

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE DAME (Montreal).— M. H. E. DESROSIERS.

DEUXIÈME LEÇON.

De la médication hypnotique.

Le but de la médication hypnotique est de procurer le sommeil. Procurer le sommeil constitue une indication utile, souvent nécessaire, dans le cours des maladies que nous avons à traiter, et il ne se passe pas de jour que vous ne vous voyiez, au lit des malades, prescrire quelque substance ayant pour effet de produire le sommeil chez un patient se plaignant d'insomnie. Ce sujet de la médication hypnotique se présente à nous sous de certains aspects offrant un intérêt particulier et que nous allons passer en revue.

Les médicaments véritablement hypnotiques ne sont pas très nombreux, mais il faut se garder de croire que seuls ils aient la propriété d'amener le sommeil. On peut obtenir le même but par l'intermédiaire de substances appartenant à d'autres médications, et qui parfois ne se rapprochent en aucune façon de la classe des hypnotiques. Mais avant d'étudier l'action générale de ces médicaments ainsi que leurs principales indications, voyons un peu ce que c'est que le sommeil, et quelles sont les conditions qui le troublent ou le favorisent.

Durant le sommeil, il y a repos plus ou moins complet des fonctions de tout l'organisme. Le cerveau et les appareils placés sous sa dépendance immédiate se reposent plus encore que les autres. Or ce repos, vous le savez, est nécessaire au cerveau dans l'état de santé, et nous en avons une preuve pour ainsi dire palpable, dans les désordres multiples qui se produisent dans les cas d'insomnie prolongée. Dans l'état de maladie, ce repos est plus nécessaire encore, c'est pourquoi il devient très important de l'assurer alors par tous les moyens possibles.

Il est généralement admis aujourd'hui, contrairement à l'opinion professée autrefois, que "le sommeil résulte d'une diminution dans la circulation cérébrale, d'une véritable anémie passagère et physiologique de l'encéphale (1)." La circulation générale est ralentie durant le sommeil, elle va, si je puis m'exprimer de la sorte, à petite vapeur : celle du cerveau doit faire de même. Mais si la circulation cérébrale est ralentie durant le sommeil physiologique, s'il y a alors anémie du centre nerveux supérieur, par contre, à l'état de veille, et principalement durant le travail intellectuel, il y a afflux plus considérable du sang au cerveau, il y a plus ou moins de congestion.

(1) DUJARDIN-BEYMEZ, in *Bulletin de thérapeutique*, Vol. 109, p. 538.

Ceci posé, voyons quelles sont les causes qui peuvent s'opposer à la production du sommeil.

Eickholt a rangé, d'après leurs causes, les insomnies dans l'ordre suivant: 1o Insomnies consécutives aux efforts intellectuels ou physiques, aux impressions morales pénibles, à l'action des substances toxiques. 2o Insomnies consécutives à des maladies aiguës ou chroniques. 3o Insomnies précédant ou accompagnant une maladie fonctionnelle ou organique du cerveau.

Dans la première catégorie rentre l'insomnie des sujets nerveux, neurasthéniques et hypocondriaques, et celle des gens d'affaires et d'études, dont le cerveau est préoccupé. Chez ces personnes, le cerveau est constamment en activité fonctionnelle, et sa circulation est conséquemment activée elle aussi. Dans la seconde catégorie est comprise l'insomnie des maladies en général. C'est la plus fréquente, celle que vous serez le plus souvent appelés à combattre. Qu'il s'agisse d'une fièvre essentielle ou d'une inflammation, d'une affection aiguë ou chronique, avec ou sans lésion des tissus, médicale ou chirurgicale, l'insomnie se montre très fréquemment au cours de la maladie, et il faut y remédier. Deux causes dans ces cas s'opposent surtout au sommeil: l'agitation nerveuse propre à l'état fébrile ou inflammatoire, et la douleur, rarement absente de la plupart des maladies. Les insomnies par intoxication rentrent aussi dans cette catégorie: *v.g.* insomnie des buveurs d'alcool, de thé, de café, celle des fumeurs, celle des urémiques. Enfin, vient l'insomnie, la plupart du temps très difficile à combattre, des aliénés et des cérébraux.

Mais cette énumération ne comprend pas toutes les causes d'insomnie; citons encore la vieillesse, le changement d'habitudes, le changement de lit, de local, d'entourage, ce qui arrive chez la plupart des malades nouvellement admis dans nos salles, l'état de congestion et d'anémie extrêmes du cerveau, etc. Quelquefois la cause est tout à fait étrangère au malade: *v.g.* les quintes de toux ou les gémissements des autres malades dans la même salle, etc. Il arrive enfin parfois que l'agrypnie ne reconnaît aucune cause appréciable.

En premier lieu, avant de songer à provoquer ou à produire le sommeil au moyen des hypnotiques proprement dits, il importe de faire disparaître, si possible, la cause de l'insomnie, et c'est ici que se placent divers agents que l'on pourrait appeler des hypnotiques indirects, en ce sens qu'ils ne produisent pas le sommeil par eux-mêmes, mais le font en obviant à la cause qui empêche le malade de dormir. Un patient, par exemple, vient d'être admis à l'hôpital et y passe sa première nuit. Le lit lui semble un peu dur, l'atmosphère d'une salle de malades le fatigue; bref, il ne dort pas. La plupart du temps, le sommeil reviendra au bout de deux ou trois jours, et il sera inutile de rien prescrire dans ce cas, l'insomnie n'étant que passagère, et sa cause ne pouvant guère être enlevée. Tel autre malade souffre d'une névralgie, tel autre d'un rhumatisme musculaire, tel autre d'une fracture, ou des suites d'une opération chirurgicale quelconque, grande ou petite. Dans ces divers cas, c'est la douleur qu'il faut atténuer avant tout, si nous voulons que le malade dorme. Nous prescrivons donc un analgésique: la morphine, l'opium, peut-être même le chloral, bien que ses propriétés anodines ne soient pas comparables à celles de l'opium et de son alcaloïde. Chez la femme enceinte, le pyrosis est une cause assez fré-

quente d'insomnie; dans ce cas, il faudra donner une dose de magnésie ou de bismuth. S'il existe une maladie cutanée accompagnée d'un prurit intense qui empêche le patient de dormir, il faudra avant tout combattre ce prurit. Si la cause consiste dans l'abus du café ou du thé, il faudra faire cesser cet abus. En un mot, il importe, avant tout, de chercher la cause et de la faire disparaître s'il y a possibilité. C'est là la première indication.

Mais vous le savez, messieurs, la cause de l'insomnie est fort souvent hors de notre atteinte, et c'est ici que se trouvent indiqués, à proprement parler, les hypnotiques.

Dans ses récentes et remarquables leçons sur les médications nouvelles, M. Dujardin-Beaumetz émet l'opinion que l'on ne doit regarder comme hypnotiques que les médicaments qui ont pour effet de ralentir la circulation cérébrale, mettant par le fait même le cerveau dans les conditions les plus favorables au sommeil; pour lui les véritables hypnotiques produisent le sommeil en anéantissant l'axe cérébro-spinal. Ces hypnotiques se comportent aussi d'une autre façon dans la production du sommeil: ils agissent directement sur les éléments nerveux du cerveau qu'ils semblent anesthésier et paralyser en quelque sorte. Ainsi font le chloral, la paralaldéhyde, l'hyponone et l'uréthane. Ainsi ne font pas l'opium et la morphine que M. Dujardin-Beaumetz ne se fait pas scrupule d'éliminer de la classe des hypnotiques. "Je considère l'opium, dit-il, bien plus comme un analgésique et un tonique que comme un hypnotique. Pour moi, l'opium ne fait pas dormir et la fameuse *virtus dormitiva* dont l'affubait le bachelier dans la cérémonie du malade imaginaire n'existe que dans l'imagination de l'immortel comédien. Je sais qu'en soutenant cette affirmation, je heurte bien des croyances, mais plus j'étudie cette question de l'opium, plus je suis disposé à maintenir mon opinion.

"L'opium et la morphine, pris à dose thérapeutique, ne déterminent pas à proprement parler le sommeil, ils produisent un état spécial d'assoupissement, de rêverie et même de béatitude, mais pendant lequel le cerveau, puissamment excité par la congestion que déterminent l'opium et ses dérivés, continue à fonctionner, et cela même d'une façon exagérée. Ces propriétés d'excitation cérébrale sont un des plus puissants attrait qui poussent le plus à ce vice moderne que l'on décrit sous le nom de morphiomanie.

"J'en appelle à cet égard à tous ceux qui ont usé de l'opium, et vous verrez que le plus grand nombre vous répondront qu'ils ont trouvé dans l'opium, non pas le sommeil, mais cet état d'apaisement général qui a produit chez eux une période de calme et de soulagement. (1)."

Ce n'est pas à dire pour tout cela, cependant, que l'opium et la morphine ne puissent être utilisés contre l'insomnie. Quand celle-ci reconnaît pour cause l'existence d'une douleur quelconque, il n'y a pas de meilleur soporifique que l'opium, sous forme de laudanum, de poudre de Dover, etc., et la morphine, en solution aqueuse ou en pilules, ou, ce qui vaut mieux encore, administrée hypodermiquement. Il en est de même dans les cas d'anémie cérébrale extrême, celle-ci étant tout

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ—*loc. cit.*

aussi défavorable à la production du sommeil physiologique que le peut être la congestion. Cette insomnie anémique se montre surtout chez les sujets anémiques et débilités, dans la convalescence des maladies asthéniques : fièvre typhoïde, pneumonie, diphthérie, etc. Si l'opium n'y fait rien, les alcooliques, eau-de-vie, vins, et surtout les bières d'après Eickholt, auront souvent le meilleur effet, pris le soir, au coucher. Le camphre convient encore à ces cas, seul ou combiné à l'opium. Le professeur James Sawyer, du *Queen's College*, a aussi recommandé l'usage des alcooliques contre l'insomnie psychique, à forme chronique, quand le malade est d'humeur chagrine et de constitution faible et anémique.

Que ce soit l'opium, la morphine ou les alcooliques que vous prescriviez, ne le faites qu'avec prudence, surtout chez les patients que vous auriez raison de croire portés à contracter des habitudes vicieuses, principalement chez les sujets nerveux. Plus d'un cas de morphomanie et d'acoolisme a eu pour point de départ l'usage de l'opium ou des alcools pour produire le sommeil ou calmer la douleur. Si le cerveau, loin d'être anémié outre mesure, est, au contraire, congestionné, l'opium et les alcooliques sont formellement contrindiqués, et doivent céder le pas aux bromures, surtout aux bromures alcalins : de potassium et de sodium, donnés à dose de 20 à 60 grains. Les bromures ne sont pas hypnotiques pourtant ; la sédation qu'ils produisent sur le système nerveux et le système circulatoire explique seule la production du sommeil qui suit leur emploi ; ils sont encore indiqués dans l'insomnie des névropathes, chez lesquels le cerveau est en continuelle congestion, celle des hommes d'affaires, des étudiants trop âpres au travail et aussi, je me hâte de le dire, celle des enfants. Les enfants, dont la substance cérébrale est activement vascularisée, supportent très bien les bromures. Ceux-ci s'administrent en solution dans l'eau, ou, ce qui est encore préférable, en solution dans du lait. Le véhicule doit être assez abondant, attendu que les bromures alcalins, celui de potassium en particulier, sont plus ou moins irritants pour les muqueuses.

Si l'opium et son principal alcaloïde ne font pas dormir, si l'alcool, le camphre et autres agents congestionnants, les bromures alcalins qui sont anémiant, ne procurent le sommeil que d'une manière indirecte, où trouverons-nous les véritables hypnotiques ? J'ai nommé tout à l'heure le chloral dont on peut, parfois, utiliser les propriétés analgésiques. Les vertus hypnotiques de ce médicament sont bien mieux établies encore, aussi est-il aujourd'hui considéré comme le meilleur soporifique connu. Après lui, viennent la paralaldéhyde, l'hypnone et l'uréthane, trois médicaments de découverte toute récente. Ces derniers, de même que le chloral, réalisent le type d'action des hypnotiques vrais : ils anémient le cerveau, ou, si l'on veut, ils ralentissent la circulation dans cet organe ; en outre ils agissent directement, en nature, sur les éléments nerveux (cellules cérébrales) qu'ils anesthésient ou paralysent à demi. Comme conséquence, nous avons la production du sommeil. Mais là semble s'arrêter l'analogie d'action ; le chloral, en effet, est anodin en même temps qu'hypnotique, ce que ne sont ni la paralaldéhyde, ni l'hypnone, ni l'uréthane. En outre, il présente, à doses un peu élevées, certains dangers dont les autres semblent être exempts. Ainsi, l'on ne peut guère l'administrer à des doses supérieures à 30 grains, (sauf dans des cas exceptionnels), sans s'exposer à voir surve-

nir un ralentissement plus ou moins marqué du cœur, et même la syncope qui, dans ces cas, peut être rapidement mortelle. Le chloral est un poison cardiaque à haute dose, suivant l'expression de Gubler, aussi devez-vous vous en abstenir dans les cas de maladie organique du cœur avancée (périodes de non compensation et de cachexie) surtout quand la lésion siège à l'orifice aortique, ou qu'il y a dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque. Dans ces cas, surtout dans les lésions aortiques, le cœur est très exposé à la syncope, et cette prédisposition ne ferait qu'augmenter, vous le comprenez bien, sous l'influence du chloral.

Hypnotique à doses moyennes, la paralaldéhyde, à doses très élevées, agit peu sur le cœur ; son action se portant de préférence sur la respiration qui se ralentit alors considérablement et qui se paralyse toujours la première quand la mort survient. J'ai dit que la paralaldéhyde n'est pas analgésique.

L'hypnone, disait-on, ne produit pas d'accidents ; cependant il y en a eu de rapportés. Ce médicament, qui est un acétone mixte, amènerait la mort, de même que le chloral, par paralysie du cœur, mais il est beaucoup moins dangereux que le chloral.

L'uréthane enfin, ou carbamate d'éthyle, dénué comme l'hypnone et la paralaldéhyde, de toute propriété analgésique, est, jusqu'à preuve du contraire, exempt de propriétés toxiques, et présente sur le chloral cet avantage de n'avoir aucune tendance à produire la paralysie du cœur.

Le chloral, la paralaldéhyde, l'hypnone et l'uréthane procurent un sommeil généralement calme, ressemblant en tous points au sommeil naturel, exempt de rêves pénibles, survenant promptement et durant, en moyenne, de 4 à 8 heures, et n'amènent pas ces sensations désagréables : lourdeur de tête, céphalalgie, nausée, vertiges, etc., qui suivent l'administration de l'opium et de la morphine.

Les usages de ces quatre hypnotiques sont les mêmes, à peu de chose près. Ils conviennent surtout à l'insomnie simple, non compliquée, sans cause appréciable, de même qu'à l'insomnie des fièvres essentielles et des inflammations aiguës : fièvre typhoïde, variole, pneumonie, alors que le cerveau est plus ou moins congestionné, le système nerveux plus ou moins surexcité, et que l'opium est mal supporté en général ; à celle du délire alcoolique, de la neurasthénie, de l'hypochondrie, et en général à l'insomnie nerveuse. Enfin, ils rendent les plus grands services dans l'agitation et l'insomnie des maladies mentales, surtout, chose curieuse, quand celles-ci sont à l'état aigu. En effet, plus la manie est aiguë, plus le sujet est agité, et mieux ils semblent agir. Même remarque pour le délire alcoolique et le *delirium tremens*.

Ici pourtant, messieurs, il est encore des réserves à faire au sujet du chloral. Si ce médicament nous donne des succès dans le délire et l'insomnie des fièvres et des phlegmasies, et chez les névropathes qui ne dorment pas ou qui dorment mal, il peut devenir très dangereux chez les alcooliques et chez les aliénés chroniques, principalement chez les premiers, qui sont si fréquemment affectés de maladie organique du cœur et du cerveau, de dégénérescence artérielle, etc., toutes lésions prédisposant à la syncope par paralysie du cœur. Méfiez-vous donc du chloral non-seulement chez les cardiaques avancés, comme je le disais tout à l'heure, mais encore chez les alcooliques invétérés souffrant de *delirium tremens*. Que d'accidents de ce genre je pourrais citer, qui se présentent en ce moment à ma mémoire. D'ailleurs, M. Dujardin-

Beaumetz considère que la paralaldéhyde est bien supérieure au chloral chez les alcooliques. Tant mieux !

Il a été difficile de se procurer ici l'un ou l'autre de ces trois nouveaux hypnotiques. Aussi le chloral est-il ordinairement prescrit dans le service ; le sirop officinal (B.P.) est la forme sous laquelle il est le plus souvent donné ; ce sirop renferme 10 grains de chloral par drachme et se donne à dose de $1\frac{1}{2}$ à 3 drachmes, comme hypnotique, toute dose supérieure à cette dernière (30 grains de chloral pur) devant être considérée comme dangereuse dans la majorité des cas. Une recommandation que je vous ai souvent faite, et sur laquelle M. Dujardin-Beaumetz insiste avec beaucoup d'à propos, c'est de toujours administrer le chloral dans une grande quantité de véhicule, eau ou sirop, eu égard aux propriétés irritantes locales du remède, et cela principalement chez les sujets affectés de maladies de l'estomac, du larynx et du pharynx. Dans ces cas, il peut devenir nécessaire de donner le chloral en lavements. Je l'ai déjà fait administrer plusieurs fois de cette façon, et les effets produits ont toujours été satisfaisants.

Dans l'insomnie des cardiaques, le chloral est avantageusement remplacé par la paralaldéhyde et par l'uréthane qui n'ont pas les inconvénients du chloral au sujet de la syncope.

Le chanvre indien est encore un hypnotique utile dans les cas d'insomnie chez les mélancoliques et les hypochondriaques, mais, malheureusement, il manque parfois son effet. Dans le combine avantageusement à la codéine dans l'insomnie des vieillards.

L'hyoscyamine et l'hyoscine, principes actifs de la jusquiame sont douées de propriétés hypnotiques bien définies, et on les utilise principalement dans l'insomnie accompagnant les maladies mentales : manie aiguë, délire des persécutions, folie épileptique, delirium tremens avec hallucinations, etc. Séguin, de New-York, place l'hyoscyamine avant le chloral dans les cas d'agrypnie maniaque. H. C. Wood, de Philadelphie, préfère l'hyoscine à l'hyoscyamine dans l'insomnie due aux préoccupations mentales excessives, avec rapide succession des pensées, ou sommeil troublé par des rêves incessants, et en général dans l'insomnie des maladies mentales, avec hallucinations, illusions, etc. Ces deux alcaloïdes de la jusquiame sont encore à l'étude, mais vous pouvez voir que si demain confirme les expériences d'hier, on pourra tirer de leur emploi les plus grands avantages.

Il ne faut pas oublier de mentionner ici les anesthésiques généraux, qui, en même temps qu'ils amènent la résolution musculaire, produisent aussi le sommeil, le sommeil anesthésique pouvant être considéré comme le comble de l'hypnotisme. Rarement on est forcé d'avoir recours au chloroforme ou à l'éther pour produire le sommeil pur et simple. Il est des cas pourtant où celui-ci persistant à ne pas venir, il faut le provoquer à tout prix, et, pour ce faire, recourir aux anesthésiques généraux. Ce sera le cas en particulier pour le délire traumatique, le délire accompagnant les fièvres essentielles, etc. Souvent il n'est aucun autre moyen de faire dormir les malades.

