

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for filming. 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 filming, are checked below.

L'Institut a microfilmé 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 filmage 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

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

Blank leaves added during restoration may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from filming/  
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 filmées.

Additional comments:/  
Commentaires supplémentaires:

Coloured pages/  
Pages de couleur

Pages damaged/  
Pages endommagées

Pages restored and/or laminated/  
Pages restaurées et/ou pelliculées

Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées

Pages detached/  
Pages détachées

Showthrough/  
Transparence

Quality of print varies/  
Qualité inégale de l'impression

Continuous pagination/  
Pagination continue

Includes index(es)/  
Comprend un (des) index

Title on header taken from:/  
Le titre de l'en-tête provient:

Title page of issue/  
Page de titre de la livraison

Caption of issue/  
Titre de départ de la livraison

Masthead/  
Générique (périodiques) de la livraison

This item is filmed at the reduction ratio checked below/  
Ce document est filmé au taux de réduction indiqué ci-dessous.

10X	14X	18X	22X	26X	30X
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12X	16X	20X	24X	28X	32X

# L'UNION MÉDICALE

## DU CANADA

---

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS

---

VOLUME XIII



MONTREAL :

CIE. DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHAUME  
30 Rue St-Gabriel

1884

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

Vol. XIII.

MONTREAL, JANVIER, 1884.

No. 1.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DE LA MARINE (Québec)—M. CATELLIER.

#### Fractures de cuisse.

Depuis quelques jours, cinq matelots blessés ont été apportés dans nos salles pour des fractures de cuisse; l'occasion me paraît donc favorable pour étudier avec quelque soin des accidents chirurgicaux si fréquents et si graves. Le premier blessé, apporté le 8 octobre, est un jeune écossais de 17 ans, bien développé et jouissant, en apparence, d'une excellente constitution. Son cas présentant les caractères ordinaires des fractures de cuisse dans le tiers moyen et sans complications, celles que vous rencontrerez le plus souvent dans la pratique, je suis bien aise de commencer par lui.

Ce jeune homme a fait, le 26 septembre dernier, douze jours avant son entrée à l'hôpital, de la vergue de misaine sur le pont, une chute d'à peu près quarante pieds; résultat: fracture de la cuisse droite, et un peu de commotion cérébrale. Il est vrai qu'il n'a pas perdu connaissance, mais il a eu un léger délire les trois premières nuits qui ont suivi l'accident. A propos de commotion cérébrale ou autres lésions à la tête, leur coïncidence, ou moins dans leurs formes graves, avec les fractures des membres, est rarement observée dans cet hôpital, où pourtant ces deux classes d'accidents, isolées, sont bien fréquentes. Il n'y a pas de doute que la même observation a dû être faite ailleurs. La raison doit en être dans le fait que la fracture d'une partie brise suffisamment la chute du corps pour préserver le reste du squelette.

Pour revenir à notre blessé, le capitaine du navire ayant constaté, au craquement profond qu'il percevait en voulant remuer le membre, que

celui-ci était fracturé, se mit en frais d'appliquer les recommandations du *Medical Directory*, petit traité de médecine et de chirurgie d'urgence, à l'usage des marins, que tout vaisseau anglais est tenu d'avoir à son bord. Il commanda donc à un de ses hommes de saisir le pied et la jambe et de faire sur ces parties une traction continue et assez énergique. En même temps lui-même appliquait autour de la cuisse et maintenait, au moyen de bandes de coton à voiles et de cordes de chanvre, trois attelles en bois improvisées par le charpentier. Une quatrième, beaucoup plus longue, était appliquée et maintenue de la même façon sur la face externe du membre et remontait depuis le pied jusqu'à près de l'aisselle, la partie correspondant au tronc étant en outre solidement fixée par une bande de corps. Le blessé portait cet appareil lors de son entrée à l'hôpital.

L'ayant fait mettre sur un de nos lits à fracture, lit composé, comme vous voyez, d'une pailleasse piquée reposant sur un fond de bois et recouverte d'un matelas de crin, avec un seul oreiller, je me mis en devoir d'enlever les attelles provisoires. Je constatai avec plaisir que celles-ci n'avaient pas pénétré dans les chairs, comme je l'ai souvent vu dans des cas analogues, ce qui s'explique par l'inextensibilité presque absolue des bandes de coton à voiles, appliquées trop serrées avant l'apparition du gonflement inflammatoire, et maintenues coûte que coûte par les gens de l'équipage qui ne savent pas mieux. Ce garçon déclare avoir souffert énormément les premiers jours; il a même eu un peu de délire pendant lequel il voulait défaire son appareil; j'avais donc raison de craindre quelques plaies de pression. Heureusement il n'en était rien. La cuisse, parfaitement droite d'ailleurs, paraissait, à simple vue, plus grosse et plus courte, comme ramassée sur elle-même. Ce seul symptôme m'eût absolument suffi pour me faire confirmer le diagnostic du capitaine. Toutefois, pour me renseigner davantage, je procédai à un examen plus complet, et je le fis de la manière suivante que je trouve la moins douloureuse pour les blessés. Déprimant légèrement le matelas, j'insinuai ma main gauche ouverte sous la partie supérieure de la cuisse, en même temps que j'appliquais ma main droite, également ouverte, sur sa face antérieure. Mes deux mains embrassant ainsi le membre, je les promenai lentement, comme en palpant, de haut en bas. Arrivé au milieu du corps du fémur, je constatai comme un épaissement de l'os, et au milieu de cette induration mal limitée, une portion plus franchement résistante et à limites plus nettes en bas. J'étais évidemment au niveau de la fracture, et je pouvais même dire que le fragment supérieur était en avant et un peu en dehors de l'autre. Aussi, sans changer mes mains de leur position, j'essayai de soulever légèrement le membre; mais je remarquai que, pendant que le jarret restait appliqué sur le matelas, je produisais un déplacement angulaire au niveau de la partie soulevée. Il est vrai que ce déplacement était plus obscur que si la fracture eût été récente, mais il était néanmoins suffisamment net pour ne me laisser dans l'esprit aucun doute sur sa nature; c'était bien du *mouvement anormal*, un des signes pathognomoniques des fractures. Je n'avais guère besoin de rechercher la *crépitation*, autre signe physique qui n'eût rien ajouté à ce que m'avaient déjà révélé et le raccourcissement apparent et la mobilité anormale. Au reste, c'est en cherchant ainsi à produire du *mouvement anormal* qu'on détermine le plus souvent la *crépitation*

dans les fractures récentes, et si je ne l'ai pas eue ici, c'est que la fracture avait déjà douze jours de date, et que les fragments, en outre, chevauchaient beaucoup, deux conditions qui devaient s'opposer à sa production. N'allez pas croire toutefois que j'estime la crépitation un signe de peu d'importance, elle en acquiert une grande dans certaines fractures siégeant au voisinage d'une articulation; alors il est parfois difficile de s'assurer que le mouvement que l'on produit est bien anormal et ne se passe pas dans l'articulation voisine. Dans ces cas, un des signes physiques manquant ou étant d'une appréciation difficile, il est naturel qu'on en cherche un autre qui ne laisse aucun doute dans l'esprit. Vous trouverez même des fractures où ces deux signes, le mouvement anormal et la crépitation, manqueront totalement, et où vous n'aurez que la *difformité* pour établir votre diagnostic. Voyez plutôt le malade couché au No 7 de la salle 42. Je n'ai jamais constaté dans son poignet ni crépitation ni mouvement anormal, et pourtant je suis bien certain qu'il a une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et cela, par la difformité caractéristique que j'y remarque. Je me hâte d'ajouter, pour ne pas généraliser outre mesure dans votre esprit cette difficulté d'apprécier le mouvement anormal au voisinage des articulations, que celle-ci n'existe guère dans les fractures de l'extrémité inférieure du fémur; si vous avez des doutes dans ce cas vous n'avez ordinairement qu'à saisir le pied et à le soulever. S'il n'y a pas de fracture, tout le membre se laissera soulever jusqu'à la hanche, tandis que dans le cas d'une fracture, vous pouvez déterminer un angle antérieur entre la jambe et la cuisse. Il est évident que le sommet de cet angle ne peut être qu'une fracture et non pas l'articulation du genou, puisque normalement on ne peut porter son extension aussi loin. On suppose qu'il n'existait pas auparavant un relâchement pathologique de l'articulation. Pareillement vous pouvez produire des mouvements latéraux.

Je vous ai dit tout à l'heure que le membre blessé paraissait, à simple vue, plus court que l'autre, son congénère. Or c'est ce raccourcissement qui préoccupe surtout le chirurgien dans le traitement des fractures du corps du fémur chez l'adulte. Il manque rarement alors, à cause de l'obliquité presque constante de la fracture, et la difficulté pour ne pas dire l'impossibilité de le corriger complètement; les conséquences ultérieures si fâcheuses qu'il peut avoir sur la station debout et la marche, rendent alors ces fractures relativement très graves. Vous savez que l'on accuse presque uniquement de sa production, et surtout de son maintien, la tonicité musculaire, et je n'ai pas l'intention de prendre devant vous la défense de cette propriété si incommode des muscles, mais je ne suis pas certain que la tonicité musculaire n'a pas un complice important dans l'élasticité de la peau. Vous avez vu que dans les amputations elle se rétracte encore plus que les muscles. Il est vrai de dire qu'elle ne le fait pas avec autant de force. D'un autre côté, toute fracture s'accompagne d'un traumatisme plus ou moins étendu des parties molles qui entourent l'os. Ces lésions des parties molles se réparent plus rapidement que celles de l'os. Or ce tissu nouveau a des propriétés rétractiles bien connues et doit aider dans une certaine mesure à entretenir le raccourcissement.

Ce raccourcissement, le chirurgien peut s'en faire une idée grossière à la simple vue, une idée un peu plus juste en rapprochant les deux

membres, les mettant dans la direction du tronc, et en prenant alors le niveau des deux pieds; mais la *mensuration méthodique*, malgré ses causes d'erreurs, lui fournit les données les plus exactes. L'idéal d'une bonne mensuration serait de la faire entre des points parfaitement symétriques des deux côtés, mais sans sortir des limites du fémur, par exemple entre le grand trochanter et la tubérosité externe. Mais la difficulté est justement de prendre des points parfaitement symétriques sur ces parties. Ces surfaces osseuses, trop larges et trop planes, ne font pas assez relief sous la peau. On est forcé de chercher en dehors du fémur des points du squelette plus franchement saillants et limités. Les points ordinairement choisis sont l'épine iliaque antérieure et supérieure et une des malléoles, ou encore l'extrémité inférieure de la rotule. En prenant ces points de comparaison sur notre blessé, à son entrée à l'hôpital, j'ai trouvé que sa cuisse droite était plus courte que l'autre d'à peu près deux pouces et demi. C'est à dessein que je dis *à peu près*, car je reconnais qu'il a pu y avoir du plus ou du moins. N'allez pas croire en effet que cette mensuration donne toujours des résultats mathématiquement vrais. L'épine iliaque, malgré son nom, n'est pas pointue, les malléoles ne le sont pas non plus. Ces saillies osseuses sont plutôt arrondies, et c'est particulièrement le cas chez notre blessé où il est difficile de s'assurer que les points choisis sont bien pris au même niveau des deux côtés. Et puis, la peau glisse facilement sur ces surfaces osseuses, principalement sur la supérieure. En outre le moindre mouvement du tronc ou du membre inférieur fait varier la mensuration. Je développerai quelque peu cette idée dans un instant, quand je ferai la mensuration devant vous, afin de constater ce que nous avons gagné sous le rapport de l'allongement du membre par notre appareil à extension. J'aurai à refaire les bandages qui se sont un peu relâchés; cette mensuration sera plus facile quand il seront enlevés.

Auparavant, je dois vous dire comment on traite ces fractures de cuisse, et ce que je fis en particulier avec notre blessé, pourquoi enfin j'ai choisi l'appareil que vous voyez appliqué ici.

Si la fracture eût été récente j'eusse peut-être tenté de la réduire immédiatement, et de faire maintenir la réduction pendant que j'aurais appliqué un appareil. Mais cette réduction *instantanée*, souvent assez facile au moment de l'accident, devient beaucoup plus difficile les jours suivants, quand le gonflement inflammatoire est survenu; après douze jours, je ne songeai pas à la tenter. Et même, pour vous exprimer toute ma pensée, dans les cas de fractures récentes que l'on a l'intention de traiter par l'extension continue, je mets fort en doute l'opportunité de ces manœuvres d'extension, de contre-extension et de coaptation, les trois manœuvres classiques de la réduction, si elles sont faites avant que l'appareil destiné à maintenir cette réduction soit appliqué sur le membre. Le plus souvent l'appareil lui-même réduit alors la fracture, ou, tout au plus, cette réduction par le chirurgien peut-elle constituer un des temps de son application. Ici, malgré ce qui peut paraître de paradoxal dans ma proposition, *nous ne réduisons plus guère les fractures de cuisse*. Nous abandonnons habituellement ce soin à notre appareil. Il en serait bien autrement si, au lieu d'appareils à extension continue, nous nous servions d'appareils à simple immobilisation, comme par exemple l'appareil plâtré de Sayre.

Alors la réduction préalable, aussi parfaite que possible, serait de rigueur. Ces appareils, en effet, ne font pas l'office d'agents réducteurs; ils sont même presque toujours impuissants à maintenir celle qui a été opérée par le chirurgien. Aussi ont-ils été assez généralement mis de côté, au moins en Angleterre et aux États-Unis. Tout au plus s'en sert-on encore à titre de pansement temporaire, pour faciliter le transport des blessés. Avec ces appareils à extension continue, on combat par une traction constante sur le membre la rétraction des muscles de la cuisse, et cela jusqu'à ce que l'union entre les deux fragments soit assez ferme pour lui résister.

L'appareil que vous voyez sur ce blessé est celui que nous employons habituellement dans cet hôpital. Il a été popularisé surtout par les chirurgiens américains. L'extension est faite par des poids au pied du lit, la contre-extension par le corps du blessé lui-même et l'immobilisation par une longue attelle externe. Il a détrôné ici la longue attelle de Liston, qui y avait eu un long règne, bien mérité d'ailleurs, puisqu'elle nous avait enfin débarrassés complètement des plans double-inclinés. On employait ces derniers dans les fractures du fémur siégeant dans le tiers supérieur, précisément celles où, en raison probablement de l'insertion d'un plus grand nombre de muscles au fragment inférieur, la tendance au raccourcissement et à la déformation angulaire externe est la plus marquée. Ces plans double-inclinés, malgré les modifications qu'on leur avait fait subir, restaient toujours avec trois défauts capitaux: 1<sup>o</sup> ils n'immobilisaient pas suffisamment le fragment inférieur; 2<sup>o</sup> ils ne s'opposaient guère au raccourcissement; 3<sup>o</sup> ils ne s'opposaient pas du tout à la difformité angulaire externe. Aussi la substitution de la longue attelle de Liston, (avec extension et contre-extension dans le périnée), au plan double-incliné, dans toutes les fractures du fémur, celles du tiers supérieur comme les autres, constituait déjà, à mon jugement, un grand progrès. Avec elle on combattait efficacement la difformité angulaire, on luttait sérieusement contre le raccourcissement, et enfin, ce qui n'est pas moins important, les fragments étaient parfaitement immobiles l'un sur l'autre. Elle avait pourtant ses inconvénients, et certes, sans eux, elle n'eût jamais été remplacée par la méthode actuelle qui est un peu plus compliquée. L'objection qu'on lui faisait surtout, c'est que la pression sur le périnée était souvent trop douloureuse pour pouvoir être appliquée dans les limites nécessaires à l'extension. Cette pression causait aussi quelquefois des ulcérations. La fréquence de ces ulcérations a peut-être été un peu exagérée; notre expérience, au moins ici, ne la confirme guère. Un inconvénient plus grave, à mon sens, c'est que dans la pratique l'extension était loin d'être vraiment continue. Le malade défaisait souvent secrètement le nœud du lien contre-extenseur pour soulager la douleur, et puis ce lien lui-même, jouissant toujours d'une certaine extensibilité, se relâchait assez rapidement. D'un autre côté, les bandelettes adhésives qui servaient à l'extension, glissaient toujours un peu sur la jambe. En somme il eût fallu, pour que l'extension fut permanente et toujours la même, une surveillance de tous les instants. Or une pareille surveillance, à peine possible dans les hôpitaux, est tout à fait hors de question dans la pratique civile. Avec notre appareil actuel il n'y a plus de douleurs ni d'ulcérations dans le périnée, puisque c'est le poids du corps qui fait la contre-extension. L'extension est

vraiment continue, même si les bandelettes adhésives glissent un peu sur la jambe, ou si le malade descend un peu dans son lit. Tant que les poids ne touchent pas le plancher, ou que le pied du blessé ne vient pas s'appuyer sur la planchette qui porte la poulie, la traction sur le membre est toujours la même. Or les muscles, qui résistent assez bien aux tractions plus ou moins interrompues, se fatiguent vite de cette extension sans relâche.

Pour faire cet appareil il faut préparer à l'avance et avoir sous la main les objets suivants : 1<sup>o</sup> une petite poulie (un fuseau ordinaire peut la remplacer) fixée à une planchette dont la longueur doit excéder la hauteur du lit; 2<sup>o</sup> des poids pouvant former 20 à 25 livres, et une corde d'une verge et demie de long pour les suspendre; 3<sup>o</sup> une bandelette adhésive d'une verge et quart de long sur trois pouces de large—deux ou trois bandelettes également adhésives mais plus courtes et plus étroites, disons un pied de long sur un pouce de large; 4<sup>o</sup> une attelle en bois de deux pouces et demi à trois pouces de large sur un demi pouce d'épaisseur et suffisamment longue pour aller du pied jusque près de l'aisselle du blessé; une des longues attelles de Liston convient parfaitement; 5<sup>o</sup> trois bandes de flanelle roulées de six à sept verges et de la largeur ordinaire de trois pouces; 6<sup>o</sup> enfin deux petits blocs de trois pouces d'épaisseur, ou encore un bout de madrier de la même épaisseur, pour soulever le pied du lit.

Tous ces objets étant préparés, et votre blessé étant couché sur le lit, vous commencez par fixer sur le plancher au pied du lit, mais à une petite distance de ce dernier, la planchette qui supporte la poulie. Beaucoup de latitude est naturellement laissée, dans ce premier détail, à l'ingénuité du chirurgien ou à l'exigence du moment. La poulie sera, dans tous les cas, fixée à un niveau légèrement plus élevé que le pied du blessé, de manière à soulager un peu la pression sur le talon. Vous passez de suite la corde sur la poulie, et vous soulevez le pied du lit au moyen des deux blocs ou du bout de madrier. Une inclinaison de trois pouces suffit ordinairement pour empêcher le corps du blessé d'être entraîné par le poids extenseur. Si elle ne suffisait pas il vous serait loisible de l'augmenter les jours suivants en ajoutant de nouveaux blocs, ayant soin toutefois d'élever proportionnellement la poulie dans la mortaise de la planche. Vous collez alors votre longue bandelette adhésive sur les cotés interne et externe de la jambe, depuis le genou jusqu'aux malléoles, laissant au-dessous d'elles une anse libre assez longue pour déborder en bas la plante du pied de quatre à cinq pouces. Pardessus cette bandelette longitudinale vous appliquez circulairement ou en spirale, à différentes hauteurs, les bandelettes étroites. Enfin, pour faire adhérer davantage toutes ces bandelettes, et les empêcher de se décoller sous l'effort de la traction qu'elles auront à supporter, vous appliquez pardessus, avec une certaine pression, une de vos bandes de flanelle. Vous êtes maintenant prêts à faire la réduction, prêts aussi à la maintenir une fois faite. Pour cela vous attachez 10 à 15 livres de poids à la corde et celle-ci à l'anse de la bandelette adhésive au-dessous du pied. La traction qui s'en suit redresse le membre et l'allonge dans les cas récents. Vous pouvez vous-même aider la réduction en tirant ou faisant tirer sur le pied et en le ramenant dans une bonne position, s'il se trouve dans l'éversion ou l'inversion. Il ne vous reste plus qu'à placer votre longue attelle. Vous la



maintenez par un bandage spirale sur la jambe et la cuisse, et par une ou deux bandes de corps au niveau du tronc. En vous servant d'une longue attelle ordinaire avec double ouverture en haut et double échancrure en bas, et en la faisant dépasser le pied de quelques pouces, vous pouvez très facilement, si l'occasion s'en présente, transformer votre appareil à poids en appareil ordinaire de Liston, vous n'avez qu'à mettre dans le périnée, pour la contre-extension, le plein d'un mouchoir rembourré dont vous nouez les deux extrémités après les avoir passées dans les ouvertures de l'attelle, et à fixer en bas, à la dent qui sépare les deux échancrures, la corde destinée à supporter les poids. Nous ne mettons pas habituellement ici autour de la cuisse les courtes attelles ordinairement recommandées dans la méthode. Il n'y aurait certainement pas de mal à le faire, surtout pour l'attelle postérieure, qu'on choisit alors assez longue pour s'étendre de la partie supérieure de la cuisse jusqu'en bas du mollet. Nul doute qu'elle n'aide à supporter les fragments. L'immobilité toutefois est parfaitement maintenue par la longue attelle seule, pourvu que les bandages sur le membre soient appliqués un peu serrés. Cette compression uniforme et un peu élastique des bandes de flanelle s'oppose de plus dans une certaine mesure à la contraction musculaire. Mais comme il y aurait quelque danger, dans les cas récents, à appliquer ces bandages un peu trop serrés avant l'apparition du gonflement inflammatoire, la pratique a prévalu de refaire l'appareil plus solidement après la disparition du gonflement, c'est-à-dire vers la fin de la première semaine. La règle d'ailleurs est de refaire les bandages toutes les fois qu'ils se sont relâchés. Dans ces manipulations du membre blessé, avec un peu de précaution et d'habileté, vous ne dérangerez pas les fragments et ne causerez pas de douleur. Ayez soin de ne pas enlever l'extension pendant que vous les faites; exagérez-la même, soit en ajoutant quelques livres à votre poids, au pied du lit, soit ce qui vaut encore mieux, en transformant temporairement votre appareil à poids en appareil de Liston, de la manière que je vous ai indiquée il y a un instant. Vous faites alors une extension énergique, mais qui sera supportée assez longtemps pour vous permettre de réappliquer les bandages. Je puis vous déclarer que je ne connais pas de meilleur moyen que cette extension quelque peu exagérée, pour manipuler les membres fracturés, sans douleur pour le blessé et sans déplacement pour les fragments.

J'enlève donc ici les bandages qui retiennent la longue attelle. Maintenant que la surface du membre est exposée vous pouvez mieux juger de l'état de la fracture. En palpant la cuisse à son niveau, vous percevrez facilement comme un épaississement général de l'os, mais vous ne sentez de saillie indue ni d'un côté ni de l'autre; c'est à peine s'il vous est encore possible de reconnaître que le fragment supérieur est légèrement en avant de l'autre. Si je fais des pressions alternatives en avant et en arrière, je ne détermine aucun déplacement, comme si l'union était déjà solide. Il ne faut pas oublier que les réparations osseuses sont rapides dans la jeunesse et que l'accident ici remonte à vingt deux jours. Toutefois cette solidité n'est qu'apparente et ne résisterait pas longtemps à l'action musculaire si le membre était laissé libre.

Voyons maintenant ce que nous avons gagné au point de vue de l'allongement. Vous savez que le raccourcissement était de deux pouces

et demi, il y a dix jours, quand le blessé a été apporté à l'hôpital. En appliquant l'appareil, j'ai fait une extension assez énergique avec mes mains au moment où j'ai attaché les poids. Cette extension est restée sans résultat apparent, et je m'y attendais; les muscles, laissés à eux-mêmes depuis douze jours, s'étaient rétractés considérablement, et je ne pouvais espérer leur rendre en un instant leur longueur première. La réduction, que j'appelle instantanée, étant donc considérée impraticable, j'abandonnai à l'appareil le soin d'en faire une *graduelle*. Je mis un poids de dix livres ce jour là, poids évidemment trop léger pour un adulte, mais le sujet était jeune. Le lendemain le résultat obtenu durant les premières 24 heures n'étant pas satisfaisant, ce poids fut du coup porté à dix-huit livres et put être toléré. La rétraction musculaire commença à céder et le membre acquit bientôt la longueur qu'il a aujourd'hui. Cette longueur peut vous paraître exagérée si vous examinez le niveau des deux pieds; en effet le pied droit dépasse considérablement l'autre; mais rassurez-vous, cette longueur n'est qu'apparente et est due à l'abaissement du bassin à droite. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur la région pour voir que l'épine iliaque antérieure et supérieure est beaucoup plus basse de ce côté. Cet abaissement du bassin du côté du membre fracturé, dû surtout à l'extension, est beaucoup plus marqué avec notre appareil actuel qu'il ne l'était avec la longue attelle de Desault alors que la contre-extension sur le périmètre s'y opposait dans une grande mesure. Maintenant que le malade est bien droit dans son lit, les membres inférieurs sont bien parallèles et continuent bien la direction générale du tronc; je mesure donc avec ce galon gradué l'espace qui sépare l'épine iliaque de la malléole interne. Je trouve pour le côté blessé un raccourcissement de trois quarts de pouce. J'avais donc raison de dire que la longueur n'était qu'apparente, puisque la mensuration, moyen plus délicat de l'apprécier, nous donne un raccourcissement. Mais je tiens à ajouter que ce raccourcissement, indiqué par la mensuration comme je viens de la prendre, et c'est la manière dont la plupart des chirurgiens la pratiquent, est lui-même exagéré. C'est encore l'abaissement du bassin qui va nous en donner l'explication. Je fais un moment appel à vos connaissances en ostéologie. Vous n'avez d'ailleurs qu'à jeter un coup d'œil sur le squelette articulé qui se trouve dans la salle de nos conférences pour vous convaincre de la vérité de la proposition que je vais développer. Si vous imaginez deux lignes qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de la malléole interne, se rencontrent au centre de la cavité coxyloïde, ces deux lignes formeront un angle ouvert en dehors. Si maintenant vous en supposez une troisième réunissant l'extrémité libre des deux premières, c'est-à-dire, réunissant l'épine à la malléole—c'est justement la ligne que je viens de mesurer, —il est évident que cette ligne sera plus longue quand l'angle entre les deux premières sera plus ouvert, et qu'elle sera plus courte quand l'angle sera plus fermé. L'abaissement latéral du bassin à droite tend évidemment à fermer cet angle et à raccourcir proportionnellement la distance de l'épine à la malléole. Son élévation à gauche, au contraire, ouvre l'angle et allonge la même ligne de l'autre côté. Pour conserver le même angle et ne pas rendre illusoire les données de la mensuration, il faudrait, quand un des côtés du bassin est abaissé, porter le membre correspondant dans une adduction proportionnée; au con-

traïro, lorsque le bassin est élevé, il faudrait porter le membre dans l'abduction. Or ici, en mesurant dans le parallélisme les deux membres inférieurs quand le bassin est si évidemment abaissé d'un côté et élevé de l'autre, je n'ai pas tenu compte d'une cause d'erreur très appréciable. Je recommence donc la mensuration en tâchant cette fois-ci d'appliquer les principes que je viens de poser. Comme le membre droit est fixé par l'appareil, je le mesure tel quo je le trouve, sans chercher à corriger par l'adduction du membre l'abaissement du bassin. Du côté gauche j'ai plus de liberté. Et comme de ce côté le bassin est élevé, je porte le membre dans une abduction suffisante pour avoir entre lui et la ligne *ilio-cotyloïdienne* un angle présentant la même ouverture qu'à droite. C'est là une affaire de coup d'œil, et vous concevez qu'on puisse errer légèrement on plus ou en moins. En mesurant dans cette nouvelle position je trouve que le raccourcissement du membre est moindre qu'un demi-pouce. C'est à peu près celui qu'il gardera, car je ne compte guère gagner davantage sous ce rapport. L'expérience a prouvé surabondamment, en effet, combien il est difficile d'obtenir une guérison de fracture de cuisse *sans raccourcissement*, quand la fracture est oblique, et malheureusement c'est presque toujours le cas chez l'adulte. Moi qui ne me rappelle pas avoir jamais constaté un pareil résultat sur les quelques centaines de fractures de cuisse que j'ai eu l'occasion d'observer, je me prends quelquefois à douter un peu de sa possibilité. Mais nous pouvons espérer maintenir la longueur actuelle; car notre blessé tolère remarquablement bien l'extension énergique que nous faisons, et le cal semble se durcir rapidement. C'est à tel point que si rien de fâcheux ne survient, nous pourrions diminuer un peu le poids extenseur dans dix ou quinze jours, et enlever complètement l'appareil dans le cours de la sixième semaine. Pour un individu plus avancé en âge il ne faudrait pas y songer avant la septième semaine.

Je ne saurais assez vous mettre en garde contre le danger d'enlever trop tôt l'appareil dans les fractures de cuisse. L'union paraît solide longtemps avant que la prudence ne nous permette de laisser le membre libre. Qu'arriverait-il ici, par exemple, si, trompés par l'apparence de solidité du cal que nous venons de remarquer, nous enlevions aujourd'hui l'appareil? En toute probabilité, d'ici à quelques jours, nous verrions se développer du gonflement de la cuisse avec un peu de douleur au niveau de la fracture; en même temps le membre, de plus en plus *impuissant*, prendrait graduellement une *courbure* à convexité antero-externe, et le raccourcissement se reproduirait en tout ou en partie. Je vous donne ces signes parce que je les ai souvent notés. Quand on les voit survenir après l'enlèvement de l'appareil, il y a indication urgente de réappliquer ce dernier, même s'il n'a pas été enlevé avant le temps ordinaire. C'est que le cal, encore trop cartilagineux, n'était pas suffisamment ferme pour résister à l'action musculaire. Dans tous les cas, une fois l'appareil enlevé, gardez votre malade au lit une couple de semaines, tout en l'engageant à faire avec son membre blessé des mouvements de plus en plus étendus; quand à la fin il se lèvera, il devra se servir de béquilles pendant assez longtemps.

Une certaine roideur au genou, habituelle après cette immobilité prolongée de l'articulation, persiste plus ou moins de temps, mais se

dissipe habituellement à la longue, parfois assez rapidement. Les cas les plus rebelles, sous ce rapport, qu'il m'ait été donné d'observer, ont presque toujours été chez des individus dont la fracture avait été tout d'abord insuffisamment traitée, c'est-à-dire, où l'appareil avait été enlevé trop tôt. L'impuissance du membre, remarquable dans ces cas, ne permet pas aux blessés de profiter de leur temps de liberté pour faire faire des mouvements à leur genou. Plus tard la consolidation imparfaite du cal étant reconnue à la courbure que prend la cuisse, l'appareil est réappliqué, de sorte que, en définitive l'immobilité de l'articulation dure trois mois au lieu de 6, 7 ou 8 semaines au plus.

Si notre blessé guérit avec le raccourcissement léger qu'il a aujourd'hui, il ne boitera pas; l'abaissement du bassin à droite compensera l'inégalité de longueur des deux membres. La claudication ne serait permanente que si le raccourcissement dépassait un pouce, et encore dans ce cas le sujet pourrait y remédier en portant des bottines à talons inégaux.

21 Novembre.—Le malade laisse l'hôpital un peu plus tôt que nous ne l'aurions désiré, pour s'embarquer comme passager sur le dernier steamer en partance pour l'Ecosse, son pays. L'appareil avait été enlevé dix jours auparavant, et le malade se levait avec des béquilles depuis quelques jours. La mensuration méthodique, prise la veille de son départ, donnait un demi pouce de raccourcissement. La raideur du genou disparaissait rapidement.

---

## CLINIQUE MÉDICALE.

---

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

---

### De la fièvre typhoïde; diagnostic et traitement.

---

Nous avons, dans notre dernière leçon, étudié la fièvre typhoïde au double point de vue étiologique et pathogénique. Aujourd'hui, nous allons passer en revue les principaux symptômes de cette maladie, je veux dire ceux qui, étant les plus saillants, peuvent le plus facilement nous mettre sur la voie du diagnostic. Il va sans dire que nous ne pouvons pas, dans une seule leçon, parler de tout ce qui se rapporte à la fièvre typhoïde, même au seul point de vue de la symptomatologie. Les traités de pathologie interne que vous avez entre les mains vous en donnent d'ailleurs des descriptions suffisamment détaillées. Ici nous devons examiner la question dans son aspect purement clinique, et conséquemment borner nos remarques aux signes et symptômes les plus importants et les mieux caractérisés. Ces symptômes nous sont fournis par la température, la circulation, les systèmes nerveux, digestif, cutané, etc.

Les auteurs divisent généralement la fièvre typhoïde en plusieurs stades ou périodes que l'on peut réduire à trois bien distinctes, chaque période durant sept jours, en moyenne, ce qui donne une résultante de trois ou quatre semaines de durée pour la maladie. La première période est dite *d'augment* ou de progrès; la deuxième, qui est de beaucoup la plus importante, a reçu le nom de période stationnaire ou

d'état; la troisième enfin s'appelle période de déclin. Mais n'oubliez pas que chaque période peut dépasser de beaucoup les sept jours, ou quelquefois être abrégée d'une manière assez remarquable.

Quand commence la fièvre typhoïde? Avec la période dite d'incubation? Non pas, parce que durant l'incubation la fièvre est nulle, mais bien au moment où la fièvre s'annonce, ou quand le malade prend le lit, ou encore, au moment où éclate le frisson initial, frisson assez peu marqué en général et qui se présente la plupart du temps sous forme de *chair de poule*. Il n'est donc pas toujours facile de remonter, dans tous les cas, au début de la maladie, parce que le patient prend le lit plus ou moins tôt, suivant l'intensité du cas, ou bien le *frisson* peut manquer ou passer inaperçu, de sorte, qu'au début, on manque souvent l'occasion d'apprécier la marche de la température.

Dans la fièvre typhoïde, la température possède une allure spéciale, unique, je dirai même pathognomonique, tandis que dans les fièvres à *frigore*, les inflammations aiguës, la scarlatine, la variole, la rougeole, le pyémie, l'érysipèle, les fièvres tremblantes etc., la température s'élève souvent à son maximum dès le début; dans la fièvre typhoïde, au contraire, la température a habituellement une marche *ascendante*, puis *stationnaire* et *descendante*. Durant la période d'augment, elle s'élève graduellement jusqu'à 103° Fahr., 104° et même davantage parfois, 103° étant la moyenne pour les cas ordinaires; dans cette marche ascendante de la température, celle-ci est non seulement toujours plus élevée le soir qu'elle ne l'est le matin, ce qui a lieu, du reste, à toutes les périodes de la maladie, mais elle est aussi plus élevée le matin qu'elle ne l'était le matin suivant; elle varie d'un  $\frac{1}{2}$  degré à 1 $\frac{1}{2}$  degré entre le matin et soir. Dans la période d'état, ou continue, la température reste élevée et stationnaire, présentant un chiffre très voisin du maximum atteint à la fin du stade de progrès, avec une rémission plus ou moins faible le matin, mais plus la rémission est légère plus le pronostic est grave. Il ne faut donc pas toujours interpréter le mot continue dans son sens le plus strict, puisqu'il y a toujours rémission matinale. Du reste il n'y a aucune maladie dans le domaine de la pathologie qui mérite d'être appelée *continue* dans le sens strict du mot (Wilson). A la période de défervescence, la température s'abaisse en général et d'une manière plus ou moins rémittente, mais les rémissions matinales sont *accentuées*. C'est vers midi, que la température commence à s'élever, elle atteint son maximum entre 7 et 11 h. p.m. A minuit ou à peu près, elle commence à s'abaisser pour atteindre son minimum vers 6 ou 8 h. a. m. C'est donc vers 8 h. le matin et 9 h. le soir qu'il convient de prendre la température du malade. (Wilson).

Bien des causes intercurrentes peuvent, à un moment donné, contribuer à élever le degré de la température au cours d'une fièvre typhoïde; ainsi une visite inattendue, une émotion morale un peu vive, un changement de lit, de diète, peuvent amener ce résultat, mais pour un temps seulement, le thermomètre indiquant un retour à la température habituelle aussitôt que la cause a cessé d'agir.

Une élévation subite et considérable de la température indique une complication inflammatoire; par contre, un abaissement subit et considérable, durant le progrès de la maladie, indique une hémorrhagie intestinale; cependant à toutes ces règles il y a des exceptions.

Toute température dont le chiffre dépasse beaucoup 103° Fahr., le soir, (et à plus forte raison le matin) et cela d'une manière soutenue, pendant plusieurs jours, doit donner des inquiétudes sur l'issue de la maladie. Le fait est qu'une température persistant à un degré élevé avec rémissions bien légères est en général plus défavorable qu'une température très élevée le soir mais avec rémissions bien marquées le matin. On peut dire qu'ordinairement la température est d'autant plus élevée que les lésions sont plus étendues, mais n'oubliez pas encore ici les exceptions, puisqu'il se rencontre des cas de fièvres typhoïdes dites légères dans lesquelles la fièvre est quelquefois nulle et cependant ces fébricitants sont parfois victimes d'une hémorrhagie intestinale, perforation intestinale etc., preuve qu'il existait antérieurement une lésion assez avancée. Quand la température est revenue au chiffre normal le matin, on peut croire à la convalescence du malade.

Chez le convalescent la température est inférieure à la normale.

Règle générale, le pouls se comporte comme la température dont il suit les oscillations, c'est-à-dire qu'il s'élève durant la première période, se maintient élevé durant la seconde et diminue dans la dernière période, même au-dessous de la normale. Il est toujours moins fréquent le matin que le soir. Durant les huit ou dix premiers jours, il est un peu plus rapide qu'à l'état normal, assez fort et plein. Ce n'est qu'à la seconde période qu'il devient mou, faible, dépressible, irrégulier et même dicrote (*bis feriens*); ces derniers caractères sont d'autant plus marqués que le cas est plus grave. L'élévation du pouls est moindre que dans la plupart des autres maladies fébriles. Il arrive par exception que le pouls reste normal malgré une température bien élevée. Le dicrotisme et l'irrégularité du pouls sont en général des symptômes défavorables. Il en est de même de sa trop grande accélération; un pouls se maintenant à 120 pendant plusieurs jours doit toujours donner de sérieuses inquiétudes. Tant que le cœur conserve sa vigueur, le pouls ne dépasse pas 100 et 110, mais dès qu'il perd de sa force, il s'accélère, et dans les cas extrêmes il devient moins fréquent. La plupart des fébricitants, qui meurent sans complication, sont emportés par une paralysie du cœur. (Dieulafoy).

Parmi les signes fournis par le système circulatoire, il ne faut pas oublier le saignement de nez. L'épistaxis se montre assez souvent au début de la maladie, comme à n'importe quelle période; il est parfois assez abondant pour exiger le tamponnement des fosses nasales. Parfois il n'est constitué que par quelques gouttes de sang et c'est ce qui explique pourquoi il peut passer inaperçu. Il est important de noter que l'épistaxis abondant peut entraîner un abaissement de la température, mais cet abaissement ne modifie pas les autres symptômes généraux.

Les symptômes observés du côté du système nerveux ne sont pas moins accentués que ceux appartenant aux autres systèmes. Au début de la maladie, le sujet accuse une céphalalgie qui est peu intense en général, et siège la plupart du temps dans les régions frontale, occipitale, parfois dans toute la région céphalique. Elle se fait sentir davantage le soir, c'est-à-dire au moment où le pouls et la température atteignent un chiffre plus élevé. La douleur de tête se maintient ordinairement durant toute la première période, et cesse vers le dixième jour.

A part la céphalalgie, le malade se plaint aussi d'insomnie, laquelle

commence souvent dès les premiers jours et persiste parfois jusqu'à la convalescence. S'il n'y a pas insomnie complète, le sommeil, peu réparateur du reste, est fréquemment troublé par des rêves pénibles.

Très souvent les patients se plaignent, surtout au début, de douleurs siégeant dans le cou, le tronc et les membres, de courbature etc. Ces douleurs durent peu en général; elles disparaissent durant le cours de la deuxième période.

Le délire est habituel dans la fièvre typhoïde, et se déclare le plus souvent durant la deuxième période, après la céphalalgie; il est habituellement plus marqué la nuit, comme la céphalalgie et la plupart des autres symptômes importants de la fièvre typhoïde. Le délire peut faire défaut dans tout le cours de la maladie, mais, après la guérison, règle générale, le patient se rappelle à peine ce qui s'est passé durant sa maladie. Ce délire est ordinairement calme et tranquille, exceptionnellement agité et furieux, ce qui arrive surtout chez les alcooliques et les sujets à tempérament nerveux.

Les bourdonnements, *les bruits de cloches dans les oreilles* constituent avec le vertige deux symptômes qui manquent rarement. On les remarque dès la première période, et plus souvent encore à la deuxième. La surdité est habituelle et généralement des deux côtés, parfois d'un seul côté; autrefois on considérait la surdité des deux côtés comme un signe favorable, mais cette manière de voir n'est plus admise aujourd'hui. On observe aussi du tremblement de la langue, des lèvres et des mains. Parfois il y a paralysie de la vessie et rétention d'urine consécutive. Si la maladie s'aggrave on peut rencontrer la paralysie des sphincters vésical et anal.

La carphologie apparaît généralement aussi dans la deuxième période, et parmi les symptômes nerveux de mauvais augure elle occupe le premier rang.

Le système digestif nous fournit des signes très précieux pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. Disons tout d'abord que l'appétit, à partir de la deuxième période, est généralement nul, mais la soif perd de son intensité avec les progrès de la maladie. Les nausées et vomissements sont assez rares chez l'adulte, plus fréquents chez l'enfant. Au début la langue est blanchâtre, large, collante au doigt. Avec les progrès de la maladie (deuxième période), elle se recouvre d'un enduit grisâtre ou jaunâtre, parfois noirâtre, composé de mucus desséché, de débris épithéliaux et de sang. A cette époque la langue devient étroite, effilée, sèche, comme si elle était *rôtie*, suivant l'expression de Dieulafoy. De même, les lèvres se dessèchent et se couvrent de fuliginosités; on retrouve aussi ces enduits divers, sordes etc., sur les autres muqueuses.

Ici, j'insiste sur la manière particulière dont le typhique sort sa langue hors de la bouche. Il le fait très lentement, comme à regret et en hésitant, et une fois que l'organe est tout à fait hors de la cavité buccale, le malade l'y laisse, comme s'il oubliait de la rentrer; la langue est tremblotante, comme je vous l'ai déjà dit. Je rappellerai en passant que plusieurs d'entre vous ont déjà pu, par ce seul caractère particulier de la langue, porter un diagnostic probable de la maladie qui nous occupe.

La fièvre typhoïde s'accompagne le plus souvent de diarrhée. Cette diarrhée persiste, en général, du commencement à la fin de la maladie.

En certains cas, il y a, au contraire, constipation, et cela depuis le début jusqu'à la convalescence. En même temps que la diarrhée, on observe deux signes auxquels on a accordé naguère une importance un peu exagérée : je veux parler du gargouillement et de la douleur à la fosse iliaque droite. Le gargouillement, perçu en palpant un peu profondément la fosse iliaque droite, n'est pas, comme on l'a cru, particulier à la fièvre typhoïde. On le rencontre chaque fois qu'il y a diarrhée ou purgation. La douleur siégeant au même endroit est, en général, peu marquée, souvent presque nulle. La plupart du temps le malade n'en parlerait pas et ne la percevrait même pas si on n'exerçait une pression au niveau de la région. Le fait que la douleur est peu prononcée s'expliquerait parce que le petit intestin est pauvre en nerfs sensitifs.

A la percussion, on constate de la tympanite sur toute la région abdominale. Le météorisme est d'autant plus prononcé que la paralysie intestinale dont il est le symptôme est plus considérable.

Il est un organe abdominal qui ne laisse pas que de nous donner un utile renseignement. Je veux parler de la rate, qui dans la fièvre typhoïde augmente de dimensions, s'hypertrophie, jusqu'à atteindre un volume trois ou quatre fois plus considérable qu'à l'état normal. L'hypertrophie de cet organe commence à bonne heure, progresse durant la seconde période et s'efface graduellement dans la dernière période. C'est au dessous de 30 ans, en général, que cette hypertrophie est la plus accentuée, et c'est plutôt dans le sens horizontal que dans le sens vertical que se fait la progression de la rate.

La peau nous fournit ici un signe diagnostique d'une grande valeur : c'est l'éruption de taches rosées lenticulaires. Cette éruption a lieu dans la grande majorité des cas. Les taches sont appréciables au toucher, d'un rose plus ou moins vif et rarement confluentes ; elles font leur apparition vers le deuxième septenaire, principalement sur la poitrine et l'abdomen, plus rarement dans le dos, presque jamais sur la face ; elles disparaissent à une forte pression. Elles font irruption par poussées successives de cinq à dix ou douze et davantage à la fois ; chaque récolte dure trois à quatre jours et est remplacée par une autre. L'éruption dure de deux à trois semaines.

Durant la période de convalescence, les taches ne se montrent plus, mais on peut les retrouver dans les cas de rechûtes de la maladie. Il n'y a pas de relation entre la gravité de la maladie et le plus ou moins de confluence des taches. Elles sont plus distinctes sur une peau blanche que sur une peau brune. Ces taches peuvent exister, mais bien exceptionnellement, dans d'autres maladies v. g., la tuberculose aiguë, la méningite tuberculeuse. Elles ont généralement de deux à trois lignes de diamètre.

Ces taches rosées ne doivent pas être confondues avec les pétéchies, le purpura (rare), car dans ce dernier cas la pression du doigt ne les fait pas disparaître.

Il y a encore les sudamina, mais ils n'ont pas de caractère important, vu qu'on les rencontre dans la plupart des affections fébriles.

Je viens de vous donner un aperçu des principaux et plus saillants symptômes de la fièvre typhoïde commune, c'est-à-dire lorsque celle-ci suit sa marche ordinaire, chez l'adulte. Chez l'enfant et le vieillard, nous rencontrons des variantes.



Ainsi, chez l'enfant, il y a plus de nausées et de vomissements, mais moins de troubles intestinaux, moins de météorisme et moins de diarrhée. Quoiqu'il y ait peu de délire, les convulsions sont plus communes chez eux; les taches rosées s'y montrent plus rarement, et la langue reste plus ou moins humide jusqu'à la fin.

Chez le vieillard, il y a moins de fièvre, moins de taches, peu de délire. Par contre on constate une plus grande tendance à la prostration générale et à l'adynamie. Chez eux, la rate s'hypertrophie peu, tandis que chez l'enfant l'hypertrophie est bien marquée.

Du côté de l'appareil respiratoire, il est important de noter que la toux est légère, peu fréquente; cependant, à l'auscultation, on trouve de nombreux râles sonores et muqueux. La fréquence de la respiration est en proportion de l'élévation de la température. Une respiration bruyante et irrégulière appartient ordinairement aux cas très graves.

Les urines sont généralement peu abondantes, foncées et contiennent souvent, vers la 2<sup>e</sup> semaine, de l'albumine qui disparaît dans le cours de la 3<sup>e</sup> semaine. On a dit que cette albuminurie pouvait passer à l'état chronique et devenir le point de départ du mal de Bright. Il est évident que les urines contiennent d'autant moins d'urée que l'état typhoïde est plus avancé, et Flint est d'opinion que les convulsions qui se présentent exceptionnellement chez l'adulte dans le cours de la fièvre typhoïde sont des convulsions dites urémiques.

On a décrit plusieurs variétés, formes, etc., de fièvre typhoïde; la plupart ont la même tendance à marcher vers la forme adynamique ou ataxo-adynamique. On a décrit une forme *lente* ou légère, une forme muqueuse ou *walking typhoid*, durant laquelle le malade ne prend pas le lit, mais continue à marcher et à vaquer un peu à ses occupations, et c'est principalement dans ces variétés que la fièvre est plus ou moins nulle et c'est, par conséquent, dans ces différentes formes que la marche typique de la température peut faire défaut. Encore une fois, quelque mitigées que soient ces formes, elles n'en appartiennent pas moins à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire à une maladie qui tend d'elle-même à l'adynamie et à l'ataxie. Vous devez donc toujours être sur vos gardes quand il s'agit de porter un pronostic. Quelque léger que le cas vous paraisse, ne vous hâtez pas, surtout quand il s'agit d'un sujet un peu âgé, d'émettre un pronostic favorable. Souvent, alors, la mort arrive rapidement, soit par hémorrhagie, soit par perforation intestinale. J'ai eu occasion d'observer des cas très bénins en apparence et chez lesquels la maladie semblait suivre une marche des plus rassurantes, et où cependant est survenue de l'hémorrhagie intestinale suivie de mort rapide.

Il est une forme particulière de fièvre typhoïde, à laquelle quelques auteurs français ont donné le nom d'*abortive*. Dans cette forme, la maladie, après s'être affirmée brusquement par les symptômes ordinaires, s'arrête *tout-à-coup* entre le 7<sup>me</sup> ou le 14<sup>me</sup> jour, comme pour rebrousser chemin, et disparaît sans plus de façon. Cette chute de la fièvre coïncide habituellement avec des sueurs abondantes. (Jaccoud) On observe, paraît-il, assez souvent cette forme en France; ici, nous ne devons la rencontrer que très rarement. Wilson la déclare également bien rare aux États-Unis. Cette variété de fièvre typhoïde peut être confondue avec la fièvre à *frigore*.

La plupart des cas que l'on range sous le nom de fièvre continue

simple ne sont que des cas de fièvre typhoïde à forme légère. Les anciens avaient bien raison d'établir que toute fièvre dépassant huit jours doit, en l'absence de toute lésion inflammatoire, être rattachée à l'affection typhoïde.

La chute des cheveux se montre entre la septième et la douzième semaine à dater de la convalescence. C'est un symptôme éloigné qui manque assez rarement.

Le traitement de la fièvre typhoïde a donné et donne encore lieu à bien des discussions dans le monde savant. Mais ce qui paraît bien probable, c'est qu'aucun traitement n'a pu faire avorter la fièvre typhoïde. Les uns recommandent la quinine à hautes doses (doses antipyrétiques), les autres préfèrent la donner à doses fractionnées (doses toniques). Ici ce sont les bains froids que l'on préconise pour combattre l'hyperthermie; là ce sont les stimulants. Certains auteurs vantent le traitement antizymotique par l'acide phénique, etc; d'autres préfèrent les salicylates.

Nous n'avons pas à entrer dans les détails ici, ni à discuter la valeur relative de ces différentes méthodes, je dirai seulement que la méthode antipyrétique ou méthode de Brand est très en vogue en Allemagne, mais elle l'est peu en France, dans la Grande-Bretagne et en Amérique, et j'ajouterai qu'elle n'est pas admise parmi notre population qui se refuse presque toujours à nous la laisser employer. On tourne alors la difficulté en remplaçant les bains froids par les lotions froides ou chaudes qui amènent aussi comme résultat ultime la réfrigération. On ajoute à l'eau de l'alcool, du *bay-rum* ou du vinaigre aromatique. On a recours parfois aux lotions froides. Ces lotions, que l'on pratique deux ou trois fois par jour, ont l'avantage, sur les bains, qu'elles n'exigent pas le déplacement du malade. La quinine n'a pas pour effet d'abrèger la maladie, à quelque dose qu'on la puisse donner. Pour en obtenir des effets antipyrétiques marqués, il faut la donner aux doses de 15, 20, 30, 40 grains ou même davantage. Le mode d'administration ordinaire c'est de donner, le soir, 5 à 6 grains, de dix minutes en dix minutes, dans l'intervalle d'une heure, jusqu'à la dose entière, mais n'oubliez pas que ces doses élevées de quinine ont l'inconvénient de produire le *quinisme*, et que leur effet antipyrétique est passager. Du reste, je vous conseille de réserver la quinine à doses élevées pour les cas où la température est remarquablement haute. Ici, nous employons la quinine à doses toniques, c'est-à-dire d'un demi à deux grains, trois fois par jour, et généralement nous nous en trouvons bien. Dans la deuxième période, et *à fortiori* contre l'adynamie, les stimulants alcooliques sont très à propos. Le salicylate de soude a aussi pour effet d'abaisser singulièrement la température, mais il a une tendance à troubler les fonctions digestives et rénales, et de plus, à cause de son action dépressive sur le cœur, il doit être employé avec réserve.

Dans tous les cas, il faut soutenir les forces du malade, tout en suivant le conseil de Jaccoud, c'est-à-dire *donner peu mais souvent*. Cependant il n'est pas à propos de déranger le malade de son sommeil pour lui faire prendre de la nourriture ou des médicaments, car le sommeil est par lui-même réparateur des forces. On soutient donc le malade par une diète généreuse, nutritive, mais liquide, avec les bouillons, le thé de bœuf, consommés, le lait, etc. Le lait surtout rend des services signalés, et il arrive parfois que certains

sujets le digèrent plus ou moins difficilement, mais on prévient ce contre-temps habituellement en y ajoutant de l'eau de chaux (1 pour 5 ou 6). N'oubliez jamais ce point important; la tendance de la maladie est à l'adynamie et il faut la combattre par tous les moyens possibles, et en premier lieu par une nourriture appropriée. Le praticien doit donc s'assurer si ses avis sont bien suivis et en même temps se tenir en garde contre les suggestions des parents et amis du malade.

Quand la diarrhée est légère, il vaut mieux ne pas intervenir, mais si elle devient abondante, on la combat par l'emploi du bismuth, de la craie et de l'opium. Pour combattre la fétidité des selles, on vante beaucoup le charbon végétal ou animal, la créosote, l'acide carbolique, etc. En général, on ne doit pas avoir recours aux purgatifs dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dans le cas de constipation il est préférable de se borner aux lavements légers d'eau de savon, etc. Les purgatifs, grâce aux mouvements péristaltiques des intestins, peuvent, dans certains cas d'ulcération intestinale avancée, occasionner des perforations ou du moins augmenter la lésion locale. Au début de la fièvre typhoïde, les purgatifs ne sont pas redoutables, mais il vaut mieux néanmoins les employer avec réserve; ce qui est encore préférable, c'est de les remplacer, dans tous les cas, par des lavements simples.

Il ne faut pas, non plus, interdire au malade l'usage de l'eau froide. L'eau froide prise en petites quantités à la fois ne fait absolument aucun mal. Le patient peut aussi, sans inconvénient, laisser fondre dans sa bouche de petits fragments de glace qui auront pour effet de calmer la soif parfois si intense. On se trouvera bien également des limonades au citron ou aux acides minéraux, des raisins de Malaga. On conseille quelquefois aux malades de sucer de petites tranches de citron ou d'orange. Il s'en suit une cuisson plus ou moins vive quand la muqueuse des lèvres et de la bouche est excoriée ou fissurée, ce qui arrive assez souvent. La glace, employée comme je viens de le dire, convient alors infiniment mieux. Les malades peuvent encore se rincer la bouche avec de l'eau pure ou mêlée avec un peu de claret, de vinaigre aromatique ou de teinture de myrrhe.

Quand la langue est bien sèche, la térébenthine est indiquée: 10 à 15 gouttes de térébenthine données dans du mucilage, trois ou quatre fois par jour, ont ordinairement pour effet de rendre la langue humide, ce qui est aussi de nature à calmer la soif.

Les Allemands ont recommandé le calomel à haute dose. Le calomel, à dose de 10 à 15 grains par jour, dans la première semaine, aurait pour effet, d'après les auteurs allemands, non seulement de modifier la diarrhée, mais encore d'abrèger la durée de la maladie; cependant, d'après Jaccoud, les formes de fièvre typhoïde qui auraient paru céder ainsi à l'influence du remède devaient être des formes dites *abortives* lesquelles ont une tendance à se terminer d'elles-mêmes, brusquement, comme nous l'avons dit plus haut.

Contre l'hémorrhagie intestinale, outre le repos absolu et la diète sévère, on pourra recommander de sucer de petits fragments de glace et recourir à l'opium à doses modérées, soit par la bouche soit par le rectum. De plus l'ergot, l'ergotine en injection hypodermique à la dose de 10 grains toutes les heures, suivant le cas, les applications

froides sur l'abdomen etc. Wilson vante beaucoup la mixture suivante de Murchison contre l'hémorrhagie intestinale: R.—Acid. tannic. grs. x; Tr. opii, m. x; Spirit. terebenth., m. xv; Mucilag. zii; Tinct. chloroform, m. xx; Aq. menth. pip. ad ℥i. A prendre en une seule dose toutes les deux heures.

Contre la péritonite, qu'elle soit due à une perforation ou à d'autres causes, l'opium à hautes doses et les moyens recommandés en pareil cas.

Contre la céphalalgie, il y a généralement peu de chose à faire, si ce n'est des applications froides sur la tête, repos absolu, obscurité de l'appartement du malade. Du reste, comme la céphalalgie disparaît vers la deuxième semaine de la maladie, on a peu à s'en occuper. Contre l'insomnie, dans la première semaine, le chloral avec le bromure de potassium, et plus tard, l'opium; mais n'oubliez pas de placer, autant que possible, votre malade dans une chambre bien aérée et vaste, avec une température de 60° et ne dépassant pas 70° F.

Contre l'insomnie, le chloral, dans la première période, agit efficacement, mais dans la période d'état les opiacés trouvent leur indication.

Avant de terminer, je rappellerai que dans les cas de fièvre typhoïde grave et de longue durée, comme le malade reste presque toujours couché sur le dos, il se forme souvent des eschares. Pour les prévenir ou les combattre, il est important de faire revêtir les points soumis à la pression, d'une forte couche de poudre de quinquina, ou de lotionner souvent avec de l'alcool, du vin aromatique, avec ou sans addition d'acide phénique, et surtout de faire changer fréquemment de position et de faire reposer le malade sur des coussins élastiques remplis d'eau froide ou d'air, etc.

Durant la convalescence il est à propos de prescrire une diète un peu solide, de la viande grillée en petite quantité, et cela graduellement, et il arrive souvent que la première ingestion de nourriture animale produit une élévation momentanée de la température qui peut atteindre trois degrés chez des sujets impressionnables. J'accorde qui a eu l'heureuse idée d'appeler cette température *febris carnis* rappelle que l'alarme serait grande si l'on ignorait ce phénomène, sans gravité, d'ailleurs.

Telles sont, Messieurs, les observations que j'avais à vous faire sur la fièvre typhoïde, qui est toujours un sujet d'actualité, et je vous prie, en terminant, de ne pas oublier la proscription des visites inutiles, et les désinfectants dont nous avons parlé dans notre première leçon.

### Mélano-sarcome de la choroïde;

Par A. A. FOSCHER, M. D.,

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

OBSERVATION I.—Dans le cours du mois de juillet 1882, Mme H. C..., âgée de 64 ans, est venue me consulter au sujet de l'un de ses yeux. La malade raconte qu'il y a à peu près neuf ans, elle s'est aperçue fortuitement qu'elle ne voyait pas de son œil droit. N'éprouvant aucune douleur, la patiente n'attachait pas d'importance à son état et ne consulta aucun spécialiste dans cet espace de temps. Aujourd'hui, elle désire savoir le pronostic d'une petite tumeur qui vient de faire son apparition à l'œil droit.

*Etat actuel.* O. D.—La cornée est terne, la pupille est contractée et obscurcie par une opacité jaunâtre, la chambre antérieure est diminuée, l'œil est dur au toucher, pas douloureux. A la partie inféro-externe, un peu en arrière du corps ciliaire, on aperçoit une bosselure bleuâtre irrégulière de la grosseur d'un pois, recouverte par la conjonctive et adhérente à cette membrane ainsi qu'à la sclérotique.

Cette tumeur est apparue depuis un mois et demi, elle a progressé sans provoquer de douleurs, la malade n'accuse qu'un sentiment de gêne dû au frottement de cette tumeur sur la paupière inférieure pendant les mouvements du globe de l'œil. Diagnostic: tumeur mélanique.

Un confrère spécialiste, appelé en consultation, s'appuyant sur ce fait que la tumeur s'était développée lentement et sans provoquer de douleur, fut d'avis d'attendre quelques temps avant de proposer un traitement radical.

Le 28 septembre de cette année, la malade revient me voir dans l'état suivant: apparence générale de santé moins bonne que l'année précédente, la tumeur a augmenté considérablement de volume et fait saillie sous la paupière inférieure, l'œil est douloureux au toucher, la malade éprouve fréquemment des attaques de douleurs ciliaires qui lui otent tout repos.

L'énucléation de l'œil est proposée et acceptée. L'opération est pratiquée par le procédé de Bonnet et j'enlève en même temps que l'œil un grand lambeau de la conjonctive environnant la tumeur.

*Examen macroscopique.*—Une coupe de l'œil dans le méridien correspondant à la tumeur nous montre celle-ci remplissant complètement la cavité oculaire et se prolongeant au-dehors à travers une petite ouverture de la sclérotique, un peu en arrière du corps ciliaire.

Le néoplasme est d'une couleur noire foncée qui ne laisse aucun doute sur sa nature. Trois jours après l'énucléation, la malade a quitté l'hôpital en bonne voie de guérison. Six jours plus tard elle partait pour la campagne. D'après les dernières nouvelles qu'on m'a communiquées au sujet de cette patiente, la guérison se maintient.

**OBSERVATION II.**—M. L..., âgé de 61 ans, est venu me consulter dans le cours du mois de juillet dernier au sujet d'un certain trouble de vue survenu dans son œil droit.

Interrogé sur le début des premiers symptômes, il me donne les renseignements suivants: sa vue a été bonne jusqu'en mai dernier; à cette époque, il s'est aperçu qu'il y avait quelque chose qui gênait sa vision, ce furent d'abord des points noirs qui se déplaçaient pendant les mouvements de l'œil, plus tard le patient s'aperçut que les opacités prenaient une dimension plus considérable. A cette époque, en septembre dernier, l'examen ophthalmoscopique fait voir dans le fond de l'œil, à la partie inféro-interne, une proéminence de la rétine de forme irrégulièrement conique, à base large, étendue, originant près du corps ciliaire et faisant saillie dans le corps vitré. L'élevure est de couleur gris-bleuâtre ardoisée, on y distingue les arborisations vasculaires de la rétine. Le sommet du cône de la tumeur se détache nettement du reste de la rétine normale. Au pourtour de la bosselure, dans la partie qui a encore conservé la couleur rouge normale du fond de l'œil, on constate un déplacement des vaisseaux rétinien causé par l'ébranlement d'un liquide sous-rétinien pendant les mouvements de l'œil. La tumeur grisâtre est fixe, il n'y a pas de mouvement, de flottement. L'œil est hypermétrope ainsi que son congénère. La perception lumineuse est bonne lorsque le patient porte fortement l'œil en haut. Depuis quelques jours le malade éprouve une sensation de plénitude dans l'œil. La pupille est normale, la tension intra-oculaire est légèrement augmentée. Le diagnostic porté alors fut celui-ci: tumeur solide intra-oculaire, probablement un sarcome de la choroïde.

Un confrère spécialiste, appelé en consultation, confirme le diagnostic en tout point. Je proposai l'énucléation qui fut acceptée sans hésitation de la part du patient.

L'opération fut pratiquée d'après le procédé de Bonnet, de Lyon.

*Examen macroscopique:* Le globe de l'œil étant séparé en deux on aperçoit en arrière du corps ciliaire une tumeur noire de forme conique de la grosseur

d'une cerise. Encore cette fois la coloration de la tumeur ne laisse aucune doute sur la nature de celle-ci.

Le malade a quitté l'hôpital neuf jours après l'opération pour retourner à la campagne. Dès la quatrième journée cependant la plaie conjonctivale était guérie.

Les deux observations dont je viens de donner connaissance sont relatives à une variété de tumeurs qui offre un grand intérêt. Les premières descriptions de sarcôme de la choroïde sont encore de date relativement récente; on a confondu pendant longtemps le gliome de la rétine avec le carcinome et les différentes variétés de sarcôme de la choroïde. A l'époque où l'ophtalmoscope n'était pas encore en usage on croyait que le cancer de l'œil était secondaire et on le considérait comme une généralisation d'un cancer localisé à quelqu'autre organe, entr'autres le foie et le cerveau.

Aujourd'hui l'ophtalmoscope nous permet de reconnaître une tumeur intra-oculaire à son début et de suivre son évolution; c'est ce qui a fait reconnaître que le cancer peut débiter dans l'œil et la généralisation se faire dans d'autres organes.

Les tumeurs cancéreuses de l'œil parcourent ordinairement quatre périodes bien distinctes: ce sont 1° la période de développement sans signe apparent extérieur de l'œil, 2° la période d'irritation ou glaucomeuse, 3° la période où les tumeurs font irruption en dehors de la cavité oculaire, 4° la période de généralisation par métastases sur les organes éloignés.

Les deux observations précédentes étaient donc, la première à la troisième période, et la seconde à la première période.

Le diagnostic différentiel des diverses variétés de tumeurs intra-oculaires se base sur le fait que le gliome se développe surtout chez les jeunes sujets, et le sarcôme de la choroïde chez les personnes âgées. Sous la dénomination de sarcôme de la choroïde, le prof. Knapp, de New-York, a compris aussi le carcinome encéphaloïde. De telle sorte que les deux grandes classes de tumeurs intra-oculaires comprennent des tumeurs de nature plus ou moins malignes les unes que les autres, mais offrant toutes un pronostic sérieux.

Les sarcômes de la choroïde peuvent être divisés en plusieurs variétés toutes plus ou moins sujettes à la critique.

Un sarcôme de la choroïde peut renfermer plusieurs éléments qui modifient son nom et son pronostic; ainsi un sarcôme peut être mélané, ostéoïde, caverneux, carcinomateux, etc.

Au point de vue pratique ces divisions n'offrent qu'une importance secondaire, car le diagnostic différentiel ne peut pas être fait sur place, il faut attendre que l'œil soit enlevé et la tumeur examinée au microscope. Qu'il suffise de connaître que toutes ces tumeurs sont d'autant plus malignes qu'elles renferment plus d'éléments embryonnaires, qu'elles sont toujours d'un pronostic sérieux, et que la forme la plus fréquente est le mélanosarcôme, une des tumeurs les plus funestes.

Le diagnostic des tumeurs intra-oculaires n'est pas toujours très facile, à la première période. Le danger est de confondre un décollement rétinien simple avec un décollement accompagnant une tumeur. Ce qui contribue à lever les doutes en pareils cas, c'est que le décollement simple survient ordinairement chez les sujets atteints d'une forte myopie et chez lesquels la tension intra-oculaire est diminuée. Les tumeurs peuvent se rencontrer également sur les yeux myopes ou hypermétropes, mais la fréquence relative de l'hypermétropie peut

déjà nous aider dans le diagnostic. Sichel va même jusqu'à dire que, vu l'extrême fréquence de la myopie comme cause du décollement rétinien, toutes les fois que l'ophtalmoscope montre en même temps le décollement de la rétine, et l'œil en examen de construction hypermétropique ou même emmétropique, sans que le malade ait été victime d'un traumatisme direct du globe, on doit poser le diagnostic de tumeur de la choroïde et proposer l'énucléation.

Le malade de l'observation II était hypermétrope o. d. g., de plus la tension intra oculaire paraissait légèrement augmentée. Un autre symptôme d'une grande importance pour le diagnostic différentiel est celui-ci : lorsque la tumeur a pris quelque développement et que le liquide sous rétinien est en partie resorbé, on voit apparaître des bosselures ; si le liquide n'est pas complètement résorbé et que la tumeur siège plus ou moins à la partie inférieure, le liquide suivant les lois de la pesanteur se réunit autour de la base de la tumeur, tandis que le sommet se détache nettement du reste du fond de l'œil. Dans le cas que je viens de citer, ces deux symptômes étaient parfaitement caractérisés, on voyait distinctement le déplacement des vaisseaux rétinien à la base de la tumeur tandis que le sommet bosselé demeurait fixe.

Ces différents symptômes nous ont permis de reconnaître à son début une maladie très grave et d'en faire bénéficier le patient. Ce fait isolé seul démontre l'importance de l'ophtalmoscope et la précision des renseignements qu'il nous donne.

Il reste à savoir si, après avoir diagnostiqué une tumeur intra oculaire en s'appuyant sur les symptômes précédemment indiqués, nous devons recourir immédiatement à l'énucléation ou attendre la 2ème ou la 3ème période. Il y a des médecins, très recommandables d'ailleurs, qui conseillent de temporiser. Quant à moi, je me range entièrement à l'opinion de ceux qui prétendent qu'il importe de reconnaître de bonne heure l'existence d'une tumeur intra oculaire et de débarrasser le malade le plus vite possible d'un hôte aussi dangereux. D'une indication comprise et remplie en temps opportun ou méconnue et différée peut dépendre la vie ou la mort d'un malade. On peut se demander à quoi sert de retarder une énucléation en pareil cas, lorsque l'on sait que les tumeurs intra oculaires sont généralement de nature très maligne. Il a été démontré que les récidives étaient de deux tiers plus fréquentes quand on a opéré à la 3ème période que quand on a opéré à la 1re et à la 2me. Plus on opère de bonne heure plus on a de chance de faire disparaître tous les germes, alors qu'ils sont encore circonscrits, isolés du reste de l'organisme par la coque de l'œil. Beaucoup d'auteurs expriment cette manière de voir, et parmi ceux-là, de Wecker, Giraud-Teulon, Panas, Knapp et Sichel s'accordent à dire que, du moment qu'une tumeur intra-oculaire est reconnue, tout retard dans l'intervention chirurgicale devient funeste.

On se trouve souvent embarrassé de conseiller à un malade un traitement aussi radical que l'est l'énucléation, surtout quand l'œil condamné est encore apte à rendre quelques services, soit que l'acuité visuelle soit plus ou moins conservée, soit que le globe de l'œil ait conservé sa forme. On doit cependant exposer nettement la situation ; les sarcomes mélaniques surtout exposent tellement à une généralisation au foie et ont une telle tendance à se terminer fatalement, qu'on peut être reconnaissant à la science d'avoir mis à notre disposition un moyen puissant de sauver la vie de quelques malades.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

**Diagnostic et étiologie de la chlorose.** — Clinique de M. HARDY à l'hôpital de la Charité. — Le diagnostic de la chlorose est d'autant plus important que c'est de lui que dépendent le pronostic et le traitement. Il s'agit donc du diagnostic absolu et du diagnostic différentiel. Le premier se fera en se rappelant avec soin tous les symptômes de la chlorose et en les groupant en faisceau de façon à en faire un seul et même tout. Mais comme un certain nombre d'affections présentent des phénomènes capables de simuler ceux que l'on observe dans la chlorose, il est nécessaire de faire aussi le diagnostic différentiel de la chlorose et de ces maladies.

Tout d'abord nous devons la distinguer de l'anémie, qui est une affection consécutive, tandis que la chlorose est une maladie primitive et indépendante de tout autre état morbide.

Parmi les maladies avec lesquelles on peut parfois confondre le plus facilement la chlorose, nous citerons en première ligne, — l'anémie étant écartée, — la scrofule, surtout chez les jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans. Mais la scrofule a certains caractères spéciaux du côté des muqueuses, de la peau et des os. C'est ainsi qu'elle donne lieu à des éruptions *sui generis*, à des affections catarrhales, à un coryza chronique, à des otites, à des catarrhes pharyngés, à des abcès des os, à des engorgements ganglionnaires. La scrofule peut bien s'accompagner d'anémie, mais c'est bien de la scrofule et non de la chlorose.

Il faut aussi diagnostiquer cette dernière d'avec le cancer. Quelques femmes jeunes encore, âgées seulement de trente à quarante-deux ans, ont toutes les apparences de la chlorose; elles sont pâles, décolorées, elles ont de l'anhélation. Mais interrogez les avec soin, et vous verrez que ces phénomènes ne datent pas de l'âge de quatorze ou quinze ans, mais qu'elles sont anémiques depuis peu de temps, et que cette anémie est symptomatique d'une affection organique, notamment de quelque cancer de l'estomac ou de l'utérus. Vous en aurez, du reste, la confirmation, pour cette dernière affection, en constatant par exemple l'existence d'un suintement utérin blanc ou rouge, tandis que le toucher vous fera reconnaître la présence d'ulcérations ou de quelques aspérités du col. Un cancer au début pris pour une chlorose est une erreur de diagnostic assez facile à commettre si l'on n'étudie pas sérieusement sa maladie.

L'aluminurie, bien que s'accompagnant de quelques-uns des symptômes de la chlorose: pâleur, décoloration des tissus, essoufflement, etc., prête beaucoup moins à l'erreur: du reste, l'examen des urines sera la clef du diagnostic; aussi je n'insiste pas.

Quant aux affections organiques du cœur, elles peuvent donner lieu à un certain nombre de phénomènes symptomatiques de la chlorose, tels surtout que des battements de cœur, des palpitations persistant même dans le séjour au lit, tels aussi que de l'œdème des membres inférieurs. Mais vous aurez en plus les signes fournis directement par



le cœur lui-même, par l'état des vaisseaux; vous aurez surtout, dans la chlorose, les bruits de souffle avec leur caractère doux et systolique, vous aurez du côté des vaisseaux ce bruit du diable avec renforcement, s'accompagnant parfois d'un bruit musical.

La tuberculose, au début, est assez souvent confondue avec la chlorose, à cause de l'anémie qui peut l'accompagner avec tous ses symptômes de pâleur, de dyspepsie, de dérangement des règles, etc. Cependant, si l'on passe en revue tout l'organisme, ses divers appareils, et notamment l'appareil respiratoire, si l'en examine avec soin la poitrine, alors le diagnostic est fait, car aux phénomènes caractéristiques de l'anémie vous voyez se joindre les signes spéciaux de la tuberculose. C'est ainsi que vous noterez un amaigrissement de la poitrine; tandis que, dans la chlorose, les seins restent assez volumineux, nous les trouvons au contraire, affaissés, mous, amaigris, diminués de volume dans la tuberculose. Dans cette dernière vous verrez la poitrine s'aplatir d'avant en arrière, les côtes se rétracter; vous entendrez une toux particulière, sèche, quinteuse, souvent suivie de vomissements, ce qui n'existe pas dans la chlorose. De plus encore, les chlorotiques n'ont pas de crachements de sang comme les tuberculeux ni de la fièvre le soir, fièvre suivie de transpirations nocturnes. La percussion de la poitrine vous donnera un peu de matité à l'un des sommets, en même temps que l'auscultation vous indiquera un souffle du même côté et une expiration prolongée. En effet, à l'état normal, l'inspiration est à l'expiration comme 3 est à 1, tandis que dans la tuberculose il y a égalité entre les deux ou prédominance même de l'expiration. De plus, vous constaterez parfois encore, au début de la tuberculose, un peu de sibilance voire même quelques râles sous-crépitants, mais très localisés au sommet du poumon.

Un autre signe différentiel se rencontre aussi dans les urines. Ainsi, tandis que chez les chlorotiques, comme nous l'avons dit précédemment, il y a diminution des phosphates, diminution de l'acide phosphorique, lequel peut tomber à 1 gramme par litre d'urine au lieu de 2 grammes; chez les tuberculeux, au contraire, la quantité d'acide phosphorique augmente et peut s'élever jusqu'à 3 grammes et plus même.

Enfin il nous reste à dire que l'hystérie accompagne souvent la chlorose, car il n'y a pas, à proprement parler, de diagnostic différentiel à faire entre les deux affections.

Quant au pronostic de la chlorose, il découle de tout ce que j'ai dit jusqu'à présent. Il est généralement favorable, la maladie guérit très bien sous l'influence d'un traitement prolongé. Il est bien entendu qu'il ne faut pas confondre la chlorose avec l'anémie pernicieuse où le pronostic est au contraire des plus graves, grâce au défaut de nutrition qui entraîne un affaissement rapidement progressif et la mort.

L'étiologie de la chlorose est importante à connaître. La chlorose est une affection spéciale au sexe féminin; je dis *spéciale* et non pas *exclusive*, car l'on rencontre quelquefois aussi des jeunes garçons, de douze à dix-huit et vingt ans, parfaitement chlorotiques; mais le fait est assez rare. La chlorose atteint surtout les jeunes filles, résultant surtout, a-t-on prétendu, du développement de l'individu, principalement du côté de l'appareil génital. Cela peut être vrai, mais non d'une façon exclusive, car on la voit très bien survenir à l'âge de vingt-cinq ans. Cependant, en thèse générale, nous devons dire qu'elle frap-

po surtout de quatorze à quinze ans, et si plus tard on l'observe bien, presque toujours, dans ce cas, en interrogeant convenablement les antécédents de votre malade, vous découvrirez que la chlorose actuelle n'est qu'une récidive. Dans tous les cas, la chlorose n'apparaît jamais pour la première fois à quarante ans; on ne l'observe jamais après la ménopause, malgré les phénomènes qui pourraient faire croire à son existence dans l'anémie symptomatique.

On trouve aussi quelquefois la chlorose chez les petites filles au dessous de quatorze ans, de même que chez les petits garçons à sept, huit, neuf ou dix ans. *Aussi la chlorose prématurée me fait-elle envisager cette affection comme n'étant pas toujours sous l'influence de la puberté.*

En résumé, l'on peut dire que la chlorose est la maladie des jeunes filles et des jeunes femmes, avec récidives possibles dans un âge plus avancé.

Elle paraît se développer sous l'influence du milieu, du séjour dans une habitation froide, humide, insuffisamment aérée, mal éclairée, sous l'influence aussi d'une mauvaise alimentation. Aussi les filles de concierge sont-elles, de toutes, celles qui se trouvent la plus prédisposées à devenir chlorotiques; il en est de même des demoiselles de magasin qui vivent constamment renfermées derrière un comptoir où, de plus, le soir, elles respirent un air vicié par l'éclairage au gaz.

Si des travaux exagérés, des veilles prolongées, des émotions morales peuvent également déterminer la chlorose, nous devons néanmoins reconnaître que dans certains cas la cause tangible nous échappe.—*Gazette des hôpitaux.*

**Dégénérescence graisseuse du foie avec cirrhose et ascite; paracentèse.** — Clinique du prof. Austin FLINT, sr., à l'hôpital Bellevue, New-York.

J'ai choisi, avant hier, la malade que vous voyez ici pour en faire le sujet de quelques remarques pratiques au sujet du traitement de l'ascite due à la cirrhose du foie. Depuis lors, cette femme a eu une forte attaque de delirium tremens qui est venue corroborer notre diagnostic, mais qui, comme vous le voyez, l'a laissée dans un état qui ne nous permet pas, pour le moment du moins, d'explorer son abdomen d'une façon satisfaisante. J'ai appris par expérience que les femmes souffrant de delirium tremens sont encore plus indociles que les hommes se trouvant dans les mêmes conditions. Cette malade n'a pas fait exception à la règle et j'apprends qu'elle a, à plusieurs reprises, tenté d'assailir ceux qui l'ont sous leurs soins.

Voici l'histoire de ce cas: Catherine S\*\*, 50 ans, née en Angleterre, fut admise à l'hôpital il y a douze jours. Elle dit qu'elle a, depuis nombre d'années, fait usage de boissons alcooliques, mais modérément; durant les six derniers mois, cependant, elle a bu davantage. Chaque matin, avant de jeuner, elle prenait du whisky; au bout d'un certain temps, elle commença à souffrir de vomissements muqueux et d'anorexie, le matin.

Je ferai remarquer ici que la gastrite, telle que je viens de la décrire, se rencontre rarement, si ce n'est chez les alcooliques confirmés. Cette malade, au cours de l'année dernière, vomit du sang de temps à autre, et il n'y a pas de doute que cette hémorrhagie a été due à la cirrhose hépatique dont elle est un des symptômes, comme vous le savez. Elle a

également souffert de douleur et de tuméfaction abdominales, et, trois semaines avant son admission, c'est-à-dire au temps où elle buvait plus que jamais, elle a eu de la diarrhée persistante. Nous avons donc là un groupe de symptômes caractérisant la cirrhose du foie: ascite, hémorrhagie et diarrhée.

Dernièrement, la malade a eu plus ou moins d'ictère, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ayant souffert de gastrite et de gastro-duodénite, l'inflammation s'est propagée au canal biliaire dont elle a amené l'obstruction, et, par conséquent, la jaunisse. En règle générale, la cirrhose du foie ne donne pas lieu à l'ictère. L'urine, dont la gravité spécifique est de 1014, renferme de la bile et aussi plus ou moins d'albumine. Dans le cas présent, le foie est hypertrophié et non pas rétracté, comme cela a lieu ordinairement dans la cirrhose, et je pense que nous avons raison de croire qu'il y a ici dégénérescence graisseuse, en même temps que cirrhose hépatique. Nous constatons que la rate est hypertrophiée, ce qui confirme l'existence de la cirrhose, l'hypertrophie de la rate accompagnant ordinairement cette maladie.

Ce cas est donc très intéressant, d'abord à cause du delirium tremens dont nous avons parlé en commençant, et ensuite, à cause de l'ascite qu'il présente. Nous avons combattu le delirium tremens au moyen de doses modérées d'alcool, des bromures et aussi, je crois, d'une certaine quantité d'opium. Les symptômes les plus violents ont disparu, mais vous remarquerez que le tremblement caractéristique de la maladie est encore bien marqué. Je ne m'arrêterai pas à ce caractère de l'affection mais je passerai tout de suite à l'ascite dont je désire vous entretenir plus spécialement aujourd'hui.

Il est un point en rapport avec le traitement de l'ascite sur lequel j'ai beaucoup insisté depuis vingt ans; je veux parler de l'importance qu'il y a de faire la paracentèse abdominale de bonne heure, et de la pratiquer fréquemment dans la suite, si cela devient nécessaire. Bien que j'aie ainsi hautement préconisé cette méthode autant qu'il m'a été possible, je vois qu'elle n'est adoptée par la généralité des praticiens, tant ici qu'en Europe, que comme dernière ressource, quand tous les autres moyens ont échoué et que la quantité de sérum épanché est telle que la vie du malade en est directement compromise. Ce n'est que tout dernièrement que j'ai pu voir, dans le *British Medical Journal*, le compte-rendu d'une discussion qui a eu lieu à Londres sur ce sujet, et dans laquelle la majorité s'est prononcée en faveur de cette méthode. J'ai généralement observé que quand l'ascite survient à la suite de la cirrhose du foie la quantité de liquide augmente très rapidement. La ligne de conduite que je suis dans ces cas et que je ne puis vous recommander trop fortement est celle-ci: du moment que l'accumulation de liquide constitue une gêne pour le patient, il faut songer immédiatement à pratiquer la paracentèse.

Les principales objections que l'on a soulevées contre ce procédé sont au nombre de deux: 1<sup>o</sup> le collapsus qui peut survenir si le malade est déjà affaibli; 2<sup>o</sup> la péritonite.

Quant au premier de ces dangers, je puis dire ici que je n'ai jamais vu, non seulement un seul cas fatal par cette cause, mais même un seul chez lequel il y eut une syncope alarmante. Si, cependant, on craint de voir survenir une syncope dangereuse pour la vie du sujet, on peut l'éviter facilement en soutirant le liquide au moyen de l'aspi-

rateur qui, vous le savez, n'opère que fort lentement. Pour ce qui est de la péritonite, je n'ai observé qu'un seul cas où cet accident vint compliquer la ponction de l'abdomen, et c'était chez un malade souffrant d'hydropisie généralisée reconnaissant pour cause une maladie des reins. Dans les affections rénales, on le sait, il y a tendance spéciale aux inflammations des séreuses ; mais même dans ce dernier cas on aurait pu éviter la péritonite en se servant de l'aspirateur. Je me sers habituellement du trocar ordinaire et de la canule ; la seule objection que j'aie à l'emploi de l'aspirateur est le temps considérable qu'exige ce mode opératoire. Il me semble donc qu'il n'y a aucune objection sérieuse ni bien fondée à pratiquer la paracentèse à bonne heure, et à la répéter aussi souvent que nécessaire.

Les médicaments auxquels on a recours en l'absence de toute intervention chirurgicale sont de trois espèces : les diaphorétiques, les diurétiques et les cathartiques hydragogues. On se fie peu aux remèdes des deux premières classes, vu la lenteur avec laquelle ils opèrent et l'incertitude de leur action, et on leur préfère les cathartiques. Ceux-ci agissent mieux, il est vrai, mais il faut avouer en même temps qu'ils dépriment les forces, et sont conséquemment de nature à compromettre la santé générale. Si donc il est désirable de se débarrasser du liquide épanché dans la cavité péritonéale, pourquoi ne pas le faire au moyen d'une opération insignifiante, exempte de danger, prompte et efficace ? Il me semble que c'est là la voie que nous trace le bon sens.

Hier, j'ai eu occasion de voir un malade dont le cas offre le plus haut intérêt. J'avais été appelé auprès de lui, pour la première fois, alors qu'il était âgé de quarante-cinq ans. Sans entrer dans les détails, je vous dirai tout simplement qu'il souffrait d'ascite, et se trouvait tellement épuisé par des vomissements incessants et par des hémorrhagies intestinales, qu'on le considérait comme étant dans un danger imminent. Trois médecins de renom lui donnaient leurs soins, et quoique la gêne et l'anxiété causées par l'accumulation de liquide péritonéal fussent excessives, il fut décidé de ne pas courir le danger d'une paracentèse. Appelé en consultation à la demande de la femme du patient, je conseillai cependant l'opération, bien que je n'en attendisse qu'un soulagement passager. Elle fut faite immédiatement, puis répétée une dizaine de fois dans le cours des trois mois qui suivirent, 350 livres de liquide étant enlevées de la sorte. Après la dixième paracentèse, le liquide s'accumula de nouveau, mais d'une manière modérée, puis disparut graduellement de lui-même. Aujourd'hui ce malade jouit d'une bonne santé. Je pourrais citer ici plusieurs autres cas chez lesquels la paracentèse répétée à diverses reprises a produit les résultats les plus heureux. — *Boston Medical and Surgical Journal.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Gommes syphilitiques et abcès froids. Diagnostic différentiel.**— Clinique de M. TERRILLON à l'hôpital de la Pitié. — Vous avez pu voir, au No 5 de la salle des femmes, une malade âgée de 25 ans, au lit de laquelle nous nous sommes arrêtés ce matin. Elle nous raconte qu'il y a environ huit mois, elle a vu se développer assez rapidement une tuméfaction au-dessous de l'épine de l'omoplate, du côté droit, du

volume d'une petite pomme et n'occasionnant que de très légères douleurs. Elle était venue demander un conseil pour faire disparaître cette grosseur, et, malgré l'absence d'indices spécifiques bien nets, on lui avait ordonné des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, et, localement, des badigeonnages de teinture d'iode.

Ce traitement n'a amené qu'une très légère amélioration; ultérieurement, la partie centrale est devenue de plus en plus molle et fluctuante, et, après 5 ou 6 mois, la peau violacée s'est amincie. On a, à ce moment, pratiqué l'ouverture de cette tumeur; il en est sorti un liquide plus ou moins bien lié, qui s'écoule depuis cette époque par une fistule. L'orifice externe de cette fistule est à une distance de 5 à 6 centimètres au-dessous de l'épine. Le stylet arrive sur une partie dure, mais ne donne pas la sensation d'une surface osseuse dénudée. Notons encore que la malade accuse un peu de douleur à la pression sur le trajet de l'épine de l'omoplate.

Avons-nous ici affaire à une gomme à la suite de laquelle persiste un trajet fistuleux, ou bien est-ce un abcès froid des parties molles, ou encore un abcès ossifluent?

L'opinion de M. Verneuil, qui a, le premier, observé et suivi cette malade, est plutôt en faveur d'une gomme; toutefois, le diagnostic est assez difficile entre cette lésion et un abcès froid. Cette difficulté vient de ce que l'évolution de ces deux affections offre beaucoup d'analogie et leurs symptômes de grandes ressemblances.

Si nous cherchons en quoi consiste la gomme syphilitique, nous voyons qu'elle est assez semblable à l'abcès froid. On voit d'abord apparaître un travail de prolifération dans l'épaisseur du tissu sous-cutané des muscles, du sein, du testicule, etc... Ce sont des éléments ronds des cellules lymphoïdes, des cytoblastes avec un noyau, comme dans la première période de la tuberculisation. Dans une seconde période, ces éléments se groupent; il en résulte des granulations composées d'éléments présentant tous le même caractère, qui se serrent et se condensent. On ne rencontre pas ici de cellules spéciales avec des éléments épithélioïdes à la périphérie.

On constate plus tard une série d'ilots qui s'isolent des parties voisines; dans leur intervalle, le tissu primitif s'organise et des tractus fibreux séparent les ilots de nouvelle formation. C'est la période spécifique dans laquelle le diagnostic commence à être possible avec les tubercules.

On a décrit pour les os le tubercule enkysté et le tubercule infiltré. Cette division peut servir pour les gommages, qui sont ou circonscrites ou diffuses. Selon les régions, l'une ou l'autre de ces formes prédomine; au testicule, c'est plutôt la gomme diffuse; dans le tissu cellulaire, dans le foie, on rencontre la gomme limitée.

La zone limitante extérieure est produite par l'irritation des tissus voisins et formée par du tissu fibreux plus ou moins dense, mais qui, ici, n'est pas isolable; aussi, n'est-il pas possible de disséquer cette poche, cette coque, qui se confond avec les muscles et les organes voisins.

La troisième période est celle de ramollissement et de transformation. On voit que les éléments du centre subissent l'altération graisseuse, et, par suite de la pression réciproque qu'ils exercent les uns contre les autres, ils sont méconnaissables et prennent l'aspect du

mastic comme nous l'avons vu déjà dans l'évolution de l'abcès tuberculeux. Plus tard, la masse toute entière de la gomme subit cette dégénération graisseuse. Dans la tuberculose, cette troisième période offre des transformations diverses; tantôt il se forme un abcès, tantôt une collection caséuse sans liquide, ou bien il se produit une résorption des graisses.

Dans la gomme, la formation liquide se présente aussi; mais, au lieu de se faire rapidement, la dégénérescence ne se produit que lentement, les éléments caséux en se liquéfiant n'ont pas l'apparence purulente; le liquide est filant, jaunâtre, d'un aspect spécial connu sous le nom de liquide gommeux. Il y a, en outre, dans la cavité, des débris caséux et des filaments ou paquets fibreux dégénérés qui donnent au contenu de ces cavités un aspect caractéristique. Cette matière ressemble à des étoupes, à de la filasse jaunâtre ou à du chanvre qui a macéré, et ses débris sont formés par les tractus fibreux et les détritits caséux.

La grande différence entre le mode de liquéfaction du contenu des gommés et des abcès tuberculeux est, comme je viens de le dire, la lenteur plus grande du travail dans le premier cas; de plus, l'absorption des graisses donne un liquide transparent et muqueux dans lequel voyagent des paquets ressemblant à de la filasse. Il existe une deuxième différence plus importante avec la tuberculisation: à cause de la marche très lente de la désorganisation, autant la dégénérescence caséuse est rare autour de l'abcès tuberculeux, autant elle est la règle ici. Il y a peu de tendance pour les tissus à s'enflammer, mais ils ont plus de facilité à durcir et à constituer une sorte de mastic adhérent et consistant. Enfin un troisième caractère différentiel est celui-ci: autant les abcès tuberculeux montrent peu de tendance à guérir, autant la gomme parvenue à la troisième période a de propension à la résorption, Cette formation lente rend la régression et la résorption plus faciles.

Retenez donc ces trois caractères distinctifs de la gomme syphilitique: 1<sup>o</sup> La liquéfaction lente des éléments qui la constituent; 2<sup>o</sup> la transformation caséuse plus fréquente; 3<sup>o</sup> la résorption très facile.

Les données anatomiques sont d'un grand secours pour le diagnostic étiologique. Dans les affections tuberculeuses, on remarque des nouveaux vaisseaux formant des anses compliquées; aussitôt que la granulation se développe, les vaisseaux sont oblitérés. Dans la gomme, au contraire, depuis sa formation initiale jusqu'à la dégénérescence complète, les vaisseaux restent perméables; grâce au rôle de ces vaisseaux les conditions de vitalité sont très différentes.

Voyons maintenant l'évolution clinique des gommés. Si la gomme est sous-cutanée, dans le tissu cellulaire, on voit la peau s'altérer d'une façon spéciale par un processus particulier, mais nullement par envahissement. C'est une ulcération par pression, une perte de substance comme à l'emporte pièce, qui, très petite au début, augmente très rapidement d'un jour à l'autre. Les parties voisines sont décollées; au-dessous, on trouve la gomme et son contenu, liquide gommeux et filaments. L'ulcération des abcès froids se fait, au contraire, par altération de voisinage.

Une fois vide, la poche offre la même marche que celle des abcès froids; au contact de l'air elle s'irrite, donne naissance à des bourgeons

charnus qui comblent la cavité, tapissent les parois des fistules et éternisent ces trajets fistuleux, Ainsi se forme le fongus du testicule. Par suite du bourgeonnement actif des parois, il y a exagération de ces fongosités dans toute l'étendue de la poche et des fistules.

La fistule consécutive à l'ouverture de la gomme a une grande analogie d'aspect avec celle qui résulte d'un abcès tuberculeux; la plus grande différence entre ces deux poches tient à ce que, la gomme étant vidée, ses parois n'ayant pas de prolongement et n'offrant pas de granulations dans leur épaisseur, les tissus sont d'une meilleure nature pour la guérison; aussi, sous l'influence du traitement, la lésion s'améliore et se répare rapidement. Il faut donc tenir compte de cette différence dans la constitution des tissus. Remarquons toutefois qu'il y a des analogies entre ces accidents de la diathèse tuberculeuse et de la diathèse syphilitique, que ces formations ne surviennent que chez un certain nombre d'individus affaiblis, rachitiques, et qu'on ne les rencontre pas chez tous les tuberculeux ni chez tous les syphilitiques. Il faut reconnaître une action générale qui se manifeste par des symptômes assez semblables.

Chez la malade qui nous occupe, il peut y avoir indécision sur la nature gommeuse ou tuberculeuse de sa tumeur et on peut hésiter entre une gomme et un abcès froid.

Le traitement varie selon que l'on a affaire à la gomme ou à une fistule consécutive, soit à celle-ci, soit à l'abcès froid.

Notre malade a eu de la douleur au début et on constate encore un point douloureux au niveau de l'épine de l'omoplate; mais vous savez que la gomme survient sans bruit, sans orage ni douleur; de plus, il y a une légère hyperesthésie de la région. Ces symptômes plaideraient en faveur d'un abcès froid, d'origine osseuse. Quoi qu'il en soit, il faut remplir une première indication qui consiste à débrider largement au thermocautère; nous détruirons ensuite les fongosités de la poche, et, si l'os est à nu, il faudra ruginer la surface malade et gratter comme je l'ai fait récemment sur le calcanéum du malade dont j'ai rapporté l'histoire dans une précédente conférence sur les abcès froids. — *Gazette des hôpitaux.*

**Taille hypogastrique.** — M. Després communique à la *Société de chirurgie* de Paris, le résultat d'une opération qu'il a faite, au mois de juin, sur un jeune homme de 21 ans, porteur d'un volumineux calcul. L'opération a été pratiquée selon le procédé de Roussel, c'est-à-dire sans injection vésicale ni ballonnement du rectum, comme le recommande Petersen. M. Després s'est assuré que chez les calculeux il y a toujours de l'urine dans la vessie. D'après des recherches cadavériques, il s'est convaincu que la chose la plus à craindre, c'est de blesser le péritoine. La taille hypogastrique est une opération trop abandonnée aujourd'hui. M. Després a employé le procédé suivant: on fait la ligne d'incision sur la ligne blanche, dans toute la hauteur du muscle pyramidal, qui sert de guide et de point de repère: l'incision ne dépasse pas 9 centimètres; on recherche les deux veines épigastriques et l'ouraque, puis on ouvre la vessie; on agrandit l'ouverture vésicale, si besoin est.

Chez le malade de M. Després, il est survenu, à la suite de l'opération, une uréthrite assez intense, qui fut suivie d'un abcès au niveau

du corps spongieux de l'urèthre. Au bout de cinquante-six jours, la plaie abdominale était fermée; elle se rouvrit, et la guérison définitive eut lieu au bout de quatre mois. Le pansement a été fait avec des cataplasmes; lotions avec la solution d'acide borique, pour combattre l'alcalinité de l'urine.

La persistance des fistules est-elle plus fréquente dans la taille hypogastrique que dans la taille périnéale? M. Després ne peut se prononcer, faute d'observations suffisantes.

M. Lucas-Championnière croit, contrairement à M. Després, que les procédés d'injection et de ballonnement préparatoires sont avantageux.

M. Sée n'est pas d'avis que le muscle pyramidal doive être considéré comme un guide constant, attendu qu'il est très variable dans sa disposition et son étendue.

M. Périer a fait une communication sur la taille hypogastrique à propos de trois nouvelles observations dans lesquelles ce procédé a été employé. M. Périer avait pratiqué deux autres tailles hypogastriques, ce qui fait en tout cinq opérations. Il n'y a eu qu'un mort sur cinq opérés. L'opéré qui a succombé avait un abcès du rein pour lequel on ne pouvait point incriminer le procédé opératoire employé.

Ces observations prouvent, une fois de plus, combien la taille suspubienne est d'exécution facile; elle peut se faire mathématiquement et sans accidents, en agissant exactement dans l'ordre suivant :

1<sup>o</sup> Introduction de la sonde à robinet dans la vessie, et évacuation de l'urine;

2<sup>o</sup> Ligature de la verge avec un lien élastique;

3<sup>o</sup> Introduction du ballon rectal;

4<sup>o</sup> Distension de la vessie par l'eau boriquée tiède;

5<sup>o</sup> Distension du ballon rectal;

6<sup>o</sup> Incision franche de la peau et des tissus sous-jacents jusqu'à la vessie;

7<sup>o</sup> Ouverture de la vessie, que l'on maintient béante;

8<sup>o</sup> Extraction du calcul;

9<sup>o</sup> Déplétion du ballon et retrait de la sonde;

10<sup>o</sup> Exploration de la paroi vésicale et lavage de la vessie;

11<sup>o</sup> Installation des drains;

12<sup>o</sup> Suture de la plaie au-dessus des drains et pansement.

M. Périer attache une grande importance au drainage et au lavage antiseptique de la plaie et de la vessie. Il emploie deux drains assez volumineux qu'il adosse côte à côte, et il fait dans ces tubes des injections antiseptiques; ces tubes servent en outre à l'écoulement continu de l'urine.—*Revue de thérap. méd.-chirurgicale.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Que faut-il faire pour abrégier la durée et diminuer les souffrances de l'accouchement?** — Le travail peut devenir languissant à trois périodes ou dans trois conditions différentes dont chacune exige une intervention spéciale: 1<sup>o</sup> Le travail peut être retardé parce que la tête est arrêtée au détroit supérieur; 2<sup>o</sup> Après la dilatation du col, la tête peut être retenue dans le vagin; 3<sup>o</sup> Le périnée peut être la cause du retard. Quand le travail est lent au début, que le col se dilate len-



tement, que les douleurs sont faibles et irrégulières et que la tête est très haute, on peut intervenir, avec précaution, pour hâter le travail, mais si la parturiente est courageuse et bien disposée il vaut mieux attendre. Cependant, il ne convient pas d'attendre pendant douze ou seize heures comme le veut Churchill et autres, car si on laisse épuiser la femme pendant la première période, l'intervention avec le forceps deviendra nécessaire pendant la seconde. Dans la condition que nous venons de décrire, le col est souvent dilatable, mais la poche des eaux ne descend pas assez pour le dilater. Dans ce cas on pourra détacher les membranes des parois du col; pour cela Brown et Vienna préconisent l'introduction d'un cathéter élastique entre le chorion et les parois utérines; pour moi, je préfère me servir du doigt. Après avoir effectué cette manœuvre, si on promène la face palmaire de l'index sur la circonférence interne du col de façon à le dilater doucement, on verra bientôt bomber la poche des eaux, le col se dilater graduellement et les douleurs *porter* davantage. Quelquefois les membranes se rompent prématurément et la tête devient l'agent dilateur. Ces cas, d'ordinaire très douloureux, peuvent être considérablement abrégés en promenant soigneusement le doigt autour du col à chaque douleur. Quand, malgré des douleurs intenses, la rigidité du col empêche la dilatation, on doit toujours recourir à l'opium qui, en pareil cas, agit merveilleusement; pour cela on se servira avec avantage d'une injection souscutanée de dix gouttes de solution de Magendie ou de trente ou quarante gouttes d'elixir de McMunn à l'intérieur. Les fausses douleurs sont préjudiciables à la parturiente et quand vous ne pouvez accélérer le travail, il vaut mieux l'arrêter. Je ne crois pas que l'administration du chloroforme soit indiquée à cette période de l'accouchement.

Il se produit quelquefois une contraction irrégulière, spasmodique bien décrite par Velpeau, contraction limitée tantôt à la base, tantôt à l'un des angles, à la paroi antérieure ou postérieure ou aux parois latérales de l'utérus. Les douleurs sont intenses, mais n'ont pour effet que d'épuiser la parturiente, et si on n'a recours aux anodins le travail peut se prolonger indéfiniment; on a beaucoup vanté la belladonne en pareil cas, mais je n'en ai jamais obtenu que des résultats négatifs. Le pessaire de Brown introduit dans le vagin et fortement distendu d'eau chaude avec la seringue de Davidson constitue assurément le moyen le plus prompt et le plus efficace de relâcher les parties et de hâter le travail. L'effet en est étonnant. J'ai pu, au moyen de cet instrument, dans des cas d'éclampsie, d'hémorrhagie, d'apoplexie, dilater, en quelques heures, le col suffisamment pour appliquer le forceps et terminer rapidement l'accouchement. Le pessaire peut être vidé et rempli de nouveau toutes les demi-heures jusqu'à dilatation suffisante. On a souvent recours au grand forceps quand la tête séjourne pendant un certain temps au détroit supérieur, mais on pourra le plus souvent s'en dispenser en employant d'une manière judicieuse les moyens que je viens d'indiquer. De plus, on fera tenir la patiente debout et on l'empêchera d'accompagner ses tranchées d'efforts musculaires. Il vaut mieux que la parturiente se tienne debout tant que la tête n'a pas atteint le détroit inférieur. Il faut aussi employer tous les moyens possibles de conserver ses forces.

La vie de la mère n'est aucunement compromise pendant cette pre-

mière période du travail, avant la rupture des eaux. On pourrait conclure de là que l'intervention est inutile; mais serait-on justifiable de laisser souffrir inutilement la malade et de ne pas employer les moyens que nous possédons d'abrèger le travail?

Pendant la deuxième période, c'est-à-dire quand la tête est descendue dans l'excavation, le travail peut-être retardé de deux manières. En premier lieu, bien que le col soit assez bien dilaté, le travail est retardé par la tension et la sécheresse du vagin. On fera alors des injections d'eau chaude, et si les membranes sont intactes, on les rupturera. Si les injections d'eau chaude sont insuffisantes on introduira dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de glycérine et d'axonge. S'il y a inertie on administrera une drachme ou deux d'extrait d'ergot. Mais si le retard de l'expulsion est dû à la présentation occipito-iliaque postérieure, l'ergot est contre-indiqué et il ne reste qu'à appliquer le forceps. Dans les cas de ce genre il n'y a que très peu de liquide amniotique, pas de poche des eaux; de fait, j'ai rencontré plus d'un cas où l'accouchement se fit absolument à sec. Après la rupture des membranes on devra exercer une forte compression à l'extérieur, exciter et dilater le col avec la pulpe du doigt, ce qui aura pour effet de prolonger les douleurs, d'exciter et de fortifier les efforts volontaires de la parturiente et d'amener rapidement la fin du travail.

Une autre difficulté peut se présenter à cette époque du travail, quand la tête est bien descendue dans l'excavation; le col dilaté de la grandeur d'un écu est déjeté en arrière vers le sacrum et ses bords amincis s'appliquent comme un bonnet sur la tête de l'enfant. Cet état est des plus douloureux et réclame une intervention active. On devra, s'il y a lieu, rupturer les membranes sans retard, dilater le col et l'attirer vers le pubis et exercer de fortes pressions à l'extérieur à chaque douleur. En général, l'ergot n'est pas indiqué, sauf dans les cas où les tranchées sont inefficaces. Des douleurs atroces à la région du sacrum forment le caractère distinctif des cas de ce genre; une embrocation de chloroforme et d'huile de menthe appliquée à la colonne vertébrale réussit le plus souvent à calmer ces douleurs.

C'est la compression forcée externe qui rend les meilleurs services dans ces cas. On a successivement proposé différents appareils mécaniques pour supporter les muscles abdominaux et favoriser les contractions régulières et uniformes de l'utérus, mais rien ne vaut la main appliquée d'une manière intelligente.

Dans une troisième et dernière période, le travail peut être indéfiniment prolongé, alors que la tête a atteint le périnée, par l'inertie de l'utérus, l'épuisement de la mère ou par la rigidité des muscles du périnée. L'emploi de l'ergot peut être combiné à la compression externe, mais si la délivrance ne se fait pas promptement, on devra appliquer le forceps. Le forceps droit de Beattie me semble le meilleur à cause de sa légèreté et de sa facilité d'application. J'ai remarqué que si on échoue dans les manipulations du forceps, le travail semble s'arrêter et les efforts volontaires de la parturiente cessent d'agir, aussi vaut-il mieux ne pas tenter d'appliquer le forceps si on n'est convaincu d'avance de réussir à terminer l'accouchement. J'ai souvent essayé à dégager la tête en introduisant deux doigts dans le rectum, mais je n'ai jamais réussi pour la raison que la force qu'il faudrait mettre en jeu serait de nature à blesser les parties molles.

Quand la tête, ayant atteint le périnée, est encore à l'intérieur de l'utérus on devra, avec le doigt promené autour de la tête, repousser l'utérus derrière l'occiput. Je fais généralement coucher la malade sur le côté gauche pendant la période d'expulsion, le toucher et les manipulations étant plus faciles dans cette position, mais je me suis quelquefois bien trouvé de faire coucher la parturiente sur le dos pendant quelques douleurs. — Dr. MORRIS, in *Journ. of the Am. Med. Association*.

**Extraction du placenta.**—Le Dr DONON, de Königsberg, comparant les résultats obtenus dans mille accouchements où l'expulsion du placenta fut laissée entièrement à la nature à un même nombre de cas où la méthode de Crédé fut employée, conclut que la méthode expectante est de beaucoup préférable. Cette dernière, selon lui, est moins souvent suivie d'hémorrhagie, de fièvre puerpérale ou autres complications. Il vaut mieux, dit-il, attendre patiemment que le placenta soit expulsé par les forces de la nature.—*Med. and Surg. Reporter*.

**Hystérectomie.** — *Société de Chirurgie de Paris*, Séance du 21 novembre 1883.—M. Lucas-Championnière lit un rapport sur 5 cas d'hystérectomie envoyés par M. Queirel (de Marseille) et 6 observations de laparotomie pour corps fibreux de l'utérus, pour kyste de l'ovaire ou pour grossesse extra-utérine envoyés par M. Fort (de Rio-de-Janeiro).

M. Lucas-Championnière saisit cette occasion pour aborder la question du traitement du pédicule.

On sait qu'au début on a toujours laissé le pédicule dans la plaie.

C'était la pratique de Péan et de Kœberlé. Depuis on a essayé de le réduire comme on le fait le plus communément pour l'ovariotomie; mais on est revenu ensuite au premier mode de traitement extra-péritonéal.

Ainsi Bantock (*British Medical Association*) le laisse dans la plaie; Launton, de même; Schroeder (de Berlin) est partisan de la réduction, mais son procédé est obscur.

Dans l'opération de Porro, il est reconnu par tous que la réduction du pédicule, son traitement intra-péritonéal, est très mauvais; aussi doit-on le laisser dans la plaie.

J'ai fait trois hystérectomies: dans deux cas j'ai mis le pédicule dans la plaie, dans un cas je l'ai réduit.

Le premier fait se rapporte à une femme qui avait une tumeur pesant près de 7 kilogrammes: les vaisseaux qui l'alimentaient avaient pris presque le volume des vaisseaux fémoraux. Le pédicule fut laissé en dehors; quoique la vessie fût comprise dans ce pédicule, que la malade ait eu des accidents réflexes formidables, elle a guéri.

Dans un deuxième cas, pour une opération facile, j'ai fait la réduction du pédicule, à cause de l'indocilité extrême de la malade; elle est morte le quatrième jour avec des évacuations bilieuses d'une abondance extrême.

Dans un deuxième cas, j'ai laissé le pédicule en dehors; la malade est morte, mais cela ne m'empêche pas de penser qu'il vaut mieux le laisser dans la plaie.

Les observations de MM. Périer et Terrier paraissent conformes aux miennes.

M. Queirel a fait cinq hystérectomies, il a toujours laissé le pédicule en dehors; il a eu trois guérisons et deux morts, une moins de quarante-huit heures après l'opération.

A propos de l'hystérectomie, je dirai que la clinique trouvant que beaucoup de femmes peuvent vivre longtemps avec des corps fibreux, il n'est indiqué de faire l'hystérectomie que quand on y est forcé; c'est le contraire pour l'ovariotomie.

Après l'hystérectomie on peut observer des accidents nerveux terribles. Moins on enlève d'utérus, plus on a chances de les éviter; M. Queirel, au contraire, croit que pour les éviter il vaut mieux faire la section le plus près possible du col. M. Fort donne le résumé de six opérations faites sur l'utérus et ses annexes.

Dans un cas il a enlevé un corps fibreux par la voie vaginale avec le serre-nœud.

Il a fait l'hystérectomie, il a eu deux morts et une guérison; dans ce dernier cas les instruments qui maintenaient le pédicule se sont enfoncés dans la cavité abdominale; il a dû attendre la gangrène du pédicule pour les retirer; il voudrait de cet accident faire une méthode opératoire, dite méthode mixte.

Les deux autres cas se rapportent à une ovariectomie et à une laparotomie pour grossesse extra-utérine.

M. Pozzi.—Demande quel est le mode de ligature employé par les deux auteurs?

Le traitement du pédicule paraît être une question tranchée: il vaut mieux faire le traitement extra-péritonéal qu'intra-péritonéal. Quand au mode de ligature, il me paraît démontré que le système élastique est le mode auquel il faut se rallier.

Je demande en même temps si les auteurs se sont ou non servis du spray. Le spray tend à être abandonné par quelques auteurs à cause du refroidissement du péritoine qu'il occasionne.

M. Gillette.—L'ovariotomie est une excellente opération, l'hystérectomie n'est une bonne opération qu'à la condition d'avoir une des trois indications suivantes: le volume, les hémorrhagies, les douleurs.

Je crois que M. le rapporteur est trop exclusif quand il dit qu'il faut toujours faire le traitement extra-péritonéal du pédicule. Il y a tant d'avantages à faire le traitement intra-péritonéal pour éviter le tiraillement de la plaie qu'il vaut mieux réduire quand on le peut.

M. Terrier.—Il se propose de communiquer à la prochaine séance un cas d'hystérectomie, et de donner ses idées à ce sujet; il ne croit pas qu'il faille rejeter le traitement intra-péritonéal du pédicule; mais il y a un grand danger, celui des hémorrhagies.

Dans tous les cas on ne peut pas établir de règles à ce sujet.

Le spray est employé par beaucoup d'auteurs; je l'emploie toujours; il n'y a pas danger de refroidir le péritoine protégé par des éponges et par des aides.

M. Pozzi nous a parlé de résorption du pédicule enserré dans la ligature: ce pédicule s'organise.

M. Pozzi.—Quand j'ai parlé de résorption du pédicule, j'ai voulu parler de ce qu'il devient après la ligature élastique qui, comme on le sait, sectionne le moignon; et ce moignon se résorbe.

L'emploi du spray est contesté par beaucoup d'auteurs: Hégar, Kœberlé, Bantock ne l'emploient pas.

Dans les trois hystérectomies que j'ai faites et où j'ai eu 1 mort et 2 guérisons, j'ai employé la ligature élastique qui a surtout pour but d'éviter l'hémorrhagie et qui ne doit pas nous donner les craintes qu'elle inspire à M. Gillette.

M. Lucas-Championnière.—Est d'avis comme M. Terrier qu'il n'y a pas de règles pour rentrer ou laisser dans la plaie le moignon utérin.

Quand à la ligature élastique, on dehors d'Hégar, il n'y a pas beaucoup d'opérateurs qui s'en servent.

Le spray, il n'en est question, ni dans le travail de M. Fort, ni dans celui de M. Queirel, j'ai fait toutes mes hystérectomies sous le spray.

Beaucoup y ont renoncé, mais beaucoup s'en servent.—*France méd.*

**Oöphorectomie.**—TAUFFER formule comme suit le résultat de son expérience et de ses observations :

1° Si on s'entoure des précautions nécessaires, l'ablation des ovaires peut se pratiquer sans beaucoup de danger. Le chiffre de mortalité inévitable en est aujourd'hui réduit à dix pour cent.

2° L'opération doit être pratiquée avec les précautions antiseptiques, sous les pulvérisations d'acide carbolique, la cavité abdominale doit être fermée; le drainage n'est nécessaire que dans certains cas exceptionnels.

3° L'époque de la ménopause n'étant pas fixe, on ne doit pas tenir compte, dans tous les cas, de l'âge de la malade en rapport avec cette époque.

4° L'opinion d'Hagar, qui prétend que la palpation des ovaires doit être possible dans les cas qu'on se propose d'opérer, ne saurait être maintenue.

5° Il faut enlever les deux ovaires si des raisons spéciales n'obligent à conserver le second ovaire *sain*.

6° Si les trompes présentent la moindre altération, on doit les enlever.

7° L'hystero-épilepsie est curable par la castration.

8° Les symptômes connus sous le nom collectif d'hystérie sont souvent produits par une maladie des ovaires.

9° La question de l'influence que la ligature des gros vaisseaux nourriciers, sans castration, exerce sur les fibro-myomes utérins, mérite une sérieuse considération.

10° La ménopause, en règle générale, suit de près l'opération, sauf dans les cas où les organes contigus aux ovaires se prennent d'inflammation.

11° Il peut s'écouler plusieurs mois avant qu'on puisse se rendre compte du résultat de l'opération.

12° On ne saurait encore rien dire de positif sur l'influence que les maladies des organes génitaux de la femme exercent sur le développement de certaines psychoses (maladies mentales).

13° On ne sait davantage si la castration peut guérir de telles psychoses.—*New York Med. Journ.*

**Spéculum antique.**—On a récemment découvert dans les fouilles de Pompéi un spéculum quadrivalve admirablement proportionné et d'un mécanisme qui ne le cède en rien aux instruments modernes les plus parfaits. Il est bien dommage que le nom de l'inventeur ne soit pas connu !

## PÉDIATRIE.

**De la sclérose en plaques chez les enfants.** — M. Pierre Marie publie dans la *Revue de Médecine*, un article très élaboré sur cette intéressante affection. Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

*L'âge* de l'enfant ne joue qu'un rôle secondaire dans le développement de la sclérose en plaques ; il varie dans de grandes limites, de 14 mois à 14 ans. La fréquence la plus grande coïncide avec l'âge de 3 ans, mais il faut cependant remarquer le début très précoce, observé une fois à 14 mois.

A propos du sexe, on trouve une légère prédominance du sexe masculin : 8 garçons pour 6 filles. M. Charcot tend cependant à admettre que la sclérose en plaques est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Chvostek dans une série de 16 cas n'a trouvé, par contre, que 6 femmes.

*Les causes* sont aussi obscures chez l'enfant que chez l'adulte, mais on peut considérer comme un fait très important l'existence d'une maladie antérieure ; l'ictère ou l'albuminurie, la scarlatine ont été cités comme antécédents chez des enfants. Chez l'adulte, M. Charcot a signalé des maladies infectieuses : typhus, fièvre typhoïde, scarlatine, variolo, aux cours desquelles la sclérose avait débuté.

Cette relation n'est encore qu'une hypothèse, mais en somme fort acceptable ; il y a certainement là autre chose qu'une pure coïncidence.

*L'hérédité* joue manifestement un rôle important. L'hystérie, la sclérose en plaques, la chorée ont été observées comme antécédents héréditaires nerveux. Dans ce dernier cas, la danse de saint Guy signalée par les parents du petit malade, pouvait être une véritable sclérose en plaques.

L'ensemble symptomatique est le même que chez l'adulte. Au début on voit le plus souvent la difficulté de la marche, la parésie d'un ou de plusieurs membres, le tremblement ne se produisant que dans les mouvements voulus, et les troubles oculaires, tels que strabisme, nystagmus transitoire et permanent. Enfin l'embarras de la parole qui est lente, monotone, mal articulée comme chez les adultes.

En examinant maintenant les faits particuliers, on trouve que le tremblement dans les mouvements volontaires peut débiter tantôt par un bras, tantôt par les deux ; il peut affecter les muscles du cou et ceux du tronc. On voit alors la tête de l'enfant animée de mouvements dès qu'il veut marcher ou se lever de son lit. De beaucoup le plus fréquent est le tremblement des membres inférieurs.

Parmi les troubles du côté des yeux, le strabisme a été observé six fois sur les 14 cas cités par M. Marie, et cinq fois le strabisme était interne. Le nystagmus a été observé sept fois. Dans quatre cas, il y avait en même temps nystagmus et strabisme. Dans deux cas, le strabisme a existé seul sans nystagmus.

Enfin, sur 14 cas, il n'y en avait que 4 dans lesquels on n'a pas observé de troubles oculaires.

*Les troubles de la parole* n'ont manqué que trois fois ; dans les 11 autres cas ils ont présenté les mêmes caractères que chez l'adulte.

Le *tremblement de la langue* est cité dans quatre observations, mais il n'a jamais été très intense; c'était même plutôt des mouvements fibrillaires ou des séries d'oscillations sur le dos de la langue. Enfin, à ces faits, on peut rattacher la paralysie labio-glosso-pharyngée, qu'on a rencontrée dans trois cas.

Parmi les *symptômes cérébraux* qui sont presque la règle, il faut remarquer tout d'abord des *troubles psychiques* dont l'intensité peut varier d'une simple inégalité d'humeur à une irritabilité exagérée. L'intelligence peut notablement diminuer; la mémoire perd ses qualités de facilité et de fidélité; les facultés mentales déclinent rapidement et l'enfant semble dans l'imbécilité.

Ces troubles psychiques ont été peu étudiés jusqu'ici, même chez l'adulte. Ils sont cependant fréquents et leur étude permet de relier un certain nombre de cas de sclérose en plaques à des cas de paralysie générale. Au point de vue anatomique, cette fusion s'explique par le siège et l'étendue des lésions.

Les *attaques épileptiformes* ont été observées dans deux cas, et dans un cas seulement les attaques apoplectiformes. Dans sept autres cas, les enfants ont eu des convulsions. Il est vrai que les convulsions représentent dans la pathologie infantile des phénomènes peu significatifs; cependant, ne doit-on pas, dans le cas présent, les rapprocher des attaques apoplectiformes et épileptiformes de l'adulte?

La *sensibilité* reste normale dans la majorité des cas chez l'enfant comme chez l'adulte.

La *marche* de la maladie est progressive, mais lente; dans toutes les observations de M. Marie, il n'existe qu'un seul cas avec autopsie.

Des rémissions, quelquefois considérables, sont souvent observées; elles semblent servir de transition, ou vers une amélioration persistante, ou vers la guérison complète comme dans l'observation de M. Marie.

Le *diagnostic* de la sclérose en plaques chez l'enfant est particulièrement difficile. Si on peut immédiatement éliminer le *tremblement dit sénile* et la *paralysie agitante*, en revanche, il est d'autres affections particulières à l'enfance qui viennent augmenter la difficulté du problème.

L'affection décrite par Friedreich sous le nom d'*ataxie héréditaire* peut être confondue avec la sclérose en plaques. En France on tend même à identifier les deux maladies.

Et il importe de faire remarquer que chez des malades de Friedreich le début a toujours lieu au moment de la puberté, tandis que dans la sclérose le début peut être beaucoup plus hâtif. Les troubles moteurs sont loin d'être les mêmes dans les deux affections. Dans l'une il y a incoordination dans les mouvements, dans l'autre il y a tremblement. L'incoordination n'est que secondaire et causée par le tremblement lui-même.

Dans les observations de sclérose, les réflexes tendineux étaient exagérés; chez les malades de Friedreich ils étaient abolis.

Les troubles de la marche ont encore ceci de particulier, dans les malades de Friedreich, qu'ils augmentent d'intensité par l'occlusion des yeux. Dans les cas de sclérose cités, l'occlusion des yeux n'amène aucune modification semblable.

Le *strabisme* ne s'est jamais présenté chez les premiers, tandis qu'on l'a vu survenir dans la moitié des cas de sclérose infantile.

Les troubles de sensibilité ne sont pas très intenses et ils sont tardifs dans le tabes héréditaire, mais en somme, ils existent à l'état de signes fréquents : ils constituent au contraire une anomalie dans la sclérose en plaques, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Enfin les troubles cérébraux manquent dans l'ataxie héréditaire et les attaques apoplectiformes sont rares, c'est le contraire qu'on observe dans la sclérose.

En résumé, quand bien même l'affection décrite par Friedreich finirait par prendre place dans la pathologie nerveuse, il existe assez de caractères différentiels pour qu'on puisse faire le diagnostic entre elle et la sclérose en plaques des enfants.

*La chorée peut-elle en imposer ?*

La persistance des mouvements, même pendant le repos, leur absence au début, la participation des muscles de la face et de la langue, l'absence de nystagmus, de strabisme, les commémoratifs, la présence d'un souffle cardiaque sont autant de signes qui, réunis, permettent d'éviter l'erreur.

*Le tabes spasmodique* peut être d'un diagnostic beaucoup plus difficile, cependant on remarquera que, dans cette maladie, la paralysie est beaucoup plus accentuée. La contracture des membres inférieurs plus marquée, les pieds présentant souvent un certain degré de pied-bot varus équin. De plus on ne trouve pas de nystagmus, pas de strabisme, pas de trouble de la parole, pas de tremblement des membres supérieurs.

*L'hémiplégie infantile* dans ses formes effacées, et surtout quand elle s'accompagne d'*hémichorée* ou d'athétose, pourrait être confondue avec la sclérose, mais on remarquera que les mouvements du malade sont irréguliers, sans rythme. Enfin le caractère hémiplégique de ces mouvements devra entrer en ligne de compte et assurer le diagnostic.

En résumé :

La sclérose en plaques existe dans l'enfance proprement dite.

Elle est d'une fréquence relative vers l'âge de 3 ou 4 ans.

Ses manifestations cliniques sont absolument semblables à celles qu'on observe chez l'adulte.

La maladie dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de la sclérose en plaques est *l'ataxie héréditaire*, mais cette ressemblance n'est pas telle qu'on ne puisse faire le diagnostic.

**Cyanose congénitale.** — Leçon du prof. Aloïs Monti à la polyclinique de Vienne. — Je vous présente aujourd'hui un enfant qui, au dire de sa mère, est cyanosé depuis sa naissance. Agé de quatre ans, il n'est, cependant, pas plus développé que s'il n'en avait que deux. En l'examinant avec soin, vous remarquez la teinte bleuâtre de la face, et plus particulièrement des joues. La langue même, ainsi que les muqueuses nasale et buccale sont bleues ; la cyanose est donc généralisée dans ce cas, et non pas limitée seulement à la peau. Les mains sont congestionnées, et les extrémités des doigts, tant aux mains qu'aux pieds sont un peu tuméfiées. Quand l'enfant pleure, une congestion veineuse générale se produit.

Ce cas est, en vérité, très intéressant et tout-à fait caractéristique, mais l'intérêt qu'il offre n'est pas limité à la seule cyanose. Cet enfant est incapable de marcher ou de parler ; la tête est excessivement



petite, je dirai même microcéphalique; les fontanelles ne sont pas encore formées. Le pénis n'est pas plus volumineux que celui d'un nouveau né; les testicules sont remarquablement petits. En résumé, l'enfant est idiot.

Il n'y a pas de doute que nous avons affaire, ici, à une maladie du système circulatoire, et probablement à un vice de conformation du cœur lui-même. L'affection doit être congénitale, car il est impossible d'expliquer autrement une cyanose aussi intense. En percutant avec soin, je ne constate aucune hypertrophie. Ceci est très important, car dans le cas d'une maladie acquise du cœur, celui-ci serait hypertrophié, tandis qu'ici, au contraire, il semble être réellement plus petit qu'à l'état normal. Il est impossible de localiser exactement l'endroit où vient battre la pointe du cœur. A l'auscultation on perçoit un bruit de souffle au premier temps, à la base.

D'où nous concluons, premièrement, qu'il n'y a pas d'hypertrophie; en second lieu, que le pouls cardiaque est diffusé; troisièmement, que la contraction ventriculaire est normale, et enfin qu'il y a un murmure systolique à la base. Les deux bruits pulmonaires sont bien accentués; le bruit aortique s'accompagne de souffle.

Qu'avons-nous donc ici? Y a-t-il permanence du trou ovale, ou vice de conformation de l'artère pulmonaire ou de l'aorte? La cloison inter-ventriculaire fait-elle défaut, ou bien le trou de Botal est-il ouvert? Il est impossible de le dire d'une manière exacte. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il y a, à la base, un bruit de souffle qui peut être dû, soit à la permanence du trou ovale, soit à l'absence de la cloison ventriculaire. La première hypothèse est la plus certaine. Pour nous, praticiens, qu'il nous suffise de dire que l'enfant souffre d'un vice congénital du côté du cœur. Les anomalies que nous remarquons à la tête et aux organes génitaux sont intéressantes sans doute, mais elles ne sont pas nécessairement liées aux autres états pathologiques constatés tout-à-l'heure. Le pronostic de ces cas de cyanose est très défavorable. Les enfants qui en sont atteints souffrent ordinairement aussi de catarrhe, bronchite, et sont exposés à mourir subitement de congestion active du poumon, dans les quatre ou cinq premières années de la vie. Quant au pronostic du cas actuel, point n'est besoin de dire qu'il est très mauvais. Tout ce que nous pouvons faire est d'administrer des toniques, régulariser la diète du malade et prescrire les stimulants au besoin. — *New-York Medical Journal*.

**La mort subite chez les jeunes enfants.**—Voici, sur ce sujet, un article très intéressant que M. le Dr Bontemps publie dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*:

La mort subite, chez les enfants, paraît plus fréquente qu'on ne serait disposé à le croire au premier abord; cependant, il n'existe pas de statistique bien complète à cet égard. L'auteur a fait sur ce point particulier un travail dans lequel il étudie la mort subite chez les enfants au-dessous de deux ans, sous quatre chefs principaux, suivant qu'elle survient par le système nerveux, le système respiratoire, le système circulatoire ou enfin le tube digestif ou les organes annexes importants de l'économie. Cette étude a surtout de l'importance au point de vue médico-légal, car lorsque la mort se produit subitement chez un enfant, l'expertise est souvent demandée. Il importe donc de connaître bien les lésions qui peuvent y donner lieu.

Du côté du système nerveux, ces lésions sont multiples; cependant celle qui est le plus souvent invoquée, la congestion cérébrale, est loin d'être la plus fréquente. Dans l'hémorrhagie méningée, la mort est aussi très rare.

L'hémorrhagie cérébrale a été observée aussi très exceptionnellement au dessous de deux ans. C'est au contraire dans la méningite tuberculeuse à forme latente que la mort subite peut s'observer le plus souvent. C'est donc de ce côté qu'il faut surtout porter ses investigations. L'hydrocéphalie, les tumeurs cérébrales et les convulsions, même celles qui sont dites essentielles, peuvent amener la mort subite. Enfin le spasme de la glotte, qu'on peut rapprocher des convulsions, mérite une place à part dans cet ordre de causes.

Les morts subites par le système respiratoire sont peut-être plus fréquentes encore: la laryngite striduleuse, la pleurésie, et toutes les lésions du poumon peuvent en être la cause: mais la congestion pulmonaire joue ici un rôle prédominant. On peut même voir l'apoplexie pulmonaire chez le jeune enfant, quoique très rarement. Les corps étrangers des voies respiratoires, et la coqueluche, doivent être cités ensuite.

Parmi les cas de mort produit par le système circulatoire, il est important de connaître ceux qui sont dus à la syncope. MM. Marotte, Barthez, Bouvier ont cité plusieurs cas de syncope mortelle survenus chez de jeunes enfants de moins d'un an, bien portants, sans qu'on sache à quoi l'attribuer. L'endocardite, peut-être plus fréquente qu'on ne le pense à cet âge, la cyanose et surtout les thromboses des sinus de la dure-mère dans le cours de l'anthrax, ainsi que l'a démontré M. Parrot, rentrent encore dans cette étiologie. On a signalé enfin des cas relativement assez nombreux de mort survenue à la suite d'hémorrhagies foudroyantes produites par l'ulcération des jugulaires dans les suites de la scarlatine. Enfin, dans la dernière catégorie des causes de mort subite, on peut placer en première ligne le choléra infantile, cause quelquefois de grandes difficultés médico-légales, car il peut ne laisser que des traces très légères. Les hématomés, qu'elles soient idiopathiques ou qu'elles reconnaissent pour cause une ulcération de de l'estomac ou du duodénum, ou bien encore l'existence d'une diathèse hémorrhagique, peuvent être encore une cause de mort subite. M. Rilliet a pu réussir ainsi 23 cas dont 9 se sont terminés par une mort rapide. Restent, comme cause très rare de mort subite chez le très jeune enfant, les vers intestinaux.—*Scalpel.*

---

**Deux cas d'ulcère stomacal avec dégénérescence artérielle, par NORMAN MOORE.**—L'un de ces ulcères était ovale, mesurait un pouce de diamètre et occupait la petite courbure. Les artères des différentes régions du corps étaient athéromateuses. La calcification des artères gastriques était complète, et l'une des branches de l'artère pancréatico-duodénale irriguant la région ulcérée était obstruée. Chez une autre malade goutteuse et atteinte d'un ulcère stomacal au début, il existait de l'athérome artériel, ainsi que des dépôts goutteux dans les jointures et divers tissus. M. Moore a constaté que chez les malades dont le système artériel est sain, on doit attribuer cet ulcère à des embolies —*Brit. med. journ.—Union médicale.*

## FORMULAIRE.

**Bronchite et coqueluche.**—*Bartholow.*

R—Acid