surface, il n'a jamais vu un de ses points de suture tenir bon." En revanche, toutes les fois qu'il a laissé les choses livrées à elles-mêmes, en se bornant à quelques lavages antiseptiques, à quelques collutoires, en veillant à ce que l'alimentation fût exclusivement composée de matières molles et froides, il a toujours vu l'hémorrhagie s'arrêter spontanément au bout de quelques heures et, les jours suivants, le travail de réparation marcher avec la plus grande rapidité.

Mon observation est absolument conforme. Pendant mon internat en chirurgie, j'ai vu pratiquer ou j'ai pratiqué moi-même, sous le chloroforme, un certain nombre de sutures pour des plaies de la langue (lesquelles sont fréquentes chez les enfants) et je n'ai jamais vu tenir bien longtemps ces "reprises". Tandis que j'ai vu guérir, spontanément et sans accidents, des plaies parfois très profondes, séparant la pointe en deux et lui donnant un aspect bizarre, parfois même une apparence très effrayante.

---

## TOXICOLOGIE.

---

**Intoxication par l'antifébrine**, par le docteur J. MEYER.— Un homme de 38 ans, relieur, sujet au catarrhe bronchique, souffrait d'un accès d'hémicranie. Un droguiste de Berlin lui délivra deux doses d'antifébrine (acétanilide) de 2 gr. chacune, que le malade absorba à vingt-quatre heures d'intervalle, pour se débarrasser de sa migraine. La première dose fut bien supportée. Par contre, un quart d'heure environ après l'ingestion de la seconde dose, se déclarèrent des accidents d'intoxication : sueur froide, sensation de grande prostration, angoisse, palpitations, petitesse et accélération du pouls. Bientôt une teinte cyanotique couvrit et envahit la face, les lèvres, les mains.

On fit prendre au malade une tasse de café noir, puis de l'huile de ricin; on lui appliqua des sinapismes. Peu à peu, la cyanose disparut. Les autres manifestations toxiques ne se dissipèrent que lentement, et pendant quelques jours le malade se sentit très abattu.

**Intolérance pour l'antipyrine**, par le docteur W.-A. STURGE.— Une personne qui souffrait de la migraine absorba environ 30 centig. (5 grains) d'antipyrine. Quelques minutes plus tard, elle fut prise de violents étournelements, d'injection de la face et des yeux, d'épiphora, d'un écoulement muqueux par les narines. La respiration devint pénible, avec accès d'étouffements. Par moments,

des quintes de toux violentes aboutissaient à l'expectoration de grandes quantités de mucus. Sueurs profuses. Au bout d'une demi-heure environ, fortes démangeaisons, puis éruption ortiée, sur les cuisses d'abord, puis sur le ventre. Goût métallique dans la bouche, hallucinations de l'ouïe. Pouls plein et rapide.

Ces symptômes se dissipèrent au bout de trois quarts d'heure environ, ne laissant à leur suite que l'écoulement nasal et un peu d'oppression.

**Empoisonnement par l'hydrate d'amylène**, par le docteur DIETZ.—À la clinique des maladies mentales de Leipzig, l'hydrate d'amylène, nouveau médicament somnifère et calmant, a fait l'objet d'une expérience en règle. Le service était constamment approvisionné d'une mixture d'hydrate d'amylène, dont on faisait prendre aux malades des quantités déterminées, suivant les besoins du moment. Recommandation avait été faite d'agiter le flacon avant de verser le contenu. Or, il arriva un jour qu'après avoir été agité, le flacon resta quelques instants au repos, dans la main de la personne qui débitait la préparation médicamenteuse. L'hydrate d'amylène, en raison de sa faible densité, revint s'amasser dans les couches les plus superficielles de la mixture. Quatre malades absorbèrent ainsi le médicament sous forme concentrée, sans que l'on put d'ailleurs évaluer avec exactitude la dose qu'ils absorbèrent. Toujours est-il que tous les quatre présentèrent des symptômes d'intoxication assez semblables à ceux d'un empoisonnement par l'alcool, c'est-à-dire : sommeil prolongé, puis paralysie des extrémités, abolition complète de la sensibilité tactile et douloureuse, des réflexes ; dilatation des pupilles qui réagissaient mal, ralentissement et irrégularité des mouvements respiratoires devenus superficiels, petitesse et ralentissement du pouls, hypothermie.