J'aurai terminé cette leçon, messieurs, lorsque j'aurai mentionné quelques moyens extemporanés de combattre l'insomnie. On a recommandé tour-à-tour le massage, l'application de sinapismes sur l'abdomen, les affusions froides sur la tête, l'application d'un bandage refroidi sur les membres inférieurs, et dernièrement, dans l'insomnie

rebelle des fièvres essentielles, des douches froides sur la tête et la nuque. Ces divers moyens ont presque tous pour effet secondaire de produire l'anémie cérébrale favorable à la production du sommeil, soit en faisant contracter directement les vaisseaux du cerveau, soit en produisant, en d'autres parties, une dilatation vasculaire propre à faire décongestionner cet organe. Le moyen mentionné en dernier lieu semble avoir été particulièrement efficace.

Une dernière recommandation, messieurs, avant que de nous séparer. Quelque hypnotique que vous donniez, méfiez-vous de l'accoutumance, surtout si vous devez administrer cet hypnotique pendant longtemps. L'accoutumance s'établit, non seulement pour les liqueurs alcooliques et l'opium, mais encore pour le chloral, la paralaldéhyde etc. Une fois l'habitude établie, il faut augmenter les doses de plus en plus, et en venir enfin à des quantités incompatibles avec la santé physique et morale de l'individu et parfois aussi avec la vie.

Empoisonnement par la Cocaine ;

par A. A. FOUCHER, M. D.,

Professeur à l'Université Laval (Montréal), Oculiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Sous ce titre, les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* de Gouguenheim, ont publié depuis quelque temps un certain nombre d'observations relatant des accidents toxiques survenus à la suite de l'administration du muriate de cocaïne. Il ressort des travaux qui ont paru sur cette question jusqu'à ce jour, que plus l'emploi de ce nouveau médicament se généralise, plus on recueille de faits propres à rendre prudents dans son administration.

Un fait assez singulier, c'est que les accidents relatés ne reconnaissent pas toujours pour cause l'administration de doses fortes ou longtemps prolongées. Ainsi la *Therapeutic Gazette* rapporte qu'une femme de 25 ans, de bonne constitution, éprouva des symptômes d'empoisonnement à la suite de l'emploi d'une solution de 3 grains sur la muqueuse nasale. L'effet se produisit au bout de 15 à 20 minutes et se traduisit par des étourdissements, une prostration considérable, un obscurcissement de la vue, etc. Le Dr. Gresholz a publié dans le *British Medical Journal*, un cas d'empoisonnement analogue survenu à la suite d'une instillation de 3 gouttes d'une solution de cocaïne à 4 o/o.

Le Dr. Zeim recueilli a 17 cas d'empoisonnement par la cocaïne publiés par des oculistes ; dans un de ces cas, il a suffi de l'instillation, sur la conjonctive, de 15 gouttes d'une solution à 2 o/o pour produire les effets toxiques de ce médicament. Dès les premières applications que nous avons faites de la cocaïne, nous avons remarqué cette tendance qu'ont les patients ainsi anesthésiés à se trouver mal à l'aise, à se plaindre, entr'autres choses, de chaleur et d'étourdissement accompagnés de pâleur de la face. Nous avons d'abord attribué ces troubles passagers à l'opération elle-même, car il est connu de tout le monde que la plus petite opération et en même temps la moins douloureuse a quelquefois pour effet de produire des symptômes à peu près analogues à ceux que nous mettons maintenant sur le compte de la cocaïne.

Mais le nombre des défaillances ayant augmenté d'une manière sensiblement proportionnelle au nombre des patients cocaïnés, nous avons dû reconnaître qu'il y avait là une toute autre cause que l'état nerveux et impressionnable des patients. La solution que nous avons toujours employée n'est pas aussi forte que celle qui paraît adoptée généralement; ainsi, au lieu de solutions à 4 ou 2 o/o, nous employons avec succès une solution de 4, 2 et 1 grains à l'once, soit 1, $\frac{1}{2}$ et $\frac{1}{4}$ o/o. Au lieu de dissoudre la cocaïne dans l'eau, nous croyons préférable de l'incorporer à la vaseline. Ce procédé a pour avantage de rendre plus stable l'effet du médicament, et aussi d'en rendre le contact avec la muqueuse plus prolongé, par conséquent, plus effectif. Chez les enfants, les gouttes instillées dans l'œil, par exemple, ne font que passer sur la muqueuse conjonctivale, les larmes et les contractions de l'orbiculaire ne tardent pas à les chasser au dehors, il en est autrement de l'onguent qui se fixe dans les culs de sac s'agglutine aux cils où il fond et revient à la conjonctive à la faveur des mouvements des paupières. Pour conserver l'onguent de cocaïne à la vaseline, nous ajoutons l'acide salicylique dans les proportions 1j1000. Nous avons pu conserver de telles préparations pendant des mois sans que l'effet anesthésique en ait été altéré d'une manière notable. Avec cet onguent préparé dans les proportions de $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ et 1 o/o nous avons remarqué, chez quelques patients des effets toxiques analogues à ceux que nous avons relatés plus haut : la pâleur de la face, accompagnée, au bout de quelques minutes, de sueurs profuses, obscurcissement de la vue, lassitude et faiblesse du pouls. Nous avons noté cet état chez un grand nombre de sujets cocaïnés. Dans un cas récent, il s'est produit, en outre, des nausées et des vomissements abondants chez une fille de 32 ans, opérée à peu près 1 heure après son repas. La dose employée avait été ordinaire, à peu près gros comme un pois de l'onguent de cocaïne à 1 o/o dans le cul-de-sac conjonctival.

Le cas le plus grave qui se soit produit dans notre pratique, et que nous croyons pouvoir rattacher à la cocaïne, est de date toute récente. Le 3 courant, nous avons opéré les voies lacrymales d'une jeune fille de 17 ans. A la suite d'un traumatisme direct à l'angle interne de l'œil gauche, les conduits lacrymaux et la partie supérieure du sac lacrymal avaient été déchirés et consécutivement obstrués. Il s'agissait de rétablir la perméabilité des voies lacrymales à travers du tissu cicatriciel, opération un peu plus longue et plus douloureuse que le débridement ordinaire des voies lacrymales. La malade exigea l'emploi du chloroforme.

L'opération dura à peu près quelques minutes, la malade n'eut pas le temps, par conséquent, d'absorber une grande quantité de chloroforme. Au réveil, vers 11 $\frac{1}{4}$ hrs. a. m., la patiente veut se lever immédiatement, mais, se sentant étourdie, mal à l'aise, elle se recouche. A mesure que le réveil s'accroît, la malade se plaint naturellement de douleurs à l'angle interne de l'œil gauche, on lui met un peu de cocaïne au niveau du point douloureux.

Elle essaie de nouveau de se lever, mais la figure pâlit, les pupilles se dilatent, le pouls s'affaiblit, la vue devient troublée. On la couche de nouveau, et on lui donne l'amoniaque intus et extra, les stimulants produisent un peu d'effet, mais aussitôt qu'on en discontinue l'emploi, les pupilles se dilatent de nouveau, le pouls faiblit, la malade parle avec

peine et ne voit rien. On donne le bromure d'éthyle ; nouvelle amélioration suivie peu après d'état syncopal.

On donne successivement du *brandy* et de l'amoniaque, puis, en dernier lieu, la nitro-glycérine, une goutte à tous les quarts d'heure pendant une heure ou deux.—À quatre heures et demi, la malade peut se lever sans inconvénient, les étourdissements ont disparu.

Ce cas m'a paru intéressant à relater pour faire entrevoir les contre-indications qui doivent exister dans l'emploi simultané du chloroforme et de la cocaïne, contre-indications que je n'ai encore vues signalées nulle part. Il est impossible de conclure d'un fait isolé comme celui qui vient d'être cité, mais il ne semble pas irrationnel de croire que deux médicaments qui chacun prédisposent à la syncope ne doivent trouver place, en même temps, sur le même sujet, sans exposer davantage aux inconvénients de chacun d'eux pris isolément.

Dans certains cas d'opérations, sur les yeux des enfants, par exemple, on donne quelquefois le chloroforme avant pour permettre l'immobilisation complète de la tête que pour produire l'anesthésie, soit de la cornée, soit de la conjonctive ; on pourrait être tenté alors de donner les deux anesthésiques simultanément, l'un à respirer et l'autre employé localement pour anesthésier les parties sur lesquelles doit porter l'opération. On peut être d'autant plus porté à en agir ainsi que la cornée est toujours la dernière à perdre sa sensibilité sous l'effet du chloroforme, et qu'en anesthésiant d'avance cette membrane à l'aide de la cocaïne on peut opérer plus tôt avec la même sécurité ; par conséquent, en employant moins de chloroforme, en poussant moins loin son action, on diminuerait d'autant les accidents que l'on reproche à l'emploi prolongé de cet agent. Mais ces avantages ne seraient qu'apparents si la cocaïne employée chez un sujet chloroformé l'exposait plus, ou même autant, aux dangers et aux inconvénients de la syncope, que le chloroforme seul, donné en plus grande quantité et pendant un temps plus prolongé.

L'avenir dira jusqu'à quel point nos craintes sont fondées, mais, en attendant, les accidents relatés jusqu'à ce jour nous démontrent d'une manière évidente que l'emploi de la cocaïne n'est pas exempt de danger, qu'il faut par conséquent l'employer avec prudence, que les accidents se produisent sous l'effet de faibles solutions, et qu'il y a des personnes réfractaires à l'emploi de ce médicament.

Chez ces personnes, l'emploi de la cocaïne sur de grandes surfaces telle que la muqueuse nasale, vaginale, etc., constitue un danger sérieux. Les faibles solutions à un quart, une demie, et 1 o/o sur la muqueuse oculaire, en petites quantités, paraissent exemptes de dangers sérieux.

L'éthoxycéphaline contre la migraine.—M. le Dr Dujardin-Beaumetz a expérimenté ce produit, dérivé de la caféine. Contre la migraine, une potion renfermant 25 centigr. d'éthoxycéphaline et 25 centigr. de salicylate de soude, prise en une seule fois au début des accidents, arrête l'évolution des phénomènes douloureux. Malheureusement, l'éthoxycéphaline a l'inconvénient de produire une certaine douleur de l'estomac, et il est bon, pour l'éviter, d'ajouter à la potion 1 centigramme de cocaïne.—*Scalpel*.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Fièvre typhoïde à réitération. — Pleurésie diaphragmatique. — Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker. — Un malade du service, atteint d'une fièvre typhoïde légère, ou du moins médiocrement grave, a cependant dû rester pendant quatre vingts jours à l'hôpital, bien que sa maladie n'ait été compliquée d'aucune affection intercurrente. Ce long séjour tient à ce que sa fièvre a été en quelque sorte triplée et qu'il a présenté une double réitération, ainsi que le montre son tracé thermométrique. Or c'est là un fait qui devient presque vulgaire depuis un certain temps, et ces retours de fièvre, qu'on signalait à peine autrefois, se voient fréquemment, principalement depuis 1869. Une autre malade du service, qui a été atteinte presque simultanément d'une forme analogue, en est un autre exemple. La première période de la maladie dura chez elle vingt cinq jours; puis le septième jour de cette première convalescence la fièvre reparut; cinq jours plus tard parurent des taches caractéristiques de cette nouvelle atteinte, la défervescence se fit le sixième jour, et après un nouvel intervalle de neuf jours, la fièvre reparut, et trois jours plus tard survinrent des taches, mais avec une coloration plus vive que celle qu'on voit habituellement se produire. La défervescence définitive ne se fit que le dix-septième jour.

Ces faits sont si fréquents qu'un autre malade est encore dans les salles, à sa quatrième réitération; mais c'est surtout au point de vue du pronostic qu'il est important de connaître leur fréquence, car ils ne comportent pas de gravité particulière, et ce qui montre leur accroissement relatif, c'est qu'on a discuté beaucoup depuis un certain temps sur la dénomination qu'on devait leur donner.

À cet égard, il y a une certaine importance à n'employer qu'une appellation très exacte. On a proposé principalement ceux de rechutes, récidives ou réversions. Or le mot de récidive ne peut être applicable qu'au recommencement d'un acte entièrement nouveau; il ne peut s'appliquer qu'à une reproduction à longue échéance.

D'un autre côté le mot rechute implique une signification très différente, bien qu'on ait employé l'appellation de fièvre typhoïde à rechutes pour qualifier ces formes de dothiéntérie. Si, par exemple, à la fin d'une fièvre typhoïde, au moment où la convalescence allait se produire, surviennent divers accidents qui prolongent la maladie, on dit qu'il y a rechute; mais si la convalescence est déjà commencée et que la maladie recommence comme une fièvre typhoïde nouvelle, c'est bien une rechute si l'on veut, mais d'une nature toute spéciale et méritant un nom spécial. Le mot de recrudescence, qui a été proposé aussi, n'indique que l'augmentation de certains phénomènes, et celui de réversion, employé par beaucoup d'auteurs, indique d'après son étymologie un retour en arrière qui n'existe pas en réalité.

Pour ces diverses raisons, M. Potain propose le mot de réitération, qui indique bien qu'il s'agit d'une affection qui recommence, et s'applique très exactement à cette rechute spéciale dont il est question ici.

Ces réitérations peuvent se montrer sous des aspects assez différents de l'atteinte première; elles peuvent se reproduire trois ou même quatre fois chez le même malade, mais ce qu'on observe le plus souvent, c'est que ces nouvelles atteintes sont de plus en plus courtes et de plus en plus atténuées. A ce degré elles se rapprochent beaucoup de certaines formes d'embaras gastriques fébriles, ou fièvres gastriques, avec lesquelles elles ont peut-être plus de rapports qu'on ne l'admet en général, et dans lesquelles on peut observer aussi l'existence de taches rosées. On a admis, il est vrai, que dans ces fièvres gastriques, les taches ont une coloration plus foncée et sont plus grosses que dans la fièvre typhoïde; mais ce caractère ne suffirait pas à différencier les deux affections, car dans ces formes à réitération on peut voir l'éruption différer notablement d'une des atteintes à l'autre, ainsi que c'était précisément le cas chez une des malades du service. En raison même de la ressemblance des éruptions de la fièvre gastrique et de la fièvre typhoïde, et de diverses autres particularités, on peut admettre qu'il existe un groupe d'affections qui reconnaissent une étiologie à peu près analogue et qui évoluent différemment, soit parce que les malades réagissent diversement, soit peut-être même parce qu'ils ont déjà été atteints. C'est en effet un point à élucider que celui de savoir si des sujets atteints antérieurement de fièvre typhoïde peuvent être atteints ensuite de fièvre gastrique.

Quoi qu'il en soit de cette question incidente, le fait de la fréquence de plus en plus grande de la fièvre typhoïde à réitération reste à noter, et c'est un point de pratique fort important à connaître puisqu'il rend le pronostic de cette maladie, déjà si difficile au point de vue de sa gravité, plus embarrassant encore au point de vue de la durée probable de l'affection.

—La pleurésie diaphragmatique constitue une affection relativement fréquente, mais dont le diagnostic est rarement fait d'emblée, en raison de cette idée généralement admise qu'elle s'accompagne toujours de phénomènes graves et même menaçants pour la vie. Cette forme atténuée de la pleurésie s'est montrée chez une jeune femme du service dont les antécédents avaient été marqués par des accidents d'aspect très singulier. A la suite d'une émotion violente (elle avait vu son frère assassiné), elle avait été prise d'une chorée fébrile suivie d'un rhumatisme aigu généralisé qui avait duré plusieurs mois. Depuis cette époque, qui remonte à huit années, elle fut reprise à chaque printemps de chorée et de rhumatisme. Elle put néanmoins se marier et a été enceinte cinq fois. Ces faits sont importants, parce qu'ils montrent qu'il s'agit bien là d'un terrain rhumatismal. Enfin elle a été prise, six jours avant son entrée à l'hôpital, d'accidents consistant surtout en un point de côté droit, de la dyspnée et de la fièvre. A l'examen du thorax on trouvait quelques signes de congestion pulmonaire, mais ce qui était surtout marqué c'était l'immobilité de l'abdomen; tout le rebord costal était douloureux à la pression, et cette douleur se retrouvait encore à l'épigastre et au niveau du sterno-cléidomastoidien. Aussi ces divers signes permettaient-ils de porter ici le diagnostic de congestion de la base du poumon, et pleurésie diaphragmatique. Quel est en effet le tableau ordinaire de cette dernière affection?

La séméiologie se borne presque toute entière à la douleur, qui revêt

deux formes suivant qu'elle est spontanée ou provoquée. La première est le point de côté habituel de la pleurésie, avec cette particularité qu'il est plus bas, plus diffus, s'accompagnant d'une douleur en ceinture, irradiant vers l'épigastre, les flancs ou le moignon de l'épaule. La douleur provoquée est un peu différente; on la trouve au niveau du rebord costal, puis à l'épigastre, surtout en un point qui répond à l'entre-croisement du rebord costal et du bord du sternum. En ce point précis, la douleur est tellement vive qu'elle peut arracher un cri au malade quand on vient à y exercer une pression: c'est le bouton diaphragmatique proprement dit; on trouve un autre point très douloureux, entre les deux extrémités inférieures du sterno-mastôïdien. D'autres points douloureux se trouvent encore au niveau des espaces intercostaux et à la partie postérieure du tronc, au bord du rachis.

En même temps, la respiration est gênée: la respiration diaphragmatique peut cesser complètement et l'action des muscles abdominaux est supprimée ou renversée. Ils s'affaissent pendant l'inspiration, et quand la pleurésie est unilatérale, on observe un contraste très frappant entre les deux côtés de l'abdomen. L'accélération de la respiration peut en même temps être très considérable; on a pu voir ainsi jusqu'à quatre-vingts respirations par minute chez un enfant, mais c'est là un fait tout à fait exceptionnel. Dans les formes graves cet état s'accompagne d'une angoisse notable avec toux courte et superficielle, voix faible et éteinte. Quelquefois aussi on observe des nausées, des vomissements et de la dysphagie douloureuse.

Avec ces signes fonctionnels si marqués, les indications que peuvent donner l'auscultation et la percussion n'ont qu'une valeur très médiocre, souvent même elles sont nulles. Le plus souvent on note à la partie inférieure du thorax de l'obscurité du son et une diminution du murmure respiratoire qui pourraient être dus au peu de profondeur de la respiration; mais il faut se rappeler que la congestion pulmonaire joue ici un rôle fort important, qui se retrouve d'ailleurs dans presque toutes les pleurésies, car cette affection sans congestion pulmonaire est une exception très rare.

La marche de ces pleurésies diaphragmatiques est très variable: les unes durent six à huit jours, d'autres six semaines, et lorsqu'il y a suppuration, la durée est tout à fait indéterminée. On pourrait en réalité en établir deux formes, l'une, grave, qui suppure facilement, l'autre, beaucoup moins sérieuse, qui se borne la plupart du temps à une fluxion pleuro-pulmonaire.

De même il faut établir une distinction entre les formes primitives et les formes secondaires. Ces dernières peuvent n'être que le résultat d'une propagation de l'inflammation de la plèvre costale: mais on les rencontre aussi après les pneumonies de la base; chez les tuberculeux aussi, elles sont fréquentes, bien que les lésions pulmonaires siègent dans la région opposée. Le foie et le péritoine sont souvent encore l'origine de cette propagation, et dans la fièvre typhoïde même, M. Merklen l'a signalée à la suite de la péricépléite.

Parmi les maladies générales sous la dépendance desquelles la pleurésie diaphragmatique peut se produire, on doit citer en première ligne le rhumatisme, qui peut se produire avant ou après l'invasion du diaphragme, mais il y a de plus des circonstances prédisposantes comme la grossesse, ainsi que cela se présentait dans le cas en question, ou les

troubles de la menstruation. Ces derniers se rencontrent dans bon nombre de cas : il n'est pas nécessaire d'ailleurs qu'il y ait suppression des règles ; ce qu'il faut remarquer c'est que la période menstruelle donne à toutes les influences générales une beaucoup plus grande activité. M. Potain rapproche ce fait de celui qu'il a signalé déjà quand il a fait remarquer que certains cas de congestion pleuro-pulmonaire sont liés à des affections utéro-ovariennes. Il semble qu'il y ait entre ces organes une sympathie telle que lorsque l'un est malade l'autre puisse être atteint facilement.

Au point de vue du diagnostic, on peut dire que lorsque l'attention est portée de ce côté, les difficultés ne sont pas très grandes : ce n'est guère qu'avec le rhumatisme du diaphragme ou la névralgie que la confusion pourrait être faite, et dans ces cas, il est rare que les phénomènes prennent autant d'intensité.

Quant au traitement, il ne présente de difficultés que lorsque l'épanchement devient considérable et nécessite la thoracentèse : celle-ci est très délicate à pratiquer, car le trocart doit presque forcément traverser une lame de poumon ; mais dans les cas ordinaires, une pareille intervention n'est pas nécessaire, et les ventouses scarifiées suffisent pour amener un grand soulagement dans l'état des malades.—*Médecin clinicien.*

De l'effet de l'arsenic dans la chorée, par CHEADLE.—L'auteur a étudié la question préalable de l'opportunité d'un traitement dans une affection qui guérit souvent seule. Il en est arrivé à une opinion moyenne qui paraît très sage, basée sur la marche des symptômes, et il fait de l'expectation dans les cas légers, et lorsque des chorées opiniâtres lui sont amenées, il les traite d'abord par le repos absolu, les calmants, le régime. Après l'échec de cette expectation, il s'adresse seulement alors au spécifique pour combattre ces chorées de durée indéfinie peut-être. En dix ans, sur 167 cas de chorée, il s'en est trouvé qui avaient duré, soit 13, soit 30, soit 52 semaines et plus, avant le début du traitement, au nombre de 9. Parmi les choréiques traités, un seul dura, au contraire, 12 semaines et un jour, et la moyenne de durée des chorées traitées fut de 30 jours. Sur un grand nombre de spécifiques prônés, l'arsenic avait été regardé déjà comme supérieur par trois médecins anglais dont le Dr Todd, il y a quarante ans, puis il fut abandonné par crainte de la cachexie.

La supériorité de ce traitement ne fait pas de doute dans les chorées graves dont trois exemples sont détaillés dans l'article. L'insomnie, résultant de l'agitation, avait justifié l'emploi nécessaire, soit du chloral, soit de la morphine. Pendant une période de la carrière du docteur Cheadle, les choréiques traités par divers spécifiques durèrent en moyenne 36 jours ; depuis le traitement arsénical, la durée est de 26 jours, malgré une période de préparation. S'il survient des troubles gastriques, le remède est suspendu 3 jours, le malade purgé au calomel ; précautions à recommander chez les choréiques. Le traitement prolongé a produit une teinte bronzée de certaines régions, comparable à la maladie d'Addison. Cette coloration, suite d'une hyperémie ou d'un exanthème, est passagère et ne se rattache pas à la présence du métal dans le corps de Malpighi, comme la coloration du nitrate d'argent.

L'auteur, très convaincu, ne se dissimule pas les *desiderata*. Com-

ment agit l'arsenic dans la chorée? D'abord en augmentant les globules du sang rouges et blancs, d'où l'utilité dans l'anémie. Ensuite, il adopte l'idée de Trousseau : il y a diminution de l'irritabilité des nerfs moteurs et des muscles, d'où résulte la réintégration du contrôle des centres nerveux.—*Practitioner.*

Pseudo-cancers de l'estomac.—*Société nationale de médecine de Lyon.*—M. TEISSIER fait une communication sur les pseudo-cancers de l'estomac.

La question des pseudo-cancers de l'estomac a été remise sur le terrain par la maladie et la mort de M. le comte de Chambord, qui a succombé en réalité à une gastrite ulcéreuse. Cette maladie, prise pour un cancer d'estomac, commença par des crises dyspeptiques et présenta bientôt des vomissements glaireux, puis sanglants. On avait cru au début à un ulcère primitif de l'estomac. L'efficacité du traitement qui fut opposé parut tout d'abord le confirmer. Mais il y eut rechute, douleurs violentes, vomissements, cachexie rapide : le diagnostic de carcinome fut jugé alors justifié de nouveau. Ce fut l'avis de M. Vulpian. L'autopsie prouva, en définitive, l'absence de carcinome et la présence d'une simple gastrite ulcéreuse.

On s'occupa peu alors des pseudo-cancers dans les sociétés savantes ; ces cas sont assez rares. Trousseau, dans son chapitre sur la gastrite chronique, cite une observation de dyspnée avec vomissements incessants, glaireux, sanguinolents, cachexie et mort, à propos de laquelle il porta le diagnostic de cancer, et qui, à l'autopsie, ne présenta qu'une gastrite ulcéreuse, avec cirrhose des parois de l'estomac.

M. Teissier a observé plusieurs faits analogues. Entre autres il vit, en 1863, un malade alcoolique de 55 ans, avec troubles dyspeptiques, vomiturations alimentaires, glaireuses, mélaniques, à l'autopsie duquel il ne trouva qu'une gastrite avec paroi hypertrophiée, érosions de la muqueuse, et non le cancer sur lequel il croyait pouvoir compter.

Les faits de gastrite chronique avec cirrhose de l'estomac sont moins rares qu'on ne le croit. Il n'y a pas à la palpation épigastrique de tumeur appréciable, mais de la résistance, de l'induration.

L'ulcère de l'estomac peut être pris souvent pour un cancer. Il y a deux ans, M. Teissier en vit un exemple remarquable. Une dame de 56 ans, ayant éprouvé un violent chagrin, cessa de pouvoir digérer, se mit à maigrir, à pâlir, à vomir, et, après cinq ou six mois d'aggravation, elle rejeta une verrée de sang. On ne trouvait rien à la palpation de l'estomac. A la suite de l'hématémèse, anémie, petitesse du pouls, pronostic grave. Les vomiturations continuèrent ; il y eut des selles mélaniques. Le traitement rationnel fut employé sans grand succès, au début, l'épigastre devenait rénitent : on hésitait entre le cancer et l'ulcère ; mais bientôt le traitement (lait, glace, champagne, bismuth, etc.) se montra bienfaisant, et la malade est guérie aujourd'hui.

M. Teissier cite une autre cause d'erreur : il s'agit d'une dame à antécédents cancéreux dans sa famille, très pâle, anémique, présentant des signes de violente dyspepsie ; on trouvait à l'épigastre une tumeur évidente et douloureuse, paraissant contre indiquer les eaux de Vichy que lui avait conseillées son médecin ordinaire. Elle put, à Vichy, où M. Teissier ne la laissa aller qu'avec grande hésitation, supporter un traitement dans lequel la boisson des eaux était surveillée de fort près, et se nourrir, quitte à manger toutes les deux heures, sans que ces petits

repas fussent suivis des douleurs que provoquait habituellement chaque digestion.

Quand M. Teissier revit la malade à son retour des eaux, il retrouva la tumeur se prolongeant du côté du foie, paraissant faire corps avec cet organe, et constata les signes d'une amélioration générale qui excluait toute idée de tumeur maligne. Et ainsi M. Teissier put revoir cette personne pendant une douzaine d'années; elle mourut plus tard d'une affection intercurrente.

Il y a six ans, M. Teissier observa un cas de lithiase biliaire qui en imposait pour un cancer d'estomac. Le malade avait un teint jaune paille, une induration à l'épigastre, des vomissements, de la constipation. Il crut, à juste titre, à un cancer de l'estomac. Le traitement (lait, laxatifs) fut inefficace. Enfin, après dix-huit mois, le malade rendit un calcul biliaire gros comme une amande, et peu à peu la guérison fut complète.

Voici un autre cas : Un monsieur, entrepreneur, malade depuis longtemps, se présenta, il y a deux ans, avec pâleur, faiblesse, constipation, vomissements, troubles digestifs graves. Il avait un beau-frère présentant les mêmes symptômes, mais avec moins de maigreur. Tous deux avaient les mêmes signes, et chez tous deux M. Teissier porta le diagnostic de cancer de l'estomac. L'un d'eux mourut de son cancer. Le second, malade depuis trois ans, a aujourd'hui des tumeurs, l'une au coude droit, fluctuante, indolente, avec corps durs et semi-lunaires flottant dans la tumeur; l'autre, de même caractère, à l'épaule gauche; une troisième au tibia, etc.; en tout, six tumeurs de même apparence, avec corps flottants. M. J. Teissier, qui examina le malade, porta le diagnostic de myxo-sarcome, et crut également à la malignité de ces tumeurs. Ce malade prend cinq litres de lait par jour et quelques œufs frais; ce sont les seuls aliments qu'il puisse supporter, il vomit instantanément les autres depuis trois ans.

Sont-ce des gommés? L'iodure de potassium fut mal toléré par l'estomac. Cependant trois tumeurs sur six ont disparu à la suite de l'emploi de ce médicament. La tumeur qui persiste à l'épigastre peut-elle être une de ces tumeurs syphilitiques?

Pour résumer : cirrhose de l'estomac, ulcère de l'estomac, lithiase biliaire, tumeurs peut-être syphilitiques du foie, voilà des observations dans lesquelles on retrouvait tous les symptômes du cancer, sans les caractères différentiels qui habituellement tranchent la question.

De ces faits, comme de ceux publiés par MM. de Beauvais, Godlewski, Duplay, Dujardin-Beaumetz, il résulte que les maladies qu'on peut prendre pour des cancers d'estomac, sont assez nombreuses; que le diagnostic est souvent très difficile et même impossible. Ni les vomissements, ni les douleurs, ni la durée du mal, ni les œdèmes de Trouseau ne sont des signes certains.

Les signes tirés de la diminution de l'urée (Rommelaere) ne sont pas caractéristiques : M. Teissier a vu plusieurs fois des malades ayant moins de 10 gr. d'urée et sans cancer, Il en est de même pour l'absence de l'acide chlorhydrique, dont on a voulu à tort conclure à la présence d'un carcinome. La question du diagnostic serait très importante à trancher pour le traitement? Peut-on, par exemple, faire impunément le lavage dans le cancer de l'estomac? Dans trois cas, observés par M. Teissier, le lavage fut fâcheux, et le soupçon de cancer doit contre-indiquer cette intervention.—*Lyon médical.*

Contagion de la fièvre typhoïde.—*Société médicale des hôpitaux.*—**M. GÉRIN-ROZE** croit que la contagion de la fièvre typhoïde dans les salles d'hôpital n'est pas aussi exceptionnelle que l'ont prétendu MM. Joffroy et Labbé dans la dernière séance. Pour sa part, il a soigné depuis quatre ans 382 typhoïdiques dans divers services, à l'hôpital Bichat, à l'hôpital Tenon et à l'hôpital Lariboisière. Dans les deux premiers de ces hôpitaux, en 1882 et 1884, sur 204 cas de fièvre typhoïde, 2 seulement se sont développés à l'intérieur. A l'hôpital Lariboisière, en 1884 et 1885, sur 178 cas, 13 se sont développés dans les salles. La différence s'explique aisément par les conditions d'hygiène défectueuse dans certaines salles de Lariboisière, et par l'encombrement qui règne dans tout cet établissement. Cet état de choses durera tant qu'on ne débarrassera pas les salles des infirmes, des séniles et des incurables que ne peuvent recueillir les hospices insuffisants. Sur ces 15 cas de contagion, il y en a 7 qui concernent des infirmiers, prédisposés à la fois par leurs occupations auprès des malades et surmenés par suite de l'excès de travail qu'impose un service encombré.

M. DUGUET a observé depuis quatre ans dans le même hôpital plusieurs faits de contagion indiscutables. En 1882, c'était un malade atteint de paralysie agitante et couché non loin des cabinets : il a succombé. Ce fut ensuite un homme atteint de pleurésie interlobaire, également placé à peu de distance des cabinets ; puis un autre homme porteur d'une atrophie musculaire de l'enfance et faisant souvent fonction d'infirmier : tous deux guérirent. Enfin la contagion atteignit une syphilitique, et une autre femme, couchée près des cabinets, qui fut opérée par aspiration d'un kyste hydatique du foie : toutes deux ont également guéri. En 1884, contagion chez un malade atteint de kyste hydatique du foie et qui guérit. En 1885, chez une femme soignée pour une arthrite du poignet, et chez un homme porteur d'un kyste hydatique du poumon ; ce dernier succomba. Cela fait donc 9 cas de contagion et 2 morts ; tous ces malades avaient été pris de fièvre typhoïde après un séjour de plusieurs semaines au moins dans les salles. Il est singulier de noter 3 cas de kyste hydatique du foie ou du poumon sur les neuf cas de contagion.

M. ALBERT ROBIN, sur 307 cas de dothiéntérie qu'il a observés depuis quatre ans dans les hôpitaux, a vu se produire 4 cas manifestes de contagion dans les salles.

M. DESNOS a vu 2 cas de ce genre dans son service : chez une femme atteinte d'une contracture dans le territoire du spinal, et chez un homme ; tous deux étaient depuis longtemps dans les salles, en même temps qu'un assez grand nombre de typhoïdiques.

M. RICHARD fait observer que dans la dernière séance il a dit que tous les infirmiers du service des typhoïdiques à l'hôpital de Munich contractaient la dothiéntérie, et non pas seulement un grand nombre d'entre eux.—*Praticien.*

Des migraines.—Des migraines et non pas de la migraine. Ce pluriel indique déjà et préjuge à lui seul dans quel sens le candidat devait envisager son sujet au point de vue de l'unité ou de la multiplicité des états morbides qui doivent être compris sous ce nom, de l'essentialité ou de la dépendance des accès d'un état morbide général ou diathésique antérieur. **M. le docteur SARDA** (de Montpellier) à qui est

échu ce sujet, a étudié les migraines à un triple point de vue : 1^o au point de vue des variétés symptomatiques (migraine vulgaire, migraines sensorielles) ; 2^o au point de vue de l'étiologie de l'accès et de l'affection ; 3^o dans leurs variétés physiologiques (vaso-motrice, vaso-constrictive.)

Comme toute classification en pathologie est forcément plus ou moins artificielle, nous ne chicanerons pas l'auteur sur celle-ci, l'acceptant telle quelle, pourvu que, dans des divisions un peu arbitraires nous retrouvions les principaux traits cliniques qui justifient leurs distinctions, et surtout les indications pratiques qui s'en déduisent.

Au point de vue symptomatique, M. Sarda n'admet et ne décrit comme variétés distinctes, que la migraine vulgaire, dont la caractéristique essentielle consiste dans les phénomènes douloureux céphaliques, soit héli-craniques, soit généralisés, accompagnés de prostration, de troubles stomacaux et de phénomènes vertigineux, moteurs, sensitifs et intellectuels diversement associés entre eux, non seulement chez les différents sujets, mais sur le même sujet, dans ses divers accès ; la migraine ophthalmique, dont les caractères si tranchés, bien connus, d'hémiopie périodique, de scotome scintillant, d'amaurose et de photophobie migraineuse, et ses formes simple, fruste, différemment associées ou dissociées, réclament une place, une description distinctes.

Quant aux crises gastroxiques, à la gastroxie nerveuse décrite, dans ces derniers temps, comme une variété de migraine, M. Sarda ne croit pas qu'il y ait lieu de l'admettre dans le cadre de cette affection.

L'étiologie des migraines a particulièrement fixé l'attention de l'auteur. C'est aussi sur ce point que nous nous arrêterons. Comme causes générales de l'affection, en première ligne se présente l'hérédité, généralement admise aujourd'hui et démontrée d'ailleurs par maintes observations journalières ; hérédité soit directe, soit indirecte, comme le démontre encore si clairement ce grand fait de pathologie générale que nous rappellions, il y a quelques semaines à peine, à l'occasion de la thèse de M. Déjérine sur l'hérédité dans les affections nerveuses : savoir ce que les ascendants transmettent, ce n'est pas telle ou telle forme morbide qui se révèle par l'une des expressions souvent assez variées d'un groupe diathésique. Ajoutons que l'hérédité migraineuse directe s'observe beaucoup plus fréquemment que l'hérédité transformée ; ce qui n'est pas le cas pour toutes les névroses, comme on le sait. Il ne fallait cependant point négliger l'étude des rapports de la migraine avec d'autres affections diathésiques ou constitutionnelles. C'est ce dont M. Sarda s'est bien gardé. Aussi nous cite-t-il, observations et autorités en main, des exemples de migraines procédant, par voie héréditaire, de la goutte, du rhumatisme, de l'arthrite déformante, de l'asthme, de l'angine de poitrine, des hémorrhoides et des varices, par la filiation d'un lien qui leur est commun, l'arthritisme. La gravelle, la lithiase biliaire, le diabète, l'obésité, l'herpétisme, la scrofule, la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme, enfin le grand groupe des affections nerveuses figurent également au nombre des causes générales de la transmission héréditaire de la migraine.

Au nombre des conditions individuelles du développement de l'affection migraineuse, se rangent, avec des degrés divers d'importance, celle de l'âge, du sexe, des professions.

La conclusion où conduit l'étude de tout cet ensemble de conditions

étiologiques est celle-ci : c'est que, dans la grande majorité des cas, la migraine n'est pas une affection idiopathique, mais un syndrome clinique, manifestation d'un des états morbides constitutionnels les plus communs tel que l'arthritisme ou l'herpétisme.

L'étude des migraines au point de vue physiologique conduit M. Sarda à admettre deux formes de migraine fondées sur la considération des phénomènes vaso-moteurs qui accompagnent les accès et répondent aux deux types d'excitation et de paralysie du grand sympathique. Il les décrit sous les noms de migraine sympathico-tonique et de migraine angio-paralytique. Cette distinction ne laisse pas que d'avoir quelque importance au point de vue du traitement des accès, comme on va le voir tout à l'heure.

Arrivons à la thérapeutique.

Rien ne dépose mieux contre l'unité et l'essentialité de la migraine que l'inefficacité des nombreux moyens de traitement qui ont été mis en pratique. Les principales indications thérapeutiques se déduisent de l'état constitutionnel, arthritisme, herpétisme, nervosisme, anémie, sous la dépendance duquel se sont développés et se manifestent les accès de migraine ; les causes occasionnelles (dyspepsie, fatigue intellectuelle, etc.), fournissent des indications secondaires qui sont remplies par des moyens hygiéniques plutôt que par des agents thérapeutiques.

En l'absence de ces deux ordres d'indications, la migraine en tant que constituant par elle-même un état diathésique, une vraie névrose, peut être combattue avec quelque avantage par l'usage des préparations bromurées associées, suivant les circonstances, aux pratiques hydrothérapiques.

Quant à l'accès en lui-même, sauf de rares exceptions où, les migraineux réclamant avec instance un adoucissement à leurs souffrances, on peut, selon que l'accès revêt la forme angio-paralytique ou la forme angio-tonique, prescrire utilement, dans le premier cas, les agents vaso-constricteurs : digitale, sulfate de quinine, ergot de seigle, paulinia, caféine ; et dans le second, les vaso-dilatateurs : opium, choral, nitrite d'amyle, etc. La règle générale est qu'il n'y a rien du tout à prescrire, que de laisser les malades en repos.—*Gazette des hôpitaux.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Epithélioma de la jambe consécutif à une ancienne cicatrice ; amputation de la cuisse à un lambeau antérieur. — Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Le malade que voici présente une affection rare. C'est un homme de 56 ans, charron de son état, chez lequel on ne rencontre aucun antécédent de mauvaise nature. Dans sa famille, en effet, il n'y a pas de néoplasies, et, de son côté, on ne trouve aucune trace de syphilis. Quel est donc le point de départ de l'affection pour laquelle il vient nous consulter ? Une brûlure faite, à la jambe gauche, par une barre de fer rouge, en 1846. La cicatrice qui en résulta était rétractile, se déchirait facilement et s'ouvrait même sous la plus légère influence. Néanmoins, tout allait bien, lorsqu'en 1883, c'est-à-dire 37 ans après l'accident primitif, à la suite d'un coup de marteau sur la même jambe, survint une plaie qui ne se referma pas, fit souffrir l'in-

dividu et l'empêcha de travailler. Enfin, cette mauvaise chance continuant, en 1885, toujours sur cette même jambe, tomba une masse volumineuse qui déchira la peau dans une grande étendue. Bref, aujourd'hui, voici ce que nous trouvons : à la jambe gauche, vers la partie moyenne, sur la crête du tibia, la face externe et la face interne, existe une plaie rouge, grisâtre, pultacée, largement ulcérée, bourgeonnante, saillante, avec des dépressions telles que nous pouvons introduire le stylet, en certains endroits, à une profondeur de trois centimètres. On constate, en outre, que cette surface est le siège d'hémorragies fréquentes et abondantes, et produit une liqueur dont l'odeur est très fétide.

Et maintenant, en présence d'une semblable affection, quel diagnostic faut-il poser ? Lorsque je vis cet homme pour la première fois, il y a deux mois, à ma consultation où un confrère l'avait envoyé, ma première pensée fut d'avoir affaire à quelque lésion d'origine syphilitique. L'iodure de potassium à l'intérieur et les frictions mercurielles à l'extérieur n'ayant amené aucune modification, quel est donc ce genre de lésion ? Un ulcère de jambe, c'est vrai ; mais est-ce un simple ulcère comme on en rencontre si souvent chez les charretiers par exemple ? Evidemment non de par tous les signes. Qu'est-ce alors ? Très probablement un épithélioma, lésion rare, comme je vous le disais au commencement de cette leçon. Ainsi, dans son premier volume des tumeurs, Broca croit avoir publié le premier un cas de ce genre. Le fait a rapport à un homme qui, cinquante ans après avoir reçu un éclat de mitraille à la jambe, vint succomber à Bicêtre, dans son service, d'un épithélioma développé sur son ancienne cicatrice, parce qu'il ne voulut pas se résoudre à une amputation.

Ceci dit, qu'allons-nous faire ? Une amputation de la cuisse, car je pense que le tibia est pris. Et maintenant, à quelle méthode aurons-nous recours ? Est-ce à la méthode circulaire ou primitive, toujours applicable, ou bien à la méthode à un lambeau, de beaucoup la meilleure, puisque le plein de votre lambeau vient s'appliquer sur le squelette ? À la seconde, qui est très praticable quand on la fait à la partie inférieure de la cuisse, et qu'on emploie la bande et le tube d'Es-march. Quant au meilleur lambeau, c'est celui qui s'applique de lui-même sur les surfaces à recouvrir. Pour le cas présent, le lambeau antérieur, qui ne contient ni gros nerfs, ni gros vaisseaux, est celui qui remplit les conditions les plus désirables. Comment agissons-nous donc ? De la façon suivante : nous commencerons par tracer sur la peau un lambeau carré, à cause de la rétraction, dont la hauteur soit à peu près égale à une fois et demie le diamètre de la surface à recouvrir. Puis, l'incision portant sur la peau, la couche graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose faite, je libérerai cette dernière couche des muscles par une dissection, dans une hauteur de deux travers de doigts, afin d'avoir un lambeau musculo-cutané. Enfin, à l'aide d'un couteau, il ne me restera plus qu'à couper les muscles, soit de dehors en dedans, soit par transfexion. Ici, toutefois, au tiers inférieur de la cuisse, se présente une petite difficulté que je n'ai pas toujours réussi à vaincre, non seulement sur le vivant, mais même encore sur le cadavre ; c'est d'éviter l'artère fémorale. Il faut, en effet, autant que possible, ne pas comprendre ce vaisseau dans votre lambeau, et, par conséquent, passer en avant. Cela terminé, pour ce qui est de la section de la partie

postérieure, je vous conseille de la faire en deux temps, à deux travers de doigts au-dessous de l'extrémité supérieure de votre première incision. Mais, me direz-vous, en ce moment, vous transigez avec vous-même. Tout à l'heure, en effet, vous nous parliez d'un seul lambeau antérieur, et voilà que maintenant vous en ajoutez un postérieur. Cela est vrai; mais, comme ce pont de peau que vous allez disséquer comme le précédent est si minime, on peut très bien ne pas le considérer comme un lambeau. Vos muscles ayant été coupés au niveau de l'angle supérieur formé par la réunion de vos deux incisions, il ne vous restera plus qu'à mettre votre compresse à deux chefs qui, la plupart du temps, ne vous sera d'aucune utilité, à sectionner votre fémur, à assurer l'hémostase, à faire la réunion immédiate, et à placer deux drains de caoutchouc rouge se croisant au milieu et sortant par les angles.—*Praticien.*

Traitement de l'érysipèle.—M. HABERKORN, tout en considérant comme très vraisemblable que le procédé de traitement de l'érysipèle, expérimenté à la clinique de Friebourg, surpasse les autres en efficacité, fait remarquer qu'il laisse toutefois à désirer *quoad jucundum*. Il ajoute qu'à son idée, les différents antiseptiques ne sont pas également efficaces dans les mêmes circonstances, que l'acide salicylique semblant convenir surtout contre les affections infectieuses des jointures, le calomel et le sublimé contre les infections thyphoïdiques de l'intestin, etc., il y a donc un choix à faire, en rapport avec la nature et surtout avec le siège des affections infectieuses. Partant de là, il présente le benzoate de soude comme étant particulièrement efficace contre certaines maladies infectieuses (érysipèle, scarlatine, rougeole) à localisations cutanées. Dans une cinquantaine de cas d'érysipèle, il a employé avec succès la médication suivante: administration interne de 15 à 20 grammes *pro die* de benzoate de soude en suspension dans un mucilage ou dans de l'eau de Seltz, sans aucune application topique. La médication était très bien supportée. Régulièrement, la température interne regagnait le niveau physiologique en l'espace de deux fois vingt-quatre heures; les manifestations locales de l'érysipèle se dissipaient très rapidement; de même la desquamation consécutive avait une durée manifestement raccourcie. Sur le total des cas traités, il n'y a pas eu un seul cas de mort. Deux fois les effets de la médication ne se sont pas produits avec la rapidité habituelle, ce que l'auteur attribue à l'emploi d'une dose insuffisante de benzoate de soude. Il est dit encore, que le médicament n'inspirait aucune répugnance aux malades.—*Gazette médicale de Paris.*

Cure radicale des hernies.—M. NUSSBAUM concède que l'emploi des injections d'alcool pour la cure radicale des hernies est plus que tout autre procédé propre à prévenir les dangers d'une récurrence, mais qu'il exige une habileté opératoire aussi grande que les procédés sanglants; que de plus il nécessite un temps considérable, car il ne faut pas moins de 60 à 80 injections pour obtenir le résultat désiré. Enfin les injections sont douloureuses; elles peuvent occasionner des accidents graves, voire la mort subite, quand par hasard l'injection est poussée dans une veine; une péritonite, quand le sac herniaire vient à être lésé. M. Nussbaum a eu l'idée de recourir à l'emploi du thermocautère, pour proce-

quer la formation d'une cicatrice solide au niveau de l'ouverture du sac herniaire, après évacuation préalable du sac et réduction de la hernie. Cette tentative a été couronnée de succès, dans un cas de hernie peu volumineuse : le sac, dont les couches superficielles seules ont été cautérisées, s'est transformé en un cordon solide et court, et il s'est formé au devant de l'ouverture une cicatrice qui ne le cédait pas en solidité à celles qu'on obtient au moyen des injections d'alcool.—*Gazette médicale de Paris.*

Extraction des dents ; de quelques soins consécutifs à prendre.

—Il est peu de praticiens, dit M. le Dr DAVID, qui n'aient été frappés des accidents inflammatoires survenant quelquefois dans les cavités alvéolaires, à la suite des extractions dentaires les plus simples, le plus habilement exécutées, en même temps que de l'innocuité de certaines extractions laborieuses, pour lesquelles on serait à priori disposé à craindre des suites fâcheuses.

En examinant bien les faits, en comparant les conditions anatomiques de divers cas, nous nous sommes depuis longtemps convaincu que les accidents inflammatoires sur lesquels nous allons insister ne sont, le plus souvent, dus qu'à l'omission des soins les plus élémentaires.

Ces soins sont méconnus, ignorés de bon nombre de praticiens, même des meilleurs ; il sont passés sous silence par les auteurs, qui n'ont évidemment pas cru devoir les indiquer, à cause de leur banalité, de leur simplicité.

Leur ignorance souvent constatée et l'extrême fréquence des accidents qu'elle a provoqués, nous ont engagé à attirer sur eux l'attention.

Lorsque les racines sont déchaussées (maladie de Fauchard, périostite, sénilité des dents) ou usées (dents de lait), l'ouverture gingivale, après l'extraction, se ferme très rapidement, quelquefois en vingt-quatre heures, souvent en deux ou trois jours. La réunion se fait ainsi rapidement parce qu'il n'y a presque pas d'alvéole à éliminer, partant pas de suppuration. Il n'y a, en réalité, qu'une plaie de la gencive, dont l'extrême vascularité favorise la rapide cicatrisation.

Les choses sont tout autres lorsqu'on arrache une dent dont la racine est intacte et fortement implantée dans son alvéole encore normale.

Rappelons que la plaie cavitaire consécutive à l'extraction se ferme par bourgeonnement des surfaces, après :

- 1^o Une nécrose plus ou moins étendue des procès alvéolaires ;
- 2^o Une ostéite condensante du fond de l'alvéole.

Tant que ces deux processus d'ordre inverse, quoique concomitants et se rattachant à la même lésion pathologique (la dénudation du tissu osseux par l'extraction), ne sont pas terminés, tant que la petite portion d'os nécrosé n'est pas éliminée, il se produit dans l'alvéole une suppuration plus ou moins abondante qui, en s'écoulant en dehors, empêche la cicatrisation de la muqueuse.

Ce travail dure, en général, un mois et davantage, suivant les cas. La portion d'os à éliminer est souvent si petite qu'elle reste inaperçue ; d'autres fois elle est plus volumineuse, et alors la réparation est d'autant plus longue.

Examinons maintenant en détail la succession de ces phénomènes pathologiques après une extraction ordinaire.

Celle-ci pratiquée, il y a d'abord une hémorragie plus ou moins

forte, qui s'arrête par la formation d'un caillot remplissant toute l'alvéole. Le lendemain, le caillot devenu épais et résistant se trouve pour ainsi dire enchatonné par la gencive, qui, en vertu de son élasticité, s'est resserrée comme pour se refermer. Ces deux phénomènes, formation et condensation du caillot, resserrement de la gencive, ont pour résultat une obstruction de l'ouverture alvéolaire. Cette obstruction se produit dans des conditions et avec des effets variables, suivant qu'il s'agit de l'une ou l'autre mâchoire.

À la mâchoire supérieure, elle n'est jamais si hermétique que, par capillarité et en vertu des lois de la pesanteur, les liquides alvéolaires ne puissent sortir. Aussi, de ce côté, les suites de l'opération sont-elles ordinairement bénignes et passent-elles inaperçues. Elles s'accompagnent, toutefois, d'accidents inflammatoires dans un certain nombre de cas, mais au niveau des grosses molaires seulement. Là, en effet, à cause sans doute des anfractuosités des loges radiculaires, l'écoulement ne s'effectue pas toujours très librement; il peut y avoir arrêt, rétention du pus au fond d'une des alvéoles.

À la mâchoire inférieure, les conditions physiques sont entièrement défavorables à l'écoulement. Les liquides, en supposant que l'ouverture alvéolaire soit perméable, ne se déversent dans la cavité buccale que par trop-plein ou à la faveur de la succion et des divers mouvements de la mâchoire. Ils font toujours, par conséquent, sur la surface osseuse, un séjour plus ou moins prolongé.

Dans la plupart des cas, le caillot sanguin finit par être dissocié et entraîné vers le deuxième, troisième, quelquefois quatrième jour. Alors la suppuration s'écoule librement; le processus de réparation alvéolaire s'opère sans poussée inflammatoire et sans douleur. La fermeture de la gencive au-dessus de la nouvelle couche osseuse termine cette série de phénomènes pathologiques. Mais à côté de ces cas normaux, il faut compter ceux qui empruntent à des conditions anatomiques particulières une allure différente et quelquefois grave.

En effet, lorsque l'élimination ne se fait que d'une façon insuffisante, la rétention du pus au fond de l'alvéole devient, pour le tissu osseux, une cause, sinon de nouvelle inflammation, du moins d'aggravation du processus déjà existant; elle détermine ainsi des poussées inflammatoires plus ou moins intenses que nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer.

Il survient alors, deux ou trois jours après l'extraction, des douleurs sourdes d'abord, plus vives ensuite, continues, accompagnées de gonflement des parties voisines, et quelquefois de fièvre. C'est une véritable fluxion par ostéite péri-alvéolaire.

Lorsqu'à ce moment les malades reviennent nous consulter, pensant que nous n'avons pas bien arraché la dent ou que nous avons fracturé un morceau d'os, nous n'avons qu'à déboucher l'alvéole, enlever le caillot sanguin ou le bouchon alimentaire qui l'obstrue. Aussitôt nous voyons sourdre un filet de pus et le calme revient rapidement.

Quelquefois les choses sont plus graves: par exemple, au niveau des dents de sagesse inférieures. Là, en effet, les extractions sont assez souvent laborieuses, puisqu'on les pratique ordinairement en plusieurs temps, à l'aide de leviers et de pinces. Mais la raison principale, c'est que la gencive qui recouvre cette dent en arrière est très épaisse, et vient former une sorte d'opercule à l'alvéole qui est, en outre, obliquement dirigée en arrière dans l'angle de la mâchoire.

Pour ces deux raisons, la rétention du pus dans cette cavité est presque forcée; le nettoyage de celle-ci ne se fait d'ailleurs que très difficilement, même à l'aide des moyens que nous indiquerons. Aussi peut-on constater bientôt des phénomènes d'ostéite assez graves, à cause de leur siège, suivis de nécrose partielle du bord alvéolaire.

Nous avons assez souvent observé de pareils accidents pour les prévoir et les prédire au besoin, afin d'engager les malades à les prévenir ou à les combattre. Par cela même nous ne laissons point supposer que l'opération a été mal faite. Car, en pareil cas, on croit volontiers l'opérateur en faute; on l'accuse d'avoir déterminé une fracture alvéolaire, d'avoir enlevé un morceau d'os ou laissé un morceau de dent, ce qui, pour le public, est une preuve de maladresse impardonnable. Nous avons même reçu plusieurs fois de pareils reproches de la part de confrères convaincus que nous leur avions fracturé maladroitement la mâchoire. Or, les phénomènes d'ostéite qu'ils éprouvaient n'étaient que le résultat de la rétention du pus.

Sans doute, ces complications peuvent survenir et avec plus d'intensité, lorsqu'un fragment osseux a été détaché avec la dent; mais ce que nous tenons à bien établir, c'est qu'elles se manifestent en dehors de toute lésion osseuse anormale.

Ces accidents inflammatoires, uniquement dus à la stagnation du pus dans la cavité alvéolaire, à la putridité qu'il acquiert si rapidement dans la bouche, à son contact avec le tissu osseux dénudé, qui, par suite, se trouve frappé d'inflammation, peuvent être combattus et évités à l'aide des moyens suivants :

Le lendemain de l'extraction, ou plus tôt même, si la gencive paraît enflammée et s'il survient des douleurs vives, il faut, avec des pinces, un cure-dent, une épingle ou autre instrument moussé quelconque, enlever le caillot fibrineux qui bouche l'ouverture alvéolaire. Le lavage de la cavité buccale pratiqué deux ou trois fois par jour, surtout après les repas, avec de l'eau aiguisée d'eau de Botot ou d'une eau dentifrice quelconque, suffira, en général, pour les extractions des dents supérieures. De cette façon, les liquides intra-alvéolaires et les corps étrangers, qui peuvent irriter la plaie cavitaire, seront suffisamment entraînés pour que leur séjour ne puisse provoquer d'inflammation.

Pour les dents inférieures et certaines molaires supérieures, ces lavages seront insuffisants; il faudra leur adjoindre des injections antiseptiques faites à grande eau, et avec un jet assez fort dans la cavité alvéolaire elle-même. On pourrait encore pratiquer des nettoyages avec des morceaux d'éponge ou des boulettes d'ouate portés au bout d'une sonde; mais il sera bon de procéder doucement pour ne pas faire saigner les parties et détruire les bourgeons charnus.

A l'aide de pareils moyens, il est peu à craindre que les accidents inflammatoires précédemment signalés puissent se produire. Ces mêmes moyens prophylactiques auraient vite raison des accidents déjà développés. Si, cependant, la gencive avait une tendance à fermer l'orifice, il serait bon de la refouler en dehors à l'aide de boulettes d'ouate; parfois il faudra même l'exciser ou la cautériser, jusqu'à ce que le processus réparateur ait fait son évolution complète dans le fond de l'alvéole.

Les injections antiseptiques que nous conseillons de préférence sont les suivantes :

1 ^o Acide boracique.....	2 grammes
Eau	100 "

2° Hydrate de chloral. 2 grammes
Eau 100 “

On peut employer d'ailleurs toutes les solutions antiseptiques légères qui sont habituellement prescrites pour le pansement des plaies.—*Gazette hebdomadaire.*

Décoction de citron en injections dans la blennorrhagie urétrale.—Prenez trois beaux citrons frais; coupez-les en tout petits morceaux avec leur écorce, mettez-les dans un pot de terre avec 300 grammes d'eau ordinaire; soumettez le tout à une chaleur lente jusqu'à réduction à 100 grammes; exprimez et rejetez les parties solides, et conservez la partie liquide qui constituera la matière de l'injection.

Le nombre des injections doit être de trois à quatre par jour; on ne doit faire usage que de décoction fraîche; au bout de deux jours, la préparation doit être remplacée.

Tel est le nouveau remède présenté par MANNINO, comme le plus efficace parasiticide du gonococcus. Les observations qui sont apportées à l'appui de cette manière de voir sont très concluantes, bien que peu nombreuses. L'auteur insiste sur ce point que le traitement peut être commencé dès la période aiguë, et qu'en très peu de jours on voit les microbes disparaître et la maladie s'amender.—*Annales de syphiligraphie.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Fièvre typhoïde et grossesse, par le docteur JACQUIN.—De l'analyse de ses observations, l'auteur croit pouvoir déduire les conclusions suivantes: la grossesse ne confère aucune immunité, même relative, à l'égard de la fièvre typhoïde. Dans le tiers des cas, celle-ci reste sans influence sur la grossesse qui continue son cours régulier; dans les deux tiers des cas, au contraire, le cours de la grossesse est interrompu. L'avortement est surtout fréquent aux 3^e, 4^e, 5^e mois, l'accouchement prématuré aux 7^e et 8^e mois de la grossesse; tous deux surviennent surtout pendant le 2^e septénaire de la fièvre typhoïde. Celle-ci est peu influencée par la grossesse seule; ni sa gravité, ni sa mortalité ne paraissent augmentées par l'avortement ou l'accouchement prématuré. Quant aux causes complexes qui déterminent l'expulsion du fœtus dans la fièvre typhoïde, l'auteur l'attribue, non à l'hyperthermie, comme on l'avait admis, mais à des troubles inter-utéro-placentaires et surtout à une désoxygénation du sang fœtal, quand le fœtus est expulsé mort. Quand il est expulsé vivant, l'auteur admet que les contractions utérines ont été mises en jeu, soit par l'action directe du sang altéré sur les fibres lisses de l'utérus, soit indirectement par l'excitation de l'appareil nerveux utérin, influencé par l'atteinte portée par la fièvre typhoïde au système nerveux central.

A ces conclusions qui semblent découler des faits colligés, l'auteur en ajoute d'autres qui sont discutables. A propos de la fréquence plus grande de l'avortement dans la fièvre typhoïde, l'auteur n'a pas tenu compte de la durée de la période de l'avortement, qui est trois fois plus longue que celle de l'accouchement prématuré. Il eût fallu, en se basant sur des faits plus nombreux, établir le rapport entre le nombre des typhiques observées, à chaque mois de la grossesse, et le nombre correspondant des interruptions de la grossesse.—*Abeille médicale.*

Un accouchement dans l'état hypnotique, par ED. PRITZL.—Il s'agit d'une femme de 26 ans, primipare, qui fut amenée, en septembre 1885, à la clinique du professeur K. Braun, dans le 8^e mois de sa grossesse; jusque là elle s'était toujours bien portée et n'avait jamais présenté de troubles nerveux, même pendant sa grossesse. Un des assistants qui avait suivi longtemps les leçons de Charcot émit l'idée que cette personne pourrait être plongée facilement dans l'état hypnotique. En effet, en lui faisant fixer la boule brillante d'un thermomètre, on provoqua immédiatement la crise: chute à la renverse et perte de connaissance et de la sensibilité. L'expérience fut renouvelée souvent et toujours avec un succès rapide. Aucune modification ne se produisit dans les battements du cœur fœtal. Il fallait, pour réveiller cette femme, des excitations assez vives; jamais elle ne se plaignait au réveil, mais elle s'endormait volontiers, à la suite, d'un calme et bon sommeil.

Les signes précurseurs de l'accouchement se montrèrent dans la nuit du 31 octobre. L'enfant se présentait dans la 2^e position du sommet, la tête au milieu du bassin, le pôle inférieur de l'œuf à l'orifice externe de la matrice, celui-ci perméable pour deux doigts. A 8 heures du soir, l'orifice s'était faiblement dilaté. Les douleurs étaient de faible intensité, mais prolongées et séparées seulement par de courts intervalles. On rompit la poche des eaux. Les douleurs devinrent plus vives, plus continues. Des crampes s'y joignirent. La femme poussait des cris violents. Les narcotiques semblant indiqués, on pensa à provoquer l'état hypnotique. La parturiente était tellement agitée qu'il fut difficile de lui faire fixer la boule du thermomètre.

On y parvint cependant, et aussitôt, elle tomba sans connaissance. Il était onze heures moins un quart.

De ce moment, les douleurs s'espacèrent, mais elles devinrent en même temps plus énergiques; la pression abdominale s'y ajoutait au moment de l'acmé, quoique moins intense que dans les accouchements ordinaires. La patiente semblait insensible à ces douleurs; cependant, elle contractait légèrement les membres du côté gauche, agitait la tête, comme impatientée, ridait son front et poussait des gémissements. Dans l'intervalle des douleurs, le sommeil était absolument calme.

L'activité des douleurs ne tarda pas à être suivie d'un résultat sensible dans la dilatation du col et dans la progression de la tête. A 11 heures 15, l'enfant était né. C'était une fille pesant 2,900 grammes qui cria aussitôt vigoureusement. Après cinq minutes de repos, les contractions se réveillèrent, moins longues, mais aussi intenses que les précédentes. La pression abdominale agissait avec une énergie peu commune. A la 14^e douleur seulement, le placenta fut expulsé dans le vagin. Trois quarts d'heure s'étaient écoulés depuis la naissance de l'enfant.

La mère fut réveillée et se montra très étonnée de la terminaison de l'accouchement. Elle avait perdu tout souvenir depuis l'instant où elle fixait la boule brillante. Elle s'endormit bientôt, et reposa paisiblement jusqu'au matin. Les suites de couches furent normales.

Après quelques réflexions sur la facilité et la rapidité avec laquelle on obtint l'hypnose, l'auteur relève l'action favorable exercée par cet état sur la terminaison de l'accouchement. Dans deux autres cas, l'hypnotisation lui a réussi également, mais non si rapidement que dans le cas actuel. *Weiner med. Woch.—Abeille médicale.*

De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des affections puerpérales, par MM. PINARD et VARNIER.

Les injections antiseptiques, intra-vaginales et intra-utérines, sont aujourd'hui universellement employées, du moins je l'espère, dans le traitement prophylactique et curatif des affections puerpérales; les bons résultats qu'elles donnent sont indéniables; grâce à elles, on peut, même dans les services des Maternités, obtenir des séries de succès absolument inconnues avant ces huit dernières années.

Il n'en existe pas moins des cas fâcheux et mortels, et il est à remarquer que ces cas s'observent à peu près exclusivement chez les femmes qui ont accouché en ville et qui arrivent dans les services hospitaliers en puissance d'infection ou bien déjà manifestement infectées. Dans la statistique de son service de l'hôpital Lariboisière, M. Pinard montre que les quatre femmes qu'il a perdues d'infection puerpérale avaient eu des accouchements ou avortements commencés ou finis avant leur entrée à l'hôpital.

Dans ces cas, les injections intra-utérines ou vaginales intermittentes ne réussissent pas à prévenir ou à arrêter le développement de la septicémie; elles ne sauraient avoir qu'une action passagère sur l'organisme, le liquide ne restant en contact avec la muqueuse utéro-vaginale que pendant un temps relativement court. De plus, cette action n'est que superficielle, le liquide n'a pas le temps d'agir sur les parties profondes.

Si l'ennemi est déjà dans la place, et il y est souvent, la quantité d'antiseptique absorbée sera insuffisante à le poursuivre dans le torrent circulatoire.

Or, dans des plaies aussi septiques que ces plaies cavitaires, c'est non seulement dans le foyer traumatique qu'il faut poursuivre les germes pyrogènes, mais c'est aussi dans le sang lui-même. Il est, par conséquent, utile que l'opérée absorbe une certaine dose d'antiseptique et subisse un premier degré, sinon d'intoxication, du moins d'imbibition.

Pour obvier à ce séjour des matières septiques dans la cavité utérine, à cette infection et à cette réinfection continues, en même temps que pour arriver à cette saturation de l'organisme par les antiseptiques, M. Pinard a eu l'idée d'appliquer l'irrigation continue antiseptique de la cavité utéro-vaginale aux femmes déjà infectées.—Question de dose, dit-il, de profondeur plus ou moins grande de pénétration de l'agent septique. Le tout est d'aller plus vite en besogne que ce dernier, et, alors qu'il a pénétré dans l'économie, de mettre celle-ci sûrement à l'abri de l'absorption de doses nouvelles.

Voici le manuel opératoire de notre distingué confrère :

Sur un lit en fer muni d'un sommier à lames métalliques parallèles, deux matelas ordinaires repliés sur eux-mêmes sont placés bout-à-bout de telle façon qu'un interstice existe au milieu du lit entre les deux matelas. Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé entre les deux matelas et dirigent le liquide dans un récipient disposé sous le lit. De cette façon, la malade peut reposer sur ce lit comme sur un lit ordinaire dont il ne diffère que par la scissure médiane et transversale.

Pour pratiquer l'injection, M. Pinard se sert d'une longue sonde en argent à double courbure, comme la sonde sigmoïde de Sims, aplatie, et présentant à son extrémité utérine quatre ouvertures, une sur chaque

face.—L'appareil irrigateur se compose d'un réservoir en verre ou en faïence d'une contenance de 15 litres, placé à 50 centimètres environ au-dessus du plan du lit. Ce réservoir est relié à la sonde à l'aide d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet qui permet de régler le débit du liquide (environ 15 litres à l'heure).

Le liquide antiseptique employé n'est pas le même pendant toute la durée du traitement. D'abord on recourt à une solution de biiodure de mercure au 1/2000^e. Cette solution produisant au bout de quelques heures une sensation douloureuse assez difficilement supportable, on la remplace par une solution phéniquée au 1/100^e.

Celle-ci est continuée jusqu'au moment où la température est descendue à la normale et s'y maintient pendant quelques heures, ou lorsque les urines deviennent noires au moment de leur émission; elle a pu être employée pendant 3 jours de suite sans inconvénient. Plus tard on substitue à la solution phéniquée une solution saturée d'acide borique.

Tous ces liquides sont portés à une température qui varie de 35° à 40° : de cette façon, la contractilité est constamment irritée, la sensation produite est agréable, le refroidissement n'est pas à redouter.

L'irrigation continue a été employée dans 16 cas : 4 fois dans un but prophylactique à la suite d'accouchements très laborieux terminés dans le service, mais après que des examens et des tentatives avaient été faites en ville sans précautions antiseptiques; 12 fois dans un but curatif d'infection puerpérale déclarée.

Le résultat a été de 11 guérisons et 5 morts.

L'accoucheur de Lariboisière dit que l'irrigation continue n'est pas un supplice pour les femmes; que, lorsque le lit est bien fait, elle peut être continuée sans inconvénient pendant une, deux semaines, et même au-delà. Dès lors, étant admis que l'irrigation continue est praticable et exempte de danger, la logique, les notions courantes sur les causes de la septicémie puerpérale, l'examen de ses observations semblent prouver qu'elle doit, dans les cas graves, donner tous les résultats qu'on pourrait attendre de l'irrigation temporaire, avec cette supériorité qu'ils sont permanents.

L'idée est bien lancée, elle ne manquera pas de faire son chemin.—

Annales de gynécologie.

Des inflammations péri-utérines.—Clinique de M. Pozzi à l'hôpital de Lourcine.—Il est peu de sujets qui soient aussi embrouillés au point de vue nosographique que celui que nous allons traiter aujourd'hui; je veux parler des inflammations péri-utérines. Et tout d'abord, pour bien comprendre cette étude, laissez-moi vous rappeler en quelques mots l'anatomie de la région. Vous constatez, tant sur une coupe verticale antéro-postérieure que sur une section verticale dans le sens parallèle au grand diamètre du tronc, que le péritoine recouvre les parois de l'utérus. Vous trouvez, en outre, que le tissu cellulaire forme deux accumulations principales qui sont réunies l'une à l'autre sur les côtés dans les ligaments larges: d'abord, en avant, entre la vessie et le col de l'utérus; ensuite, en arrière, entre le vagin et le cul-de-sac péritonéal. Enfin, vous voyez que tous ces tissus sont parcourus par des veines et des lymphatiques; tous les vaisseaux lymphatiques du corps de l'utérus ont une direction ascendante et vont se porter dans les gan-

gliions lombaires ; tous ceux du col se rendent, soit à un gros ganglion qui se trouve au niveau du trou ovalaire, soit à un petit ganglion dont le siège est au niveau de l'isthme.

Ceci posé, sur quel tissu l'inflammation va-t-elle se porter ? Parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question, les uns, tels que Bernutz, Goupil, prétendent que le péritoine pelvien est le seul affecté ; d'autres, Nona par exemple, rapportent tous les accidents au phlegmon péri-utérin ; enfin, plus récemment, Guéneau de Mussy, Courty, Martineau, Billot (inspecteur des eaux de Luxeuil), Lucas-Championnière, Siredey ne voient que de l'adéno-lymphite. Quant à moi, à vrai dire, je pense que toutes ces opinions ne pèchent que par excès et qu'il faut, dans tout cela, prendre une part à chacun.

Maintenant, avant d'essayer de déterminer ce qui appartient à ces différents éléments au point de vue de la physiologie et de l'anatomie pathologique, je crois qu'il est préférable de voir ce qu'on observe au lit des malades. Eh bien, on peut dire que les inflammations péri-utérines se divisent en deux types cliniques bien définis : la périmétrite plastique et la périmétrite suppurative. Prenons, d'abord, la première qui, au point de vue anatomique, est caractérisée par une tendance à produire, soit des membranes quand il s'agit du péritoine, soit des indurations du tissu cellulaire lorsque ce dernier est en cause ; elle comprend deux formes ; la forme diffuse et la forme circonscrite. Que trouvons nous dans la première qui, en somme, est la plus rare ? Avec le syndrome utérin, c'est-à-dire des douleurs, de la pesanteur, vous constatez, par l'intermédiaire du toucher vaginal, que l'utérus est immobile et qu'il existe, soit dans un des culs-de-sac latéraux, soit dans les deux, parfois même en avant et en arrière, des brides qui viennent les effacer et les indurer. De plus, si l'affection est déjà ancienne, vous pourrez faire ces explorations sans déterminer de grandes douleurs, à la condition toutefois que vous n'essayiez pas de donner à l'utérus des mouvements de translation. Maintenant, cette forme mal limitée, qu'elle siège dans le péritoine, dans le tissu cellulaire, ou bien encore dans les lymphatiques, débute presque toujours par des phénomènes d'inflammation aiguë, c'est-à-dire par une fièvre générale avec ou sans frissons, par des sensations de chaleur, de douleur et de battement artériels. Quant aux causes de ces inflammations, ce sont : des opérations, des cathétérismes, des dilatations faites avec des éponges préparées, surtout quand on a laissé un petit morceau de substance, et, dans certains cas, les ballottements d'un corps fibreux. Tel est, en somme, parmi ces affections, le type le moins net qu'on devait cependant placer le premier afin de suivre l'ordre hiérarchique.

Nous sommes conduits, de la sorte, à parler de la forme plastique circonscrite ou à noyaux que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment dans la clientèle civile qu'à l'hôpital où les femmes n'arrivent que lorsqu'elles sont incapables de travailler. Les caractères de cette affection sont les suivants : toujours avec le syndrome utérin, il existe, au lieu d'une immobilité de l'utérus, une mobilité presque aussi grande qu'à l'état ordinaire, et, au lieu d'un effacement et d'une induration des culs-de-sac, une, deux ou trois petites masses de la grosseur d'une noisette, d'une noix, voire même d'un œuf. En outre, ces noyaux, qui siègent de préférence dans les culs-de-sac latéraux et postérieur, et rarement dans l'antérieur, sont douloureux, d'une dureté très grande, et variables,

quant à leur volume, dans l'espace de quelques jours. Si vous ajoutez à cela que l'affection est essentiellement chronique, tenace, à répétition, que ces noyaux n'ont pas de tendance à suppurer, vous avez, en somme une idée de la physionomie de la maladie. Et maintenant, où siège cette inflammation ? Si la première forme n'a pas été revendiquée avec ardeur par les partisans de l'adéno-lymphite, parce qu'on n'a pas eu souvent l'occasion de corroborer les observations faites sur le vivant par l'autopsie, il en est, par contre, tout autrement de ce deuxième type. Ici, en effet, on a pensé aux ganglions, alors même que personne ne les avait décrits ; c'est vous dire assez, ce me semble, jusqu'à quel point on a été lorsque Lucas Championnière est venu signaler leur existence. Mais, si, pour certains auteurs, il ne s'agit que d'adéno-lymphites, d'autres, au contraire, rejettent cette hypothèse. Quant à moi, trouvant que l'explication est difficile à donner, je vous laisserai choisir suivant votre tempérament.

Passons maintenant à la périmétrite suppurative. Cette forme, qui survient à la suite d'un accouchement, d'un avortement, de dilatations intempêtes, de cathétérismes ayant pour but le redressement de l'utérus, d'interventions opératoires faites trop près de la période menstruelle ou avec des instruments malpropres, se divisent, comme la première, en deux groupes : l'abcès pelvien et le phlegmon du ligament large. Parlons d'abord du premier type. Que l'inflammation siège dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire, qu'on ait affaire à une péritonite suppurée (Bernutz et Goupil), ou à un phlegmon suppuré (Gallard), les phénomènes seront toujours identiques. Quels sont-ils ? Au début, un orage inflammatoire ; ensuite une période de calme relatif ; puis, à un certain moment, à la suite de l'évacuation, soit par le rectum, soit par la vessie, d'un pus fétide et de mauvaise nature, une détente considérable. Quelques jours après, cependant, surviennent de nouveau des phénomènes sérieux, puis, une deuxième émission de pus et ainsi de suite, de sorte que si l'on n'intervient pas, ou si la cicatrisation spontanée ne se fait pas, la nutrition s'altère, la femme se cachectise et meurt. Elle peut être également emportée, au bout de quelques années, par une dégénérescence graisseuse ou amyloïde du foie ou des reins, comme cela a lieu dans toutes les suppurations.

Nous arrivons, enfin, au dernier type, c'est-à-dire au phlegmon du ligament large dont le pus a une tendance à se porter de deux côtés : d'une part vers le vagin, d'autre part vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Vous trouverez, il est vrai, dans vos auteurs, la possibilité de la présence du pus dans le canal inguinal en suivant le ligament rond, ou bien encore dans la fesse en passant par l'échancrure sciatique ; ce sont autant d'erreurs dans lesquelles vous ne tomberez pas, pour peu que vous vous rappeliez que le pus chaud ne suit jamais de trajet aussi compliqués. Maintenant, la cause presque unique, sinon unique de cette affection, comme l'a soutenu un interne des hôpitaux, c'est l'accouchement ou l'avortement. Et pourquoi en est-il ainsi ? C'est parce que les ligaments larges sont dans un état anatomique qui les prédispose à la suppuration. Qu'observe-t-on alors ? Le voici : bien que les suites de couches aient été pénibles, la femme, cependant, allait assez bien lorsque, tout d'un coup, elle est prise de frissons, de ballonnement du ventre et quelquefois de vomissements. Si vous venez à palper le ventre, vous trouverez, dans un des côtés, une cloison qui relie l'utérus

à la paroi du bassin. Voilà pour le moment; maintenant, huit ou dix jours après, vous constaterez, du côté du vagin d'une part, que la tumeur s'est solidifiée, et du côté de l'abdomen, d'autre part, qu'il existe un noyau d'induration formant une espèce de plastron sus-pubien. Votre examen se poursuivant encore plus tard, vous sentirez que l'induration est devenue fluctuante, que le plastron abdominal s'est étendu, et vous verrez que la peau rougit et que du pus tend à se faire jour. Tel est, dans la plupart des cas, ce qui arrive. D'autres fois, le pus sort par le vagin, la vessie, ou bien encore par le rectum. Mais ces phénomènes sont rares, attendu que le praticien n'est pas assez mal avisé pour laisser aller les choses. Cependant, si l'incurie a été poussée jusque là, c'est alors que vous pourrez voir l'inflammation gagner la fosse iliaque et le pus sortir en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure.—*Praticien.*

Les progrès de la gynécologie opératoire, par le professeur S. DUPLAY.—La gynécologie opératoire a largement participé à ce grand mouvement qu'a imprimé à la chirurgie l'introduction de la méthode antiseptique, et qui, depuis moins de trente ans, l'a pour ainsi dire complètement transformée. La gynécologie opératoire a même été la première à donner l'impulsion, en montrant les résultats que l'on peut obtenir avec des soins minutieux, et en donnant aux chirurgiens une confiance et une hardiesse que justifiaient ces merveilleux résultats, mais qui auraient été jadis taxés de témérité et de folie.

En effet, bien avant la vulgarisation de la méthode antiseptique de Lister, Kœberlé et d'autres chirurgiens voyaient leurs opérations d'ovariotomie suivies de succès remarquables et tellement satisfaisants que Kœberlé n'a pas cru devoir modifier notablement sa première manière de faire.

Il est vrai que la propreté exquise, les précautions de toutes sortes, rigoureusement observées avant, pendant et après l'opération, constituent un ensemble de moyens qui rapprochent ce mode opératoire de la méthode antiseptique proprement dite, en sorte que l'on pourrait presque considérer le manuel opératoire suivi primitivement dans l'ovariotomie comme le précurseur de la méthode de Lister.

D'autre part, les succès inattendus fournis par l'ovariotomie ont dissipé les craintes exagérées que l'on professait jadis pour toutes les opérations faites sur le péritoine, en sorte que la chirurgie abdominale a pris un développement extraordinaire; puis, bientôt les chirurgiens se sont attaqués avec plus de confiance à d'autres séreuses auxquelles ils ne touchaient jadis qu'en tremblant; de là, une transformation dans la thérapeutique de certaines affections des séreuses articulaires, tendineuses, etc.

La gynécologie opératoire a donc joué, comme on le voit, un grand rôle dans la transformation de la chirurgie contemporaine; mais, en même temps qu'elle ouvrait la voie aux autres branches de la chirurgie, elle élargissait aussi considérablement son propre domaine.

Sans parler de l'ovariotomie, dont le manuel est tellement perfectionné et simplifié qu'elle est devenue une opération presque vulgaire et qu'on prévoit le moment où on la pratiquera avec succès dans les services hospitaliers, nous rappellerons brièvement les principales conquêtes de la gynécologie opératoire à l'époque contemporaine.

La castration ou opération de Battey, malgré les excès dans lesquels on est tombé à son sujet, reste une excellente opération lorsqu'elle est pratiquée dans des conditions convenables, et constitue, ainsi que je l'ai montré dans une communication récente à l'Académie de médecine, une ressource précieuse dans certains cas de métrorrhagie incoercible, surtout dans les métrorrhagies symptomatiques de corps fibreux de l'utérus, non justiciables d'autres opérations.

L'hystérectomie, soit abdominale, soit vaginale est encore à l'étude et n'a pas atteint le même degré de perfectionnement que l'ovariotomie. Aussi les chirurgiens s'efforcent-ils, de tous côtés, d'en améliorer le manuel opératoire. Déjà Skæder (de Berlin) a notablement perfectionné les procédés usités jusqu'alors, mais il y a mieux à faire pour rendre l'opération à la fois plus simple et moins dangereuse.

L'hystérectomie vaginale, surtout dans le cas de cancer de l'utérus, est peut-être appelée à un brillant avenir; mais on doit encore suspendre tout jugement prématuré sur son compte, jusqu'à ce que l'expérience ait montré sa valeur réelle, au point de vue des récidives.

L'incision exploratrice de l'abdomen, dont quelques chirurgiens abusent un peu trop, n'en constitue pas moins, dans un grand nombre de cas difficiles, un nouveau moyen de diagnostic d'une précision rigoureuse et qui rend chaque jour de grands services dans la pratique.

Enfin, je terminerai cette rapide énumération des principales innovations modernes de la chirurgie gynécologique en mentionnant l'opération d'Alexander-Adams ou raccourcissement des ligaments ronds, encore très discutée, et sur la valeur de laquelle on doit attendre le jugement de l'avenir; les opérations contre le prolapsus de l'utérus, et, en particulier, le procédé de cloisonnement du vagin de Lefort; les perfectionnements nombreux apportés à l'opération de la fistule vesico-vaginale d'après la méthode américaine; enfin l'extrême simplification de la périnéorrhaphie, qui, par le procédé d'Emmet, est devenue une opération des plus faciles.—*Répertoire d'obstétrique et de gynécologie.*

PÆDIATRIE.

De l'incontinence nocturne d'urine essentielle, par le Dr H. PIGARD.—Pour se faire une idée exacte du mécanisme de l'incontinence nocturne essentielle qui est l'apanage désagréable et à peu près exclusif de l'enfance, il est indispensable de bien connaître celui de la miction.

Or, l'appareil urinaire a deux fonctions à remplir : La production de l'urine et son expulsion après un séjour plus ou moins prolongé dans la vessie. La première n'ayant point rapport au sujet qui nous occupe, nous ne parlerons que de la seconde, qui constitue la miction.

Dans l'état normal, l'urine qui remplit la vessie ne peut refluer en arrière par les urètres, parce que la manière dont leurs orifices s'ouvrent dans sa cavité fait qu'ils sont fermés par une sorte de clapet dont l'occlusion est d'autant plus hermétique que l'organe est plus plein.

D'un autre côté, la vessie, quand elle est pleine, se contracte sans que nous en ayons conscience et, en comprimant son contenu contre l'orifice uréthro-vésical qu'elle distend, donne lieu à la sensation, bien connue, du besoin d'uriner.

L'urine, ne pouvant refluer en arrière, va-t-elle s'écouler en avant ? Non, et voici pourquoi. D'abord, la tonicité des fibres musculaires lisses du sphincter vésical et de l'orbiculaire urétral suffisent à la maintenir dans la vessie, quand le besoin n'est pas pressant. Ensuite, si celui-ci s'accroît et que nous voulions y résister, la contraction des muscles de Guthrie et de Wilson vient, sous l'influence de la volonté, renforcer les muscles involontaires et maintenir l'urine dans la vessie. Dans le cas contraire, nous faisons, d'une part, un léger effort qui, en contractant le diaphragme, appuie les intestins sur la vessie et en aide les contractions; d'autre part, nous relâchons les muscles volontaires (de Guthrie et de Wilson) de la partie profonde de l'urètre, en sorte que les muscles involontaires n'étant plus soutenus, l'urine ne peut qu'être expulsée.

Il y a donc, et ceci est capital pour le sujet dont nous nous occupons, à l'état physiologique, *opposition* entre l'action de la vessie et celle de l'urètre : la contraction de celui-ci étant indispensable à la distension de celle-là, pendant sa réplétion; le relâchement urétral devant, au contraire, s'effectuer volontairement, quand la vessie se contracte pour uriner. Si peu que l'équilibre soit rompu entre ces deux forces, l'urétrale qui retient l'urine et la vessie qui l'expulse, la première devenant trop faible ou la seconde trop forte, il y a incontinence.

Or, chez le petit enfant, jusqu'à 15 à 18 mois, cet équilibre est absent, la contractilité de la vessie étant très énergique, alors que celle des sphincters uréthro-vésicaux n'existe pas : les fibres involontaires étant trop faibles et la volonté encore incapable de faire contracter les muscles volontaires. Aussi, dans la première enfance, l'incontinence est-elle *normale et diurne* aussi bien que *nocturne*.

Quand l'incontinence se prolonge au-delà de 2½ ans à 3 ans, elle est anormale et, chez un enfant de quatre ans, elle est déjà une infirmité. Seulement, elle cesse ordinairement alors d'être diurne pour rester uniquement nocturne. Toutefois cette prolongation anormale d'un état normal n'est pas constamment l'origine de l'incontinence nocturne et, assez souvent, on voit des enfants, devenus propres à trois ou quatre ans, recommencer à faire pipi au lit vers 7 ou 8 ans.

Pourquoi l'incontinence cesse-t-elle le jour chez la plupart des enfants qui en sont atteints la nuit ? Parce que, dans l'état de veille, la volonté intervient en contractant les muscles urétraux soumis à son influence. Aussi l'observe-t-on chez les dormeurs profonds que la sensation du besoin d'uriner est impuissante à réveiller. Chez eux, cette sensation monte vers la moelle, qui la conduit, comme toujours, jusqu'au cerveau; mais celui-ci, rendu insensible par le sommeil, ne la perçoit pas et, par conséquent, ne commande pas la contraction des muscles volontaires. Mais, la moelle, qui perçoit les sensations et y répond aussi bien la nuit que le jour, relâche les fibres musculaires lisses qui lui sont soumises, en sorte que le col n'étant plus fermé ni par les unes, ni par les autres, laisse échapper l'urine, qui s'écoule, dès lors, sans que celui qui la rend en ait conscience. Ceci est si vrai que, chez les enfants de cette catégorie, c'est à l'heure du sommeil le plus profond que l'émission de l'urine a lieu, soit le plus souvent dans la première, soit quelquefois dans la seconde moitié de la nuit. Trousseau cite, à ce propos, un exemple frappant; celui d'une jeune fille qu'on avait beau réveiller dans la première moitié de son sommeil et qui n'en urinait pas moins au lit

dans la seconde, parce que, comme elle le disait elle-même, c'était celle pendant laquelle elle dormait le mieux; ce qui était vrai, car on avait, à ce moment, toutes les peines du monde à la réveiller.

Chez beaucoup d'incontinents urinaires, la contraction vésicale est si énergique et si prompte que l'urine sort presque avant qu'ils aient été prévenus du besoin de la rendre et sans qu'ils puissent en arrêter le cours. Aussi, pendant le jour, si, par paresse ou distraction, ces enfants n'obéissent pas au premier avertissement qui les invite à rendre leurs urines, pressés bientôt par le besoin, ils les laissent quelquefois couler dans leurs vêtements. L'équilibre est rompu, la force expulsive de la vessie étant augmentée, tandis que la force retenante de l'urèthre est restée la même ou s'est affaiblie. C'est si vrai, que si vous faites uriner devant vous quelques-uns de ces enfants, au moment même du besoin, vous voyez l'urine projetée par une violente impulsion. En outre, si, ayant introduit une sonde jusque dans la vessie, vous y poussez doucement une injection, vous la voyez ressortir avec force par l'instrument que vous n'aviez eu, d'ailleurs, aucune peine à introduire; ce qui prouve expérimentalement la puissance vésicale et la faiblesse sphinctérienne.

Dans certains cas d'incontinence d'urine, le sommeil est normal; mais la sensation du besoin d'uriner paraît si faible qu'elle est impuissante à faire contracter les sphincters. Dès lors, le même résultat se produit et l'enfant urine sans s'éveiller.

Dans cette espèce d'incontinence, l'urine s'écoule parfois involontairement pendant le jour, mais sans que le jet en soit plus énergiquement lancé qu'à l'état normal. On peut s'en assurer en introduisant une sonde dans la vessie pleine d'urine; celle-ci sort presque en bavant.

Qu'elle soit le résultat de contractions vésicales trop énergiques ou d'une impuissance du col, le sommeil trop profond ou la faiblesse de la sensation ne sont pas les seules causes occasionnelles de l'incontinence. Une urine trop dense produit le même effet, parce que son acidité excite la contractilité vésicale et rend les envies d'uriner plus vives et, par conséquent, plus pressantes. Cette sorte d'urine est facile à reconnaître, même sans pèse-urine, car, ordinairement limpide, quelquefois nébuleuse, au moment de l'émission, elle s'épaissit au fur et à mesure de son refroidissement, en laissant déposer, au fond du vase, une sorte de boue, prise parfois pour du pus, mais constituée par des urates. On le reconnaît à ce que l'urine s'éclaircit quand on la chauffe dans un tube ou une cuiller.

Les oxyures vermiculaires qui habitent le rectum et en sortent la nuit, pour se promener sur les organes génito-urinaires, provoquant, par leurs allées et venues, une irritation qui fait naître les besoins d'uriner et contracter la vessie, agissent à la manière de l'urine acide.

Un prépuce ou un méat trop étroits sont souvent accompagnés d'incontinence d'urine. Mais ici le mécanisme en est différent. C'est généralement une incontinence par regorgement; la vessie est pleine, le petit malade se retenant d'uriner à cause de la douleur que lui cause la miction, en sorte que l'urine s'échappe de temps à autre malgré lui, et que si vous le sondez aussitôt après, il en sort beaucoup par la sonde.

L'inflammation de la partie profonde de l'urèthre produit le même résultat; tandis que celle de la vessie ne permet pas à l'urine de s'accumuler dans l'intérieur de cet organe qui l'expulse aussitôt arrivée.

Toutes ces causes ont, en outre, l'inconvénient de provoquer des rêves

pendant lesquels l'enfant laisse aller son urine, parce qu'il croit uriner dans son pot ou contre un mur.

Je ne parlerai pas de ces enfants qui pissent au lit par paresse, parce que leur incontinence toute relative n'est pas une maladie, puisqu'elle cesse quand ils le veulent.

Quant à l'état général, a-t-il une influence sur l'incontinence d'urine ? les uns le soutiennent, les autres le nient.

Pour moi il est évident que les enfants délicats y sont plus sujets que les autres. Mais une cause indéniable c'est l'hérédité. Les enfants de parents nerveux ou atteints d'affections nerveuses y sont, en particulier, certainement plus prédisposés. Cette prédisposition nerveuse ne doit, d'ailleurs, pas surprendre pour une maladie qui n'est, après tout, quelle que soit l'idée qu'on se fasse de son mécanisme, qu'une névrose de la sensibilité ou de la motilité.

L'incontinence nocturne d'urine cesse ordinairement avec la puberté, mais il ne faut pas compter absolument sur les changements physiologiques qui s'opèrent à cette époque de la vie pour la voir disparaître, car il n'est pas tout-à-fait rare d'observer des jeunes gens de 20 à 25 ans qui en sont encore atteints, au moins de temps à autre.

Elle n'a, du reste, d'autre inconvénient que celui si désagréable, au surplus, de mouiller les draps et d'entretenir autour du sujet une humidité qui enflamme les parties, les imprègne d'une odeur urineuse des plus désagréables et peut avoir pour conséquence, l'hiver surtout, des rhumes et des bronchites.—(à suivre.)—*Progrès médical.*

La toux nocturne chez les enfants. — Pour le docteur Gonzalès ALVAREZ, dans le plus grand nombre des cas, les accès de toux ou moins tenace et parfois convulsive, qui viennent si souvent éveiller brusquement les enfants, au milieu du plus tranquille sommeil, sont dus à l'augmentation de la sécrétion salivaire et muqueuse de la bouche, par l'effet de la stomatite et de la gingivite dues à la dentition, qui est entraînée vers l'intérieur, dans la position horizontale, et qui, en suivant ce courant, va toucher, malgré les mouvements inconscients de déglutition, les bords de l'épiglotte, des arythénoïdes, ou, après accumulation, pénètre en légère quantité dans la commissure postérieure du larynx. Alors cette région, riche en réflexes, surtout chez les enfants, produit un accès de toux, convulsive ou non, selon la plus ou moins grande intensité de l'excitation sur les premiers ou le dernier des points indiqués. La même chose ne se produit pas pendant le jour, parce que dans la position verticale, les enfants déglutissent très bien ces sécrétions: le fait n'en a pas moins coutume de se produire, lorsqu'ils dorment le jour.

Pareil mécanisme a lieu, soit chez les enfants, soit chez les adultes, quand, en l'absence de stomatite, il y a un coryza généralement chronique et humide.

Le docteur A. W. McCoy pense que les quintes en question dépendent toujours du catarrhe nasal, et attribue la toux à l'action irritante des mucosités sur certaines zones des fosses nasales décrites par Hack, Mackenzie, etc.; suivant lui, la station verticale permet à ces mucosités de sortir facilement des fosses nasales par la déglutition, l'expuition ou à travers les narines; tandis qu'il n'en est plus de même dans le décubitus dorsal de la nuit. Sans se refuser à accepter ce mécanisme

pour rendre compte de quelques cas, le docteur G. Alvarez est d'avis que le plus grand nombre, ceux surtout qui sont le plus fréquents, où il n'y a pas de coryza et où le travail de la dentition est en activité, s'expliquent mieux par l'interprétation qu'il a donnée; celle-ci serait d'ailleurs confirmée par sa thérapeutique. Il cherche, dans le cas de gingivite ou de stomatite, à diminuer la sécrétion, la *bave*, au moyen de petites doses fréquemment répétées de chlorate de potasse, en faisant prendre, par exemple, toutes les heures ou les deux heures pendant le jour et au moment du coucher, une demi-cuillerée à café d'une solution à 2 % de chlorate de potasse; dans les cas de coryza, il a recours aux injections nasales avec le même liquide; et il obtient toujours le résultat désiré.—*Archivos de Medic. de los Ninos et Monit. d'hyg. publique.*

Symptômes et traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, par M. le Dr BOUCHUT. — La fièvre typhoïde est une maladie bactérienne putride. Il n'y a pas à en douter. Son caractère épidémique et parfois contagieux en serait la preuve. Mais on a, en plus, cette autre preuve fournie par Feltz et Davaine de la présence de bactéries observées dans le sang. Donc la maladie est *infectieuse* ou plutôt *infecto-contagieuse* et due à une prédisposition favorable au développement des microbes infectieux ou à une intoxication primitive par ces mêmes microbes dans les cas de contagion.

Jusqu'à sept ans, les symptômes sont très atténués, d'un diagnostic difficile, si l'on n'a pas l'expérience des enfants malades; mais passé cet âge et jusque vers la puberté, elle ressemble de plus en plus à la fièvre typhoïde de l'adulte.

Elle se présente sous trois formes: 1^o la forme *muqueuse*; 2^o la forme *inflammatoire*; 3^o la forme *adynamique et ataxique*.

A. *Symptômes de la fièvre typhoïde muqueuse.* — La maladie débute par de la fièvre, de l'inappétence, de l'abattement et un peu de lourdeur de tête ou de céphalalgie.

Il n'y a jamais d'épistaxis, de délire ni de trouble des sens; il y a seulement de l'insomnie.

Quelquefois les enfants vomissent une fois au début, ce qui est rare, et ils ont, ou des selles naturelles, ou un peu de diarrhée: quelquefois même il y a de la constipation. Le ventre n'est jamais bien douloureux ni fortement ballonné, et il ne présente jamais de taches rosées lenticulaires.

Il y a quelquefois de la toux, et la poitrine renferme du râle sibilant et muqueux.

Cette forme est la plus commune dans le premier âge. C'est elle que l'on observe presque toujours de deux à cinq ou six ans.

Elle dure de deux à trois septénaires quand tout marche régulièrement vers la guérison. La fièvre varie de 38 degrés le matin à 40 degrés vers le soir. Si, au contraire, la maladie s'aggrave, elle dure un mois ou davantage. Dans ces cas, la diarrhée devient très abondante et fétide, mêlée de lombrics. Ces enfants maigrissent, la fièvre ne cesse pas, ils tombent dans une espèce d'état cachectique, dans le marasme, et ils succombent.

Cette terminaison est assez commune chez les enfants de deux à trois ans; mais plus tard la guérison de la fièvre typhoïde muqueuse est la règle, cette forme de la maladie étant la moins grave de toutes.

B. Symptômes de la fièvre typhoïde inflammatoire. — Les enfants présentent de l'inappétence, de la faiblesse, de l'abattement, et ils ont une fièvre assez vive accompagnée de forte chaleur à la peau, marquée par 39 et 40 degrés 5 dixièmes vers le soir, de turgescence générale des capillaires et de coloration rouge assez intense du visage.

Le ventre, souple, peu volumineux et peu douloureux, présente quelquefois, au 8^e jour, des taches lenticulaires; comme dans la forme précédente, il y a de la diarrhée, et, par exception, des selles ordinaires ou de la constipation.

Ici la céphalalgie est plus fréquente, avec insomnie, agitations, rêves, rarement délire, et de temps à autre il y a épistaxis.

Cette forme inflammatoire est très rare chez les enfants de deux à quatre ans. Elle devient commune chez les enfants plus âgés et s'observe surtout chez ceux qui ont de huit à quinze ans. Elle guérit généralement assez bien en trois septénaires ou en un mois. C'est la moins grave de toutes les formes de l'affection typhoïde.

C. Symptômes de la fièvre typhoïde adynamique. — La fièvre typhoïde adynamique débute, comme les précédentes, par des phénomènes semblables; mais, au bout de quelques jours, la maladie prend une gravité qui se révèle par un certain nombre de symptômes en rapport avec l'anéantissement des forces, c'est-à-dire de la tonicité et de la contractilité générales.

Après quelques jours de fièvre, d'insomnie et de diarrhée, on trouve les malades dans le plus grand état d'abattement et de prostration.

Ici seulement, s'observe la stupeur qui a fait donner le nom de *typhoïde* à la maladie.

Les enfants ne peuvent marcher ni se tenir debout sans tomber. Ils ressentent dans le lit, couchés sur le dos, un état de prostration considérable d'où l'on a peine à les tirer. Quelquefois somnolents, ils gémissent ou crient quand on les remue; ils ont de la céphalalgie, des obnubilations, des tintements d'oreille ou de la surdité, de l'insomnie, des soubresauts de tendons et un délire plus ou moins prononcé. Leur visage est abattu, leurs yeux hébétés, sans expression, leurs pommettes un peu rouges, leurs lèvres sèches, croûteuses ou noirâtres, les dents fuligineuses, les gencives couvertes d'un enduit blanchâtre, l'haleine fétide et la langue collante, poisseuse ou noirâtre, desséchée. Il y a une soif d'abord très fréquente, mais bientôt les enfants ne demandent plus à boire, ils sont trop assoupis et trop indifférents à ce qui les entoure, de sorte qu'il faut souvent les réveiller pour les contraindre à prendre leur boisson.

Quelques-uns ont des épistaxis; mais ces hémorragies sont rarement aussi abondantes que chez l'adulte.

La diarrhée, plus ou moins fréquente et volontaire, devient fétide, involontaire, mélangée de lombrics, et le contact des matières sur la peau irrite le siège, qu'il faut laver souvent à l'eau froide. Il y a de huit à dix ou vingt selles par jour. Le ventre est quelquefois horriblement douloureux. Ordinairement la douleur n'existe que dans la fosse iliaque droite, où existe aussi du gargouillement plus ou moins prononcé d'après la quantité de matières liquides contenues dans le cæcum. Dans ces cas, il y a toujours un ballonnement assez considérable causé par la distension de l'intestin par des gaz, c'est ce que l'on appelle du *météorisme*. Quand il est très considérable, c'est une cause d'asphyxie;

quelquefois apparaissent des taches papuleuses, rosées, lenticulaires, disparaissant momentanément sous la pression du doigt; elles sont éparses sur la peau du ventre, quelquefois de la poitrine, du cou et des membres, ce qui est extrêmement rare. Ces taches viennent du septième au quinzième jour de la maladie. Elles durent deux à trois jours et disparaissent sans laisser de trace. Elles sont d'autant plus fréquentes que les enfants sont plus âgés, car on ne les observe presque jamais chez les jeunes enfants.

Dans la forme adynamique existe toujours, dans l'hypochondre gauche, une tumeur plus ou moins considérable, dont la percussion révèle la nature, la forme et l'étendue, qui est due à la présence de la rate gonflée par la stase sanguine.

Les enfants toussent toujours beaucoup dans cette forme de la fièvre typhoïde ou putride. C'est qu'en effet l'adynamie ayant pour conséquence la perte de la *tonicité*, des congestions sanguines se font dans la partie déclive de tous les organes et surtout dans la partie postérieure des poumons, ce qui s'explique par le décubitus dorsal des malades. C'est cette congestion et la phlegmasie pulmonaire consécutive qui sont la cause de la toux. La résonance de la poitrine diminue, des râles sibilants, ronflants, muqueux, se font entendre d'abord en arrière, puis dans toute l'étendue des poumons. Plus tard, si la phlegmasie augmente, apparaissent la matité et le râle sous-crépitant qui indiquent un commencement de pneumonie lobulaire succédant à la congestion du parenchyme pulmonaire. Au cœur, existe souvent à la base et vers la pointe un bruit de souffle passager dû à une légère endocardite végétante.

La fièvre enfin est ici très forte, avec chaleur sèche ou halitueuse de la peau. La température, toujours plus élevée le soir que le matin, monte de 38 à 40 et 41 degrés au bout de cinq ou six jours. Quand elle atteint 42 degrés le cas est mortel. Le pouls varie de 120 à 150. Il est mou, régulier et inégal, souvent dicrote. La fréquence n'est pas toujours la même à toutes les heures du jour. Il y a des rémissions et des exacerbations quotidiennes. Celles-ci ont lieu surtout vers le soir; alors l'enfant est plus abattu, ses pommettes se colorent en rouge violacé, et le pouls devient plus fréquent pendant plusieurs heures jusqu'à la fin de l'accès.

La fièvre typhoïde adynamique dure d'un mois à six semaines, si elle n'est pas traversée par de graves complications. Elle compromet très sérieusement la vie des enfants et en fait périr un grand nombre. Toutefois, quand elle est traitée avec un juste discernement des forces et des altérations locales, elle guérit en laissant temporairement après elle un état plus ou moins valétudinaire.—(à suivre.)—*Paris médical.*

Des diverses formes d'eczéma chez les enfants.—La variété extrême des aspects que peut revêtir l'eczéma chez les enfants démontre que s'il y a intérêt à grouper les formes cliniques de cette affection, on ne doit cependant pas oublier qu'au point de vue de la thérapeutique surtout, il semble souvent qu'on ait affaire à des maladies de nature différente. Quatre malades placés presque en même temps dans le service en sont un exemple.

Le premier est atteint d'un eczéma impétigineux simple de la face, survenu récemment, eczéma qui disparaîtra très rapidement et constitue un fait absolument banal.

Le second enfant, âgé de sept ans, présente une histoire plus complexe. L'affection a débuté à l'âge de cinq mois, sur les joues et les paupières, et depuis cette époque elle a persisté d'une manière presque continuelle, avec quelques rémissions, cependant, mais revenant toujours après quelque temps. Cet enfant portait ainsi une sorte de masque suintant presque permanent.

Cependant une affection intercurrente est venue lui donner un intérêt tout particulier : en effet, cet enfant contracta une varicelle et l'on put remarquer tout d'abord que l'éruption était bien plus confluyente au niveau de l'eczéma, à la face, que partout ailleurs. C'est là un fait qui s'observe aussi dans les éruptions vaccinales, qui souvent sont confluentes sur les parties atteintes d'eczéma, à tel point que l'existence de cette affection peut contre-indiquer momentanément la vaccination.

Pendant la convalescence, l'eczéma s'améliora beaucoup ; mais de plus, cet enfant ayant contracté une coqueluche légère, puis une angine diphthérique grave, on vit, à la suite de ces affections, l'eczéma disparaître complètement ; la peau était simplement un peu plus rouge et un peu plus épaisse sur les parties primitivement atteintes que sur les autres points. Toutefois, il est à craindre que cette guérison ne se maintienne pas, mais l'influence des affections aiguës sur l'eczéma n'en a pas moins été très manifeste.

Dans un troisième cas, l'eczéma, survenu chez un enfant de douze ans, présentait un type différent : il était symétrique, chronique et récidivant, et remontait à la première année. Les premières atteintes duraient un ou deux mois, puis devenaient de plus en plus longues à mesure que l'enfant avançait en âge ; ces atteintes étaient séparées par une guérison presque complète. Cet eczéma, presque sec, avec très peu de suintement, après avoir débuté sur la face, avait gagné les membres supérieurs, puis les membres inférieurs. Son caractère était d'être très prurigineux. Or, pendant son séjour à l'hôpital, cet enfant fut pris d'un frisson avec angine, dénotant l'invasion d'une scarlatine, et avant même que l'éruption parût, les démangeaisons disparurent subitement. La scarlatine parut bientôt, très abondante, mais marquée surtout aux parties eczémateuses. Pendant dix jours, la disparition du prurit se maintint, mais à ce moment l'eczéma reparut avec ses caractères anciens ; néanmoins l'action de la scarlatine sur l'eczéma est à rapprocher de celle qu'avait eue la varicelle dans le cas précédent.

Enfin, un dernier malade, ayant présenté déjà antérieurement trois poussées aiguës d'un eczéma suivi d'une desquamation scarlatiniforme, est entré à l'hôpital pour des accidents du même genre ; il s'agissait d'un eczéma aigu, avec fièvre très intense, qui céda très rapidement et guérit par l'emploi des applications de tarlatane trempée dans l'eau amidonnée.

En somme, ces quatre faits si différents, se rapportant tous à l'eczéma, montrent qu'il est difficile d'être fixé sur la caractéristique de la maladie. Au point de vue anatomique, les auteurs ne s'accordent pas sur ce point ; et, au point de vue de la nature même de l'affection, on s'entend encore moins, l'école allemande, par exemple, ne voyant là qu'un accident purement local et n'exigeant qu'un traitement topique, l'école française y voyant, au contraire, la manifestation d'un état constitutionnel, d'une diathèse comme la scrofule ou l'arthritisme.

A ce point de vue, M. Grancher a cité un fait très instructif, tiré de

son observation personnelle, et qui est une véritable démonstration de la nécessité du traitement général dans certains cas d'eczéma.

Il s'agit d'un malade originaire de la Guyane et qui avait eu l'occasion de consulter la plupart des dermatologistes européens, sans que les nombreux traitements qu'il avait faits eussent pu modifier un eczéma déjà très ancien, couvrant la face d'un véritable masque de vésico-pustules et qui avait gagné le bras; certaines applications topiques avaient pu seulement améliorer un peu l'état du membre. On ne trouvait rien de particulier dans les antécédents, sinon un véritable surmenage physique et intellectuel pendant l'année qui avait précédé le début de la maladie. Son état était tellement pénible qu'il avait à ce moment des idées de suicide. C'est dans ces conditions que M. Grancher prescrivit à ce malade l'huile de foie de morue à très haute dose: il arriva bientôt à en prendre douze cuillerées par jour avec une grande régularité. Un mois plus tard on notait une amélioration sensible dans son état et deux mois après, la guérison était complète; elle s'est maintenue, depuis longtemps, et le malade prend seulement de temps en temps une certaine quantité d'huile de foie de morue.

L'intérêt de ce fait est précisément ici l'influence exclusive de la médication interne. Il est impossible de ne pas y voir la démonstration que maladie de peau ne veut pas dire toujours maladie locale. La plupart d'entre elles relèvent d'un trouble de nutrition auquel répond une indication qu'il faudrait être assuré de pouvoir saisir pour l'application de la thérapeutique, et, si l'on a commis des excès dans la généralisation de cette idée, il est certain que refuser toute relation entre la manifestation locale et l'état général constitue une erreur fâcheuse.

On doit conclure de ces faits que les eczémas ne sont pas tous de même nature. Quelques-uns d'entre eux, même, paraissent contagieux, ainsi qu'on a pu le voir pour l'eczéma de la tête transmis par l'usage des mêmes objets de toilette; on conçoit donc que les moyens de traitement doivent être aussi bien différents. — *Revue médicale.*

Du traitement de la chorée. par F. FRUHWALD. — En 1872, Eulenburg et Smith ont proposé de substituer à l'arsenic administré par la bouche les injections sous-cutanées de la liqueur de Fowler dans le traitement de la chorée. M. FRUHWALD communique les résultats obtenus par ce nouveau mode de traitement, à la clinique du professeur Widerhofer.

Le liquide employé pour les injections sous-cutanées consistait en une solution arsenicale de Fowler en dissolution dans une égale quantité d'eau distillée.

Au début du traitement, on n'injectait qu'une division de la seringue de Pravaz, puis on augmentait tous les jours d'une nouvelle division, jusqu'à la dixième. Arrivé à ce maximum, on diminuait tous les jours d'une division. La quantité de liquide injecté était en rapport avec l'âge de l'enfant et la gravité de la maladie.

Les injections sous-cutanées étaient pratiquées profondément et alternativement sur l'une ou l'autre des extrémités, préalablement lavée avec une solution de thymol.

En même temps qu'on faisait les injections sous-cutanées, on a administré à un certain nombre de malades la liqueur de Fowler par la bouche; de cette manière on put comparer l'un à l'autre deux modes d'administration de la solution arsenicale.

On commençait, dans un cas, par administrer 5 gouttes de la liqueur de Fowler dans 70 grammes d'eau distillée et 10 grammes de sirop; on augmentait tous les jours de 1 ou 2 gouttes jusqu'à 24 par jour.

Les malades soumis ainsi au traitement arsenical étaient au nombre de 25, dont 18 filles et 7 garçons, âgés de 5 à 14; 23 d'entre eux furent traités au moyen des injections sous-cutanées; chez les 3 derniers, on administra la liqueur de Fowler par la bouche. Relativement à l'étiologie, ces 25 cas de chorée se répartissent de la façon suivante: 19 peuvent être attribués à une frayeur vive, ou à toute autre excitation psychique; 2 cas sont des récidives, mais qui n'avaient pas été traitées antérieurement par l'arsenic; enfin, chez 3 malades seulement, la chorée coïncidait avec un rhumatisme articulaire aigu, sans complications cardiaques.

Quant aux résultats thérapeutiques obtenus par les injections sous-cutanées, on peut dire, d'une façon générale, que ce mode d'administration est préférable à l'absorption du médicament par les voies digestives. Déjà, au bout de la première semaine du traitement, l'amélioration était notable, et, dans la plupart des cas, la guérison était complète vers la troisième ou la quatrième semaine. Sur les 25 malades, il n'y eut qu'un seul cas de récidive; chez tous les autres, la guérison fut définitive.

Il est probable que l'arsenic, lorsqu'il est injecté directement sous la peau, pénètre plus facilement dans le sang et exerce par cela même une action plus rapide sur l'organisme.—*Revue des mal. de l'enfance.*

Du chlorure de chaux dans les affections glandulaires, par Arthur DAVIES, de S.-Bartholomew. Trop négligé dans les affections du système lymphatique, l'emploi intérieur du chlorure de calcium a trouvé en Angleterre de nombreux partisans depuis qu'il avait été recommandé par Fourcroy, médecin français. Il a été signalé comme très efficace dans les affections scrofuleuses, dès 1808, par James Sanders (de Newcastle), dans un livre sur la consommation. Si le remède est donné à dose utile assez longtemps, il donne des résultats précieux. L'article contient un cas de guérison de lymphadénome chronique avec ganglions sensibles et très indurés et deux cas de scrofulose. Son *inutilité* dans la scrofule avec suppuration est, du reste, bien mise en relief par l'auteur, ce qui garantit la valeur de ses assertions dans le traitement des engorgements chroniques non suppurés. C'est de trois à six et huit grammes par jour que le chlorure de calcium doit être donné chaque jour en solution ou dans le lait.—*Practitioner.*

Du phosphore employé dans le rachitisme.—D'après le docteur Boos, l'efficacité est certaine lorsque le rachitisme affecte des enfants très jeunes, résultant de mauvaise nutrition. On fait une solution de 1 centigramme de phosphore dans 100 grammes d'émulsion, et l'on donne une cuillerée à café de cette solution. Sur 20 jeunes rachitiques, le raffermissement des os, l'évolution régulière dentaire furent obtenus par ce remède. Dans un cas de spasme de la glotte, ce symptôme cessa. Il y eut deux cas de périostite maxillaire causés par une ingestion trop forte de phosphore. Cette méprise, qui causa aux deux patients des abcès, ne les empêcha pas de se rétablir et de bénéficier du remède.—*Practitioner.*

FORMULAIRE.

Lithémie.—*Da Costa.*

P.—Solution d'arsénite de potasse	1 drachme
Teinture de fève de St. Ignace.....	2 drachmes
Teinture composé de quinquina	q. s. pour 4 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé après chaque repas.—*College and Clinical Record.*

Purgatif pour les enfants.—*Huchard.*

P.—Huile de ricin	1 $\frac{1}{2}$ once
Vin de Malaga.....	1 $\frac{1}{2}$ “

Agiter avant de l'administrer.—*Nouveaux remèdes.*

Toux nerveuse.—*Graëffer.*

P.—Chlorhydrate de cocaïne.....	1 $\frac{1}{2}$ grain
Eau distillée.....	1 $\frac{1}{2}$ once
Eau d'amandes amères.....	10 minimes
Chlorate de potasse.....	10 grains

M.—En pulvérisation.—*Nouveaux remèdes.*

Dentition.—*Bartholow.*

P.—Bromure de potassium.....	5 grains
Huile essentielle d'anis.....	1 $\frac{1}{8}$ goutte
Mixture d'assafoetida.....	1 drachme

M.—En une seule dose, au besoin.—*College and Clinical Record.*

Eczéma nummulaire.—*E. Vidal.*

P.—Oxyde de zinc.....	10 parties
Vaseline	40 “

M.—En onctions, matin et soir. En même temps, abstinence de café et de boissons alcooliques.—*Union médicale.*

Brûlures.—*De Bruyne.*

P.—Eau de chaux	3 parties
Glycérine.....	150 “
Ether chlorhydrique chloré.....	3 “

M.—Ce glycérol est destiné à remplacer le liniment oléo-calcaire. On en imbibé des compresses que l'on applique sur les brûlures et on recouvre le tout de taffetas gommé.—*Union médicale.*

Neurasthénie.

P.—Phosphore de zinc	1 $\frac{1}{8}$ grain
Bromure de zinc.....	1 “
Valérianate de zinc.....	1 “

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUILLET 1886.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, ont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'Administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Bureau central d'Examineurs.

Nous avons déjà, nos lecteurs s'en souviennent, accepté en bloc les amendements proposés par le sous-comité chargé d'établir les changements à faire subir à l'Acte médical, amendements qui se résument à l'établissement d'un bureau central d'examineurs. Nous espérons qu'il n'y aura qu'une voix dans le Bureau, et même dans le Collège tout entier, pour approuver, en principe, la création de ce bureau. Mais, nous tenons à le répéter, les examens du bureau central devront être des plus sérieux. Puisque nous jugeons nécessaire de relever le niveau de la profession en surveillant de plus près l'admission à la pratique, il ne faut pas que le moyen employé pour atteindre ce but ait précisément pour effet de nous faire tomber dans des dangers que nous voulons éviter à tout prix. Si les examens, d'après le nouveau régime, ne sont pas confiés à des hommes réellement compétents, conduits avec cette juste sévérité qui ne se laisse aller ni à une trop grande rigueur ni à de serviles complaisances, si, en un mot, ils ne donnent pas de résultats plus satisfaisants que n'en donne le régime actuel, nous serons les premiers à demander qu'on revienne à celui-ci.

Pour ce qui est des détails mêmes des amendements proposés, nous avons, dans notre livraison de juin, fait certaines réserves sur lesquelles nous désirons insister, en les motivant au besoin, voir même en y ajoutant des restrictions qu'un premier examen ne nous avait pas permis de faire alors.

A.—Le comité, dit des amendements, avait décidé de rendre obligatoires pour l'examen préliminaire les matières suivantes: Philosophie morale et intellectuelle, minéralogie, géologie, astronomie et botanique. De son côté, le sous-comité a été d'avis qu'aucun changement ne fut fait à cet examen préliminaire, mais par contre, il a suggéré que les bacheliers des arts des universités britanniques fussent exempts de subir l'examen.

Cette exemption en faveur des bacheliers des arts est assez diversement appréciée par la profession. Les uns en veulent absolument, prétendant qu'elle constituerait un simple acte de justice envers nos collèges classiques dont les élèves sont soumis à la double et redoutable épreuve du baccalauréat. Les autres la rejettent, disant que ce n'est pas au moment où l'on veut forcer à subir un second examen les porteurs du diplôme de M.D., qu'il convient d'exempter de l'examen préliminaire les candidats porteurs du diplôme de B. A.

A quelque décision que l'on en vienne, il importe, dans tous les cas, de ne pas agir avec trop de précipitation, et surtout de ne pas abuser des exemptions. C'est pourquoi, sans nous prononcer d'une manière catégorique, en ce qui concerne les bacheliers des arts, nous rejeterions tout-à-fait l'amendement de M. le Dr Hingston, qui veut exempter également de l'examen préliminaire les étudiants ayant suivi un cours complet d'études et subi un examen équivalant à l'épreuve du baccalauréat des arts. A ce compte-là, il n'y aurait plus de candidats pour l'examen préliminaire. Est-ce que l'on trouve par hasard que celui-ci est trop sévère? Est-ce que l'on n'a pas voulu, en le confiant à un jury spécial d'examineurs, rendre plus difficile l'accès d'une profession déjà trop encombrée, et surtout, n'admettre comme étudiants en médecine que des sujets dignes, par leurs talents et leur savoir, de relever le niveau des études professionnelles en améliorant, pour ainsi dire, la

L'addition de certaines matières à l'examen préliminaire, entre autres celle de la physique et de la botanique, aurait certainement du bon. Actuellement, les connaissances en fait de physique, principalement en ce qui concerne le magnétisme, l'électricité, la chaleur, la lumière et l'acoustique, sont aussi nécessaires à l'élève que l'est la science de la chimie. Aussi serions-nous très disposés à rendre dorénavant obligatoire la question de physique, au lieu de la maintenir facultative comme elle l'a été jusqu'à aujourd'hui. En outre, si l'on ajoute la botanique au cours classique préliminaire, on fera bien de l'enlever du curriculum des études médicales, et par le fait, l'on rendra grand service à celles-ci, en les débarrassant d'un cours dont l'utilité pratique est assez contestable pour qu'il y ait lieu d'en reléguer l'étude parmi celle des sciences naturelles ordinaires. Depuis longtemps, l'on parle de faire ce changement; l'occasion se présente aujourd'hui, belle et favorable. Sachons en profiter. Ce ne sont pas les universités qui y trouveront à redire.

Quant à la philosophie, nous la laisserions encore, avec le grec, dans le programme de l'examen, mais seulement comme matière facultative. Le comité a parlé aussi de la minéralogie et de la géologie. Ce sont là, il n'y a pas à en douter, deux sciences qu'il est bel et bon de posséder, mais dont l'utilité pratique, pour le médecin, ne nous paraît pas très évidente. Pour nous, et nous ne sommes pas les seuls, nous en ferions assez bon marché. C'est déjà assez de la botanique!

B.—Le comité, dit des amendements, a également décidé que le bureau central serait composé d'un représentant de chaque école de médecine

et d'un nombre égal de médecins non attachés aux écoles. Cela donne un bureau de dix examinateurs. Serait-ce suffisant? Peut-être, si l'on se contente de deux examinateurs par comité; nous aurions cru préférable qu'il y eut trois examinateurs par comité. Mais, comme on nous l'a fait remarquer, il y aurait à cela une grave objection pécuniaire. Aussi croyons-nous plus rationnel le projet que voici: Le bureau central serait composé de vingt membres, dont dix choisis parmi les professeurs des universités, et dix en dehors de ces institutions. Chaque sous-comité serait composé de deux, ce qui ferait dix sous-comités ou jurys d'examens: cinq jurys pour les primaires et cinq pour les finales, cette dernière division étant, à nos yeux, très importante. Or, avec ces dix jurys, la dépense ne sera pas plus grande qu'avec les cinq jurys proposés par le comité d'amendements, puisque les dix jurys feraient l'ouvrage en moitié moins de temps.

C.—On suggère que les examens du bureau central se fassent au mois d'avril. Il y aurait bien à cela des objections que nous tenons à faire valoir ici et qui pourraient être prises en considération.

Dans les universités et écoles de médecine de notre province, les cours de neuf mois tendent actuellement de plus en plus à se substituer aux cours de six mois, ce qui est un progrès manifeste. Ainsi, l'Université Laval a, de tout temps, exigé neuf mois de cours de ses élèves, comme chacun le sait. A McGill, le terme d'été (trois mois) est fortement recommandé aux étudiants, et l'an dernier on y avait décidé que ce terme d'été serait obligatoire pour les élèves de troisième année. A Victoria, l'on a commencé, cette année même, à donner une session d'été, facultative il est vrai, mais indiquant un mouvement décisif vers l'adoption du principe que nous défendons. Il ne reste donc plus qu'une institution (sur cinq écoles) ne donnant pas de cours durant le terme d'été, et avant qu'il soit longtemps, ce terme sera peut-être obligatoire pour toutes nos écoles de médecine. Ce serait là, à notre sens, la preuve la plus manifeste et la plus palpable que le niveau des études professionnelles tend réellement à se relever dans notre province. Or, ne serait-ce pas accentuer et rendre plus décisif ce mouvement de progrès, que de fixer au mois de juillet (au lieu du mois d'avril) la date des examens devant le bureau central? De la sorte, les élèves des universités où les cours de neuf mois sont obligatoires pourraient parachever leurs études de la façon la plus complète possible, les cours étant également répartis dans neuf mois et non dans six. Quant aux écoles où le terme d'été n'est que facultatif, les élèves n'y perdraient certainement pas leur temps. D'ailleurs, pour les uns comme pour les autres, trois mois ne sont pas de trop pour préparer des examens de cette importance. Autre raison. La loi exige quatre années d'études. Or l'élève qui aura été admis à l'étude au mois de juillet (par exemple: juillet 1886), ne devra terminer ses études médicales et subir son examen *ad praticandum* que quatre années après, soit au mois de juillet (juillet 1890) terminant sa quatrième année. Si, admis à l'étude au mois de juillet 1886, il est admis à la pratique au mois d'avril 1890, il n'aura étudié que trois ans et neuf mois, au lieu de quatre années entières. Etant donné l'importance des études médicales et le vaste champ qu'elles embrassent, nous nous étonnons toujours qu'il se trouve des esprits disposés à rendre aussi court que possible le temps accordé à l'étude de la médecine. C'est dans le sens contraire qu'il faudrait agir.

Voilà, selon nous, des raisons qui mériteraient d'être pesées et qui

pourraient, au besoin, plaider la cause de ceux qui sont en faveur du cours de neuf mois et qui voudraient voir la date des examens professionnels fixée au mois de juillet de chaque année.

Cependant, si l'intérêt général l'exige, nous n'avons pas, absolument parlant, de très graves objections à ce que l'on choisisse le 2e mardi d'avril pour ces examens du bureau central, et nous cèderions volontiers sur ce point, dès lors qu'il serait établi que cette mesure serait dans l'intérêt.

D.—Les examens préliminaires devant être divisés en primaires et finals, quel sera le programme de chacun de ces examens? Cette question demandant certains développements, nous nous réservons de la traiter dans un article à part.

E.—La loi, si telle elle devient, aura-t-elle un effet rétroactif, ou ne s'appliquera-t-elle qu'aux élèves admis à l'étude de la médecine après le 1er mai 1886? Nous penchons vers la première opinion, quoiqu'en ait dit le sous-comité. Pourquoi la profession médicale attendrait-elle encore quatre années avant de joindre des avantages du bureau central? Le besoin sera-t-il plus pressant alors qu'aujourd'hui? Si la création de ce bureau a eu pour but de faire cesser un état de choses anormal, pourquoi n'en aurions-nous pas le bénéfice immédiatement?

F.—Enfin, le sous-comité a suggéré que le lieu choisi pour l'assemblée annuelle du Bureau Provincial de Médecine le soit pour toutes les assemblées de ce Bureau à l'avenir.

Cette question est encore des plus sérieuses. Le Collège des Médecins et Chirurgiens constitue une corporation importante, et faisant affaire avec tous les médecins de la province. Actuellement les officiers du Bureau des gouverneurs, chargés d'administrer les affaires du Collège, sont disséminés aux quatre coins de la province, ce qui fait qu'il n'est pas toujours facile de communiquer avec eux. Les médecins de campagne surtout, éprouvent à ce sujet de nombreux ennuis. Il leur faut avoir l'adresse de chacun des officiers, surtout du registraire, du trésorier et des secrétaires, plus, celle de l'agent-collecteur, et ces adresses sont susceptibles de changer chaque année. Il ne se passe pas de mois que quelques-uns de nos abonnés ne nous demandent l'adresse de l'un des secrétaires ou celle de l'agent-collecteur, soit pour paiement de la contribution annuelle, soit pour poursuites à intenter contre les charlatans, etc. Et puis, les archives, papiers, documents officiels, régitres, etc., sont, eux aussi, disséminés comme ceux qui en ont la charge. Le trésorier en a une partie, les secrétaires de même, et le registraire, et l'agent... de sorte que, quand un membre du Collège vient à Montréal, par exemple, et qu'il a affaire à quelques-uns de MM. les officiers, il lui faut passer la plus grande partie de son temps à courir de celui-ci à celui-là, heureux encore, s'il a la bonne fortune de ne pas attendre pendant des heures entières ces messieurs qui sont à leurs devoirs professionnels. En deux mots, nous avons là un bureau ambulante. Ne serait-il pas temps de modifier cet état de choses?

Le Collège ne pourrait-il pas louer permanemment ou acheter, à Québec, Montréal, Trois-Rivières ou Sherbrooke, n'importe où, un local quelconque, s'y installer de son mieux, y transporter ses archives, papiers, etc., et les y mettre en sûreté; enfin, placer là quelqu'un qui puisse répondre à toutes les demandes, renseignements, etc.? Là se

tiendraient aussi toutes les assemblées du Bureau et du Collège, pour examens préliminaires, examens professionnels, réunions annuelles, élections triennales, etc. Les ressources pécuniaires du Collège ne s'opposent pas à la réalisation de ce plan, croyons-nous, et la dignité même de la profession nous ferait un devoir de le mener à bonne fin.

Le programme des examens pour l'admission à la pratique de la médecine.

En même temps que l'on a parlé de la formation d'un bureau central d'examineurs, l'on a aussi agité la question de savoir quelles seraient les matières devant faire le sujet des examens primaires et finals.

Les cours, comme on le sait, ne sont pas identiquement les mêmes dans toutes nos universités et écoles de médecine, et il va falloir qu'on en vienne à une entente, afin de pouvoir répartir les différentes matières de l'examen dans autant de jurys ou comités.

Le programme suivant pourrait peut-être servir de base à l'entente en question :

Primaires : Anatomie, physiologie, pathologie générale, histologie, hygiène, chimie.

Finales : Pathologie interne, pathologie externe, obstétrique et gynécologie, thérapeutique et matière médicale, médecine légale et toxicologie.

Nous aurions, de la sorte, six matières de primaires et autant de finales, donnant un total de douze, à être réparties, d'après les suggestions faites précédemment, entre dix jurys d'examen seulement; mais cette légère difficulté peut être aisément surmontée. Parmi les primaires, l'histologie peut très facilement être unie, pour les fins d'examen, à la pathologie générale ou à l'anatomie descriptive, tandis que dans les finales, la toxicologie le serait à la médecine légale. De cette façon nous pourrions donc répartir toutes les matières d'examen dans les dix comités, chaque comité étant formé d'un professeur attaché à une université, et d'un médecin choisi en dehors des écoles, l'un canadien français et l'autre anglais. Ainsi composés, les jurys d'examen offriraient presque toutes les garanties possibles de justice et d'équité.

Nous espérons si fermement que l'on nous débarrassera de la botanique, que nous n'avons pas même mentionné cette dernière parmi les primaires. En outre, nous avons, à dessein, mis la thérapeutique et la matière médicale parmi les matières finales.

Dans notre livraison d'août 1882, nous disions à ce sujet :

“ La matière médicale, telle qu'elle est actuellement enseignée dans la plupart de nos écoles de médecine, n'est à proprement parler qu'un cours tout à fait secondaire, suivi seulement par les élèves de première et deuxième année, et dans lequel on se borne le plus souvent à traiter des propriétés physiques et des caractères botaniques des médicaments, *viz* : couleur, saveur, origine, mode de préparation, etc., insistant aussi peu que possible sur l'action physiologique et thérapeutique. En outre, on semble se plaire très souvent à y énumérer au long un grand nombre de formules officinales et magistrales, et l'on force les élèves à apprendre ces formules, comme si la thérapeutique pouvait se renfer

mer toute entière dans une ordonnance. En deux mots, l'on donne un cours de *pharmacologie*.

« Cela peut être fort beau et fort intéressant au point de vue scientifique, mais l'on avouera que l'élève en médecine a, surtout de nos jours, fort peu besoin de pharmacologie. La description pharmaceutique de chaque remède peut, pour les besoins réels du praticien, se résumer en quelques lignes, et tout le reste de la leçon peut être consacré à en étudier les propriétés physiologiques, son action sur les divers systèmes de l'économie, ainsi que les usages auxquels il est employé. C'est ainsi, croyons-nous, que le cours sera de quelque profit aux élèves et que ceux-ci en retireront des connaissances véritablement pratiques. Ainsi, moins de botanique et de pharmacologie, et plus de médecine et de thérapeutique.

« Au reste, nous ne sommes pas le seul à penser de la sorte. La matière médicale, a dit l'éminent professeur Huxley, en tant que science des drogues et des médicaments, est l'apanage du pharmacien. Il est bon, à la vérité, qu'un médecin sache que le castoreum est un produit animal, et que l'huile de ricin est extrait d'une plante, mais au point de vue pratique, la connaissance de ces faits n'est pas plus utile au praticien qu'il ne lui est important de savoir le mode de préparation de l'acier dont est fait le scalpel dont nous nous servons tous les jours. Que sert au médecin de savoir que l'*uva ursi* est la feuille de l'*arctostaphylos uva ursi*, plante originaire de l'Europe et de l'Asie, ou encore que chaque morceau de rhubarbe du commerce est souvent muni d'une ouverture pratiquée dans le but d'y mettre une corde afin de faciliter la dessiccation de la racine ?

« Que l'on sépare si l'on veut le cours de matière médicale de celui de thérapeutique, ou, si la chose est impossible, que le professeur sache au moins insister sur ce qui est important et mette de côté des détails secondaires que l'élève peut à peine apprendre, tant ils sont multipliés, dont il ne se souvient plus au bout de quelques semaines, et qui par dessus tout ne lui sont d'aucune utilité »

Si donc le cours en question doit être plutôt consacré à la thérapeutique qu'à la matière médicale proprement dite, si l'élève doit surtout y étudier l'action physiologique, les usages des médicaments, et n'y voir des détails pharmacologiques que tout juste ce qu'il lui en faut pour l'usage ordinaire; si, en un mot, nous voulons former des médecins et non pas des pharmaciens, que ce cours fasse dorénavant partie des matières finales, car ce n'est que quand il possède les connaissances physiologiques et pathologiques nécessaires, que l'élève peut, non seulement étudier avec fruit l'action des médicaments sur l'organisme sain, mais encore les appliquer avec précision au traitement des maladies. Il y a là assez de solides raisons pour rendre opportun le déplacement de la matière médicale des matières primaires aux matières finales tant pour les fins d'enseignement et les fins d'examen.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes.—Paris.
 FÉRÉ (Ch.) *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux*. Volume in 8° de 405 pages, avec 213 figures.—Prix 10 fr.

La deuxième édition de l'important travail de MM. CORNIL et BABÈS sur les *Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et dans l'histologie pathologique des maladies infectieuses*, vient de paraître.

La première édition de ce livre, publiée il y a un an, fut épuisée en quelques semaines. C'était en effet le seul ouvrage complet existant, aussi bien à l'étranger qu'en France, sur la *Bactériologie* et ses méthodes. Cette lacune n'a encore été comblée par aucun autre livre, et, de plus, la seconde édition que nous annonçons est au courant des derniers progrès de cette science qui produit chaque jour une découverte, et qui est appelée à renouveler l'hygiène et la thérapeutique. L'atlas de la première édition a été supprimé; toutes les figures en noir et en couleurs ont été imprimées dans le texte, ce qui en rend la lecture plus facile, et constitue un très grand progrès dans l'illustration des livres de médecine. (1 fort volume grand in-8° de 348 figures en noir et en couleurs dans le texte, et 4 planches hors texte 30 francs, chez Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie.)

NOUVELLES MÉDICALES.

M. M. les Drs H. E. Choquette et Anaclet Bernard, gradués de l'Université Laval, (Montréal) en avril dernier, se sont fixés, le premier à Belœil, le second à St.-Ours.

Durant les mois de juillet, août et septembre, M. le Dr A. Lamarche remplace M. le Dr Brosseau dans le service chirurgical de l'hôpital Notre-Dame.

Université Laval, Montréal. — FACULTÉ DE MÉDECINE. — Les épreuves pour la licence en médecine ont eu lieu à la faculté, dans le cours de juin dernier.

A la suite de ces examens, ont été admis :

Licenciés en médecine : MM. N. CHABOT et Arsène LAVALLÉE.

Bacheliers en médecine : MM. E. DECOTRET, J. E. LABERGE, A. RICARD, John MOUNT, F. BELANGER, J. A. DAIGNAULT, N. LAVOIE, H. THÉRIAULT, C. E. RASCONY et L. E. SCHILLER.

La séance de clôture des cours universitaires a eu lieu le 22 juin, au Cabinet de Lecture paroissial, sous la présidence de M. le G. V. Maréchal, représentant Sa Grandeur Mgr. l'Archevêque de Montréal.

Des discours ont été prononcés par M. l'abbé J. E. Marcoux, Vice-Recteur, par le Dr S. Lachapelle, l'honorable M. Chapleau et par M. le Grand Vicaire Maréchal.

NAISSANCE.

TURCOT.—A St.-Hyacinthe, samedi, le 19 juin, la dame du Dr Joseph Eugène Turcot, une fille.

MARIAGE.

TURCOT-DUFORT.—A St.-Hyacinthe, le 8 juin, par Sa Grandeur Mgr. Moreau, M. le Dr Gaspard H. Turcot, à Mademoiselle Célestine Dufort.