Le traitement consista surtout en injections sous-cutanées de camphre. Les quatre intoxiqués ont guéri. M. Dietz pense que pour prévenir de pareilles mésaventures, il conviendrait de prescrire l'hydrate d'amylène enrobé dans des capsules gélatineuses.

**Symptômes graves consécutifs à l'administration de la phénacétine**, par le docteur LINDMANN.—M. Lindmann a donné des soins à une femme de 34 ans, très robuste, mais sujette à la migraine. On avait traité cette femme par l'antipyrine, mais le médicament avait été rejeté par vomissement. M. Lindmann eut l'idée de substituer la phénacétine à l'antipyrine. Il prescrivit le médicament par prises de 1 gr., à prendre une pareille dose au moment d'un accès, et à répéter la dose au bout de trois heures, si l'accès n'était pas dissipé. Un matin, à sept heures, au début d'un violent accès de migraine, la malade prit une première dose (1 gr.) de phénacétine ; peu après, elle éprouva du vertige, des nausées, avec mouches volantes devant les yeux, tremblement

dans les membres. La céphalalgie gagna en intensité. Nouvelle dose de phénacétine (1 gr.), à dix heures; aggravation du malaise.

En même temps l'entourage fut frappé de la teinte bleuâtre qui envahissait la face, les mains et les doigts de la malade; la peau était couverte d'une sueur froide; dyspnée et angoisse considérables. La céphalalgie continuait. Vers 2 heures de l'après-midi, à l'arrivée du médecin, la cyanose persistait. Il était cependant survenu de l'amélioration. Le pouls était vigoureux, plein, 68. La peau était froide. La malade avait toujours de la céphalalgie, des nausées, de l'angoisse. Elle ne pouvait se tenir debout sans appui. Le médecin prescrivit des applications de glace sur la tête, de la glace à l'intérieur, en petits fragments, et du champagne. Persistance de la cyanose, le soir. La malade passa la nuit sans dormir. Le lendemain, plus de cyanose, encore un peu de nausées; grande prostration.

Cette observation, fait remarquer l'auteur, prouve qu'à l'instar de l'antifébrine, la phénacétine peut produire de la cyanose, et que l'administration de ce médicament exige de la circonspection.

**Symptômes insolites survenus à la suite d'une intoxication aigue par la morphine**, par le docteur SCHEIBER, de Pesth.— Une femme de 54 ans, à laquelle on avait injecté sous la peau, en deux fois, 5 centigrammes de morphine, fut prise d'une attaque de folie (paranoïa) hallucinatoire aiguë, avec amnésie, aphasie, agraphie, alexie. Puis il se forma un foyer de gangrène au sacrum, de la largeur d'une main; enfin, au talon droit et à la racine du gros orteil gauche, momification dans une étendue d'un thaler. On institua un traitement par l'iodure de potassium et la galvanisation, 53 jours après le début des accidents. La guérison fut obtenue en l'espace de deux mois.

L'auteur estime que les accidents psychiques survenus chez cette femme étaient l'expression de troubles nutritifs ayant affecté la substance cérébrale.

**Un cas d'intoxication par le café**, par le docteur GLOCAUER.— Une femme de 25 ans, robuste, n'avait jamais bu de "café noir," lorsqu'il lui arriva, certain jour, d'ingérer coup sur coup dix tasses d'une forte infusion. Deux heures plus tard, elle fut prise de vomissements, de vertige, avec bruits de sifflement dans la tête; elle vint en proie à une grande angoisse et à une agitation générale. Son regard était fixe, ses doigts tremblaient, les extrémités étaient refroidies, le pouls accéléré. Elle éprouvait des douleurs à l'épigastre.

On fit absorber à la malade des boissons chaudes et de l'éther. On lui fit des lotions chaudes, et finalement on lui injecta de la morphine sous la peau. La malade entra en transpiration et tomba dans un sommeil réparateur; le lendemain elle était rétablie.—E. RICKLIN, in *Gazette médicale de Paris*.

## FORMULAIRE.

Céphalalgie.—*Bringier.*

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| P.—Antipyrine.....        | 15 grains |
| Bromure de potassium..... | 15 "      |
| Teinture de digitale..... | 7 gouttes |
| Eau Q. S. pour faire..... | ½ once    |

M.—*Dose* : A prendre en une seule fois.—*Medical and Surgical Report.*

Constipation.—*Dr. O. S. Moore.*

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| P.—Créosote ...               | 1 goutte |
| Sous-nitrate de bismuth ..... | 4 grains |
| Glycérine.....                | ½ once   |

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé, au besoin, une fois par jour pour un enfant de un à deux ans.—*Virginia Med. Monthly.*

## Fissures des mamelons.—

|   |           |
|---|-----------|
| P.—Salol.....                                 | 4 parties |
| Ether.....                                    | 4 "       |
| Dissoudre et ajouter collodion élastique..... | 30 "      |

*Jr. Cut. & Gen. Ur. Dis.*

## Balanite.—

|                   |          |
|-------------------|----------|
| P.—Morphine ..... | 5 grains |
| Bismuth .....     | 1 once   |

M.—Saupoudrer quatre fois par jour les endroits affectés.—*Pacific Record.*

## Cystite.

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| P.—Sulfate de morphine.....  | 1 grain   |
| Teinture de gelsemium.....   | 1 drachme |
| Bicarbonate de potasse ..... | 1 once    |
| Eau.....                     | 4 "       |

M.—*Dose* : Une cuillerée à dessert toutes les quatre heures.—*Pacific Record.*

Erythème des nouveau-nés.—*Besnier.*

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| P.—Talc de Venise..... |                   |
| Oxyde de zinc.....     |                   |
| Poudre d'amidon .....  | ââ parties égales |
| Acide borique.....     | 1 à 2 o/o         |

*Bulletin médical.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, NOVEMBRE 1888.

---

---

## Le Congrès pour l'étude de la tuberculose.

La première communication faite au Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux l'a été par M. le professeur CORNIL, et se rapportait à la contagion de la tuberculose par les muqueuses.

M. Cornil est d'avis que pour que les bacilles tuberculeux pénètrent dans les tissus par les muqueuses, il n'est point nécessaire que celles-ci soient le siège de lésions, d'excoriations ou de fissures. Ainsi les bacilles sont absorbés par la muqueuse pulmonaire, utérine, etc., saines, comme les faits le prouvent, du reste, amplement.

Après lui, M. NOCARD, d'Alfort, a parlé des dangers auxquels exposent la viande et le lait des animaux tuberculeux, et l'on peut dire que cette question, la première à l'ordre du jour du Congrès, résume en elle-même tout l'intérêt de ses travaux, car c'est sur elle qu'ont été basées les conclusions que nous avons, dans une livraison précédente, portées à la connaissance de nos lecteurs.

Cependant, M. Nocard est optimiste, et croit que l'on s'est exagéré le danger ; il estime que ce n'est point l'usage de la viande tuberculeuse qui doit être regardé comme la cause de la fréquence de la tuberculose ; que si l'usage de cette viande présente quelques dangers, ceux-ci sont exceptionnels, et lorsqu'ils existent, c'est à un faible degré. Quant au lait, ajoute-t-il, tout le monde est d'accord ; comme les lésions tuberculeuses des mamelles sont très difficiles à reconnaître, il faut agir comme si elles étaient toujours malades ; il ne faut se servir, dans les grandes villes, que de lait bouilli.

M. ARLOING, de Lyon, a été plus rigoureux que M. Nocard, et à la suite de remarques très judicieuses, a émis les conclusions suivantes : Je voudrais que la tuberculose fut inscrite au nombre des maladies infectieuses, que la viande des animaux tuberculeux fut prohibée de la consommation jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen de la rendre inoffensive ; enfin je désirerais que l'action de ce Con-

grès se continuât par la création d'une commission permanente destinée à poursuivre, dans les villes et les campagnes, la réalisation d'un service sanitaire complet.

Pour M. BANG, de Copenhague, le danger auquel expose l'usage du lait tuberculeux est infiniment plus grand lorsqu'il provient d'une mamelle tuberculeuse, et le diagnostic de cette affection n'est pas aussi difficile qu'on l'a prétendu. Cette affection, du reste, n'est pas très rare. Quant à la virulence du lait des animaux phthisiques, lorsque la mamelle n'est pas atteinte, elle est moindre qu'on ne le croit. Dans douze cas, M. Bang n'a que deux fois trouvé le lait virulent, et chez huit femmes phthisiques, pas une seule fois le lait ne s'est montré virulent. Il conclut donc que si tout lait provenant de vaches tuberculeuses est suspect, il n'est pas nécessairement virulent.

M. BAILLET, de Bordeaux, partage l'opinion de M. Nocard et estime: 1<sup>o</sup> Qu'il y a lieu de retirer de la consommation la viande des sujets chez lesquels *la tuberculose est généralisée* et a engendré conséquemment la maigreur absolue ou relative; 2<sup>o</sup> Que pour les animaux gras ou en bonne chair, du vivant desquels il a été impossible de soupçonner l'existence de la tuberculose, la saisie totale de la viande n'a sa raison d'être que tout autant que les poumons, les plèvres, les ganglions, et tous les organes parenchymateux portent au dedans des lésions tuberculeuses.

Tous les orateurs qui ont pris la parole après M. Baillet se sont déclarés partisans des mesures radicales proposées par M. Arloing et c'est alors que le Congrès a adopté, à l'unanimité moins trois voix, la proposition suivante :

“ Il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens possibles, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux. ”

La deuxième question présentée à l'examen du Congrès avait trait aux *races humaines, espèces animales et milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.*

M. ROBINSON, de Constantinople, a constaté le fait que la tuberculose est moins rare en Asie-Mineure qu'on ne le croit. Dans quelques populations de la Cappadoce, la tuberculose est loin d'être exceptionnelle et on a pu observer qu'elle se transmet par hérédité dans certaines familles. Il existe même une tribu, habitant les environs du Taurus, chez laquelle un individu sur 50 est atteint de la maladie. Cependant, ce sont des bergers nomades, vivant en plein air et se trouvant, en somme, dans d'excellentes conditions hygiéniques. M. Robinson pense pouvoir invoquer dans ce cas, comme conditions de développement de la phthisie, le fait que ces gens se nourrissent de lait cru et de viande mal cuite provenant d'animaux malades.

M. de BRUN, de Beyrouth, a étudié la tuberculose en Syrie, et ayant constaté que les tuberculeux y sont moins nombreux qu'en France, a cru tout d'abord pouvoir en conclure que le climat de la Syrie est favorable aux malades atteints de tuberculose. Mais un examen plus minutieux lui a bientôt appris que la tuberculose y présente, au contraire, une marche très rapide, affectant souvent les allures de la phthisie galopante. Les conditions climatiques défavorables aux phthisiques seraient, pour la Syrie : les pluies incessantes de l'hiver, les hautes températures de l'été sans rémissions nocturnes, une atmosphère trop humidé : et la fréquente et brusque apparition du schlouk, vent chaud et lourd qui vient du désert. Cependant, malgré tout cela, les tuberculeux sont moins nombreux en Syrie qu'en France, et cela semble dû à l'existence, sous le climat syrien, du microbe paludéen, microbe qui serait tout simplement l'ennemi du bacille tuberculeux. L'impaludisme paraît donc conférer une certaine immunité au point de vue de la tuberculose. Cette immunité, provoquée par l'évolution probable dans l'économie d'un micro-organisme, serait loin d'être contraire aux principes de micro-biologie actuellement admis.

Ceci étant posé, il ne serait pas sans intérêt, croyons-nous, d'étudier, en d'autres pays, les rapports pouvant exister entre l'impaludisme et la tuberculose.

M. SOLLES, de Bordeaux, ayant fait quelques expériences sur des cobayes, en conclut que les cobayes nés de parents tuberculeux ne se tuberculisent pas dans le jeune âge, mais que, de même que chez les phthisiques, c'est tardivement que les premiers accidents apparaissent. Il en conclut aussi, d'un autre côté, que la tuberculose expérimentale marche beaucoup plus vite que la tuberculose héréditaire. Neuf décès par tuberculose sur 29 autopsies pratiquées sur des vaches ont été constatés par M. ROBOIS, de Paris, et sur ces neuf autopsies, cinq fois il s'agissait de vaches hollandaises, lesquelles passent pour être d'excellentes laitières. M. Robois s'est demandé s'il n'y avait pas lieu d'établir une corrélation entre la fréquence de la tuberculose et l'aptitude de certaines vaches à être de bonnes laitières.

Un des points les plus intéressants de cette seconde question se rapportait à l'aptitude des divers milieux organiques à la tuberculose. Aussi les communications ont-elles été nombreuses. Ainsi, à commencer par le foie, M. LANNELONGLE, de Paris, a observé des faits qui ne lui laissent pas de doute sur l'existence de localisations tuberculeuses dans le tissu même du foie. Il reconnaît l'existence de deux formes de tuberculose hépatique (en dehors des granulations tuberculeuses) : la tuberculose par infiltration, ou hépatite caséuse, et l'ulcération caverneuse ou abcès tuberculeux du foie. Au point de vue clinique, la tuberculose hépatique est sans signes propres tant qu'elle est minime et limitée au foie. Lorsqu'elle est compliquée d'abcès péri-hépa-

tiques, on peut la soupçonner. La seule existence d'un abcès tuberculeux péri hépatique peut en éveiller l'idée, puisque sur sept cas de ces abcès, trois fois M. Lannelongue a rencontré l'hépatite tuberculeuse, source et origine de ces abcès.

La cirrhose des tuberculeux a été étudiée dans ces dernières années par M. HANOT, qui croit à l'existence d'une cirrhose tuberculeuse laquelle peut se rapprocher de la cirrhose syphilitique. La pénétration des bacilles peut se faire par les veines et par les lymphatiques, alors qu'il n'y a pas d'ulcérations intestinales, mais cette pénétration ne serait pas même nécessaire à la production de la cirrhose tuberculeuse. Le bacille agit à distance et non pas seulement où il se trouve, ce qui s'expliquerait par l'action des produits solubles d'origine microbienne.

M. KALINDÉRO, de Bucharest, a observé nombre de cas de méningite tuberculeuse chez l'adulte, durant son internat à Paris, et croit pouvoir poser les conclusions suivantes: que la méningite tuberculeuse est parfois difficile à reconnaître chez l'adulte; qu'il peut se produire chez l'enfant des poussées avortées de méningite, lesquelles ne laissent après elles que peu de traces; que chez l'adulte, ces formes frustes peuvent engendrer diverses variétés de vésanies; qu'enfin, la méningite des adultes peut se limiter à certaines circonvolutions de l'encéphale et devenir chronique.

De son côté M. CHAMBRELENT, de Bordeaux, a observé trois cas de méningite tuberculeuse chez les femmes enceintes et croit que la grossesse ne paraît pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la maladie, de même que celle-ci, même dans sa période ultime, ne paraît pas avoir d'influence sur la grossesse et la santé du fœtus. Il considère toutefois que la provocation de l'accouchement doit être tentée si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse, et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi.

D'après les expériences dont M. VALUDE donne les résultats aux membres du Congrès, les essais de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal auraient échoué parce que l'action spécifique du virus tuberculeux a été annihilée par le liquide naturel contenu dans le sac. Aussi la tuberculose du sac lacrymal est-elle rare. Il faut en dire autant de celle des glandes salivaires, les nombreux micro-organismes contenus dans la salive empêchant les bacilles tuberculeux d'évoluer et de produire des lésions spécifiques.

La tuberculose ganglionnaire, toujours intéressante au point de vue thérapeutique, a fait l'objet de deux communications, l'une de M. DURET, de Lille, l'autre de M. LEGROUX, de Paris.

La tuberculose des ganglions, dit M. Duret, comprend trois formes cliniques, toutes trois justiciables de procédés thérapeutiques différents: la forme fibro-caséuse, la forme caséo-tuberculeuse, la forme ulcéralive ou fistuleuse. Dans la forme fibreuse, il n'y a qu'une seule méthode rationnelle, c'est l'extirpation.

Dans la forme caséo-tuberculeuse, si les ganglions sont espacés en chapelet, il faut traiter chaque ganglion séparément par l'ignipuncture ; si au contraire, ils forment une masse agglomérée, on attaquera la masse en son milieu par de vastes tranchées faites au fer rouge et en forme de croix. Dans la forme fistuleuse enfin, c'est encore le fer rouge qui réussit le mieux, et cela, sans laisser trop de difformités.

M. LEGROUX regarde comme étant une manifestation primitive de la tuberculose les petits ganglions localisés au cou chez les enfants (*micropolyadénopathie*) et que l'on attribue communément à un peu de lymphatisme. Il estime que c'est là le cachet d'une infection tuberculeuse véritable, et le fait est si réel, suivant lui, qu'on observe, en même temps que ces déterminations locales, une déchéance organique générale.

M. DAREMBERG a vu plusieurs fois cette adénopathie spécifique concurremment avec des amygdalites tuberculeuses infectieuses.

M. SOLLES, de Bordeaux, démontre l'existence, dans le poumon tuberculeux, d'un micro-organisme qui n'est pas le bacille de Koch, et que l'on peut comparer au microbe de l'érysipèle. Cet organisme donne lieu à une infection qui n'est, en somme, qu'une véritable septicémie associée à la tuberculose.

M. LA TORRE, de Messine, a présenté les conclusions suivantes au sujet des rapports entre l'hérédité tuberculeuse et la grossesse : Dans le cas de grossesse, si le père est fort et de bonne santé, il est constant de voir le fœtus arriver à terme avec un développement normal, quelque soit l'état de santé de la mère. Si, au contraire, le père est malade, le fœtus arrive à terme avec un poids chétif, quelle que soit la bonne santé de la mère. L'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose peuvent influencer sur le développement du fœtus, mais pour ne parler que de cette dernière, il résulte des expérimentations de l'auteur, sur des cobayes, que le sperme tuberculeux est susceptible de tuberculiser l'ovule fécondé. Donc, le père tuberculeux peut transmettre au fœtus et une prédisposition morbide fâcheuse (le terrain) et la maladie spécifique elle-même (la graine). La tuberculose généralisée du père est parfaitement capable d'enrayer le développement du fœtus.

L'espace nous manquant pour terminer ici cette analyse des travaux du Congrès, nous remettons la tâche à une autre livraison, espérant que nos lecteurs nous pardonneront la longueur inusitée de ce travail en faveur de l'intérêt qui doit nécessairement s'attacher à ces questions dans un pays comme le nôtre où la tuberculose fait chaque année tant de victimes.

---

Entre confrères, même amis, il est bon de se tenir dans la position du tireur sous les armes : en garde loyale, mais sur la défensive.

## Rallions-nous.

Nous sommes heureux de pouvoir signaler à nos lecteurs la création d'une nouvelle société de médecine destinée à remplacer, au sein de la profession médicale canadienne-française, la *Société médicale de Montréal* dont l'existence était devenue impossible par suite de circonstances malheureuses qu'il serait inutile de rappeler ici.

La nouvelle société porte le nom de *Société de médecine pratique de Montréal* ; elle a pour but : l'avancement des sciences médicales et l'étude de la médecine au point de vue pratique.

Fondée avec le concours simultané et collectif des professeurs des universités Laval et Victoria, la *Société de médecine pratique* fait appel à tous les médecins canadiens-français, soit de la ville, soit de la campagne, et espère pouvoir, dans un avenir prochain, les compter tous au nombre de ses membres. Cet espoir, nous en avons la confiance, ne saurait être déçu. Depuis longtemps on nous reproche à nous, médecins canadiens-français, une trop grande apathie, tant pour les questions d'ordre scientifique que pour les intérêts généraux de la profession. Depuis longtemps nous voyons les médecins de tous les pays et de toutes les nationalités se réunir en associations et en congrès, pour le plus grand avancement de la science médicale, mais bien rarement il nous arrive de retrouver le nom d'un canadien-français parmi les noms de ceux qui prennent part aux délibérations de ces sociétés.

Le jour est venu où il est urgent de sortir de cette apathique indifférence et de nous affirmer au grand jour, et puisque l'occasion nous en est offerte, ne la laissons pas nous échapper. La *Société de médecine pratique* compte parmi ses membres fondateurs la plupart des professeurs des deux écoles canadiennes françaises de médecine à Montréal. C'est dire que les questions de clocher ont été tout-à-fait mises de côté. C'est dire que l'on a tenu à oublier plus d'un sujet de division pour ne songer qu'à rétablir parmi les membres de la profession une union si désirable au double point de vue de la science et de la confraternité. Nos lecteurs, à quelque source qu'ils aient puisé l'enseignement médical, feront de même sans doute, et s'empresseront de répondre à l'appel qui leur est fait.

L'idée qui a présidé à la fondation de la nouvelle Société en a fait germer une autre qui ne manque pas d'importance et que nous livrons telle qu'elle a été formulée. Il s'agirait tout simplement de réunir en Congrès, une fois l'an, ou tous les deux ans, tous les médecins canadiens-français de la province de Québec. Nos confrères d'origine anglaise nous ont, depuis nombre d'années, donné l'exemple de ce que peut l'esprit d'association, en fondant et faisant prospérer l'*Association médicale Canadienne*. Aux États-

Unis nous voyons prospérer également l'Association médicale Américaine, le Congrès des médecins et chirurgiens Américains, etc. Pourquoi ne ferions-nous pas aussi bien que nos voisins puisque nous avons en mains tous les éléments du succès ? Songeons-y sérieusement ; la chose en vaut la peine.

---

### Question d'honoraires.

---

On a fait grand bruit, tout dernièrement, au sujet d'une note d'honoraires présentée par M. le docteur S. LACHAPELLE au Conseil de Ville de Montréal, pour services professionnels en rapport avec le choix d'un site pour l'hôpital Victoria.

Sans nous prononcer ici sur le mérite absolu de la note on question, nous tenons à affirmer, une fois de plus, un droit que l'on semble toujours trop, dans le public, vouloir refuser aux médecins, celui de demander des honoraires en rapport avec l'importance du service rendu, le temps qu'on y a consacré, et les travaux qu'on a dû entreprendre dans ce but. On accordera bien à un homme de loi des honoraires parfois exorbitants pour une simple opinion légale ou l'examen des mérites et démérites d'une cause ; on lui paiera jusqu'à la dernière minute qu'il aura pu y consacrer, ainsi qu'en font foi certains mémoires de frais devenus fameux. Mais, s'il s'agit d'un médecin, il semble que tout soit bon pour lui et qu'il doive se contenter de ce que la générosité (*sic*) du client veut bien lui accorder. Et quand ce client est représenté par toute une corporation, une institution puissante ou même le gouvernement, on jette les hauts cris si la note d'honoraires demande une rémunération en rapport avec l'étendue du travail fait. Ne voit-on pas, tous les jours, les médecins appelés comme experts à la cour d'assises, passer cinq ou six jours entiers au palais de justice à raison de quatre dollars par jour ? Le reste, on le sait, est à l'avenant.

Nous souhaitons sincèrement que cette question soit discutée et examinée à l'occasion de la note du Dr. Lachapelle, et que l'on commence à songer à nous rendre une justice, un peu tardive il est vrai, mais qui n'en sera pas moins accueillie avec satisfaction

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

MANN.—*A System of Gynecology by American authors, edited by Matthew D. Mann, A. M., M. D., Volume II. Illustrated with four colored plates and three hundred and sixty-one engravings on wood.*—Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1888.

Il nous suffira de dire à ceux de nos lecteurs qui possèdent déjà le premier volume de ce bel ouvrage, que le second ne diffère en

rien du premier comme perfection typographique etc., mais il est plus considérable, ayant près de 1200 pages tandis que le premier est un volume de 800.

Voici les matières qu'il contient et le nom des auteurs qui les ont traitées :

- Maladies du vagin, par C. Carroll Lee, A. M., M. D.  
 Les hystéro-névroses, par Geo. J. Engelmann, M. D.  
 Grossesse extra-utérine, par T. Gaillard Thomas, M. D.  
 Les tumeurs du sein, par Samuel W. Gross, M. D., L. L. D.  
 Maladies du sein autres que les tumeurs, par Roswell Park, A. M., M. D.  
 Les fistules, par Ed. W. Jenks, M. D., L. L. D.  
 Maladies de la vessie et de l'urèthre, par Wm. H. Barker, M. D.  
 Tumeurs non-malignes de l'utérus, par R. Stansbury Sutton, A. M., M. D., L. L. D.  
 Maladies malignes de l'utérus, par W. T. Lusk, M. D.  
 Lacérations du col utérin, par Bache McEvers Emmet, M. D.  
 Inversion chronique de l'utérus, par Samuel C. Busey, M. D., L. L. D.  
 Lésions et lacérations du périnée et du plancher du bassin, par Howard A. Kelly, M. D.  
 Traitement des tumeurs ovariennes et para-ovariennes, par Wm. Goodell, A. M., M. D.  
 Maladies des ovaires, par Robert Battey, M. D. et Henry C. Coe, A. M., M. D.  
 Maladies des trompes de Fallope, par Henry C. Coe, A. M., M. D., et W. Gill Wylie, M. D.  
 Pathologie des tumeurs utérines, par Stephen Y. Howell, A. M., M. D.  
 Histoire clinique et diagnostic des tumeurs du bassin autres qu'utérines et tubaires, par Matthew D. Mann, A. M., M. D.  
 Déviations utérines, par Geo. T. Harrison, M. D.  
 Ce volume complète la partie gynécologique de : "*The American System of Gynecology and Obstetrics.*" Nous référons nos lecteurs qui désirent avoir un aperçu du premier volume de Gynécologie à notre livraison d'août, 1887, page 446.  
 Quant à la partie obstétrique, le premier volume a été publié en juin 1888 et on pourra en voir la bibliographie dans notre livraison de juillet 1888, page 389.  
 Le prix de chaque volume est de \$6, \$7 ou \$8 suivant la reliure. L'exécution ne laisse absolument rien à désirer et le nom des auteurs est connu de tous les praticiens de l'Amérique.

### Pozzi.—Compte-rendu du 3e Congrès de Chirurgie.

M. le Dr POZZI, secrétaire général du Congrès de Chirurgie, vient de publier chez l'éditeur Félix Alcan le compte-rendu (procès verbaux, mémoires et discussions) du 3<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie

français tenu à Paris au mois de mars dernier, sous la présidence de M. le professeur VERNEUIL, de l'Institut.

Dans cette session s'est affirmé une fois de plus le succès de cette œuvre à laquelle se sont associés les chirurgiens des pays de langue française : Suisse, Belgique, Alsace-Lorraine.

Les sujets à l'ordre du jour de cette session étaient :

*De la conduite à suivre dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales.—Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement.—De la récurrence des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie.—De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.*

Outre les communications et les discussions approfondies auxquelles ils ont donné lieu, plus de soixante communications sur divers sujets insérées in-extenso dans ce volume, en font un recueil de mémoires des plus intéressants et que tout praticien voulant se tenir au courant des progrès de la science chirurgicale, devra posséder et consulter journellement. (1 vol. in-8° avec gravures, 14 fr. Félix Alcan, éditeur).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

**Dispensaire de gynécologie.**—Un dispensaire de gynécologie vient d'être ouvert, par les révérendes Sœurs de la Miséricorde, à l'hospice de la Maternité rue Dorchester. Ce dispensaire sera sous la direction de MM. les docteurs A. Dagenais et M. T. Brennan qui y feront le service tous les mardis et vendredis, à 2h. p. m.

**Association des internes de l'Hôpital Notre-Dame.**—Nous croyons savoir que messieurs les internes, tant anciens qu'actuels, de l'hôpital Notre-Dame ont l'intention de se constituer en association dans un double but scientifique et confraternel. Un banquet dit *Banquet de l'internat* serait donné tous les ans, à l'exemple de ce qui se fait à Paris parmi les internes des hôpitaux.

**Société de médecine pratique de Montréal.**—Lors de la première réunion des membres de cette société, le 26 octobre, le Bureau a été constitué comme suit pour l'année 1888-39 : *Président*, Dr W. H. HINGSTON, *Vice président*, Dr A. T. BROUSSEAU ; *Secrétaire*, Dr A. A. FOLCHER ; *Assistant-Secrétaire*, Dr C. N. BARRY ; *Trésorier*, Dr L. J. V. CLÉROUX ; *Bibliothécaire*, Dr J. M. BEAU-SOLEIL ; *Conseil*, Drs E. P. LACHAPPELLE, A. LAMARCHE et J. A. S. BRUNELLE.

La prochaine séance se tiendra vendredi, le 16 novembre, à 8.30 P. M. précises, au No. 64, rue St-Denis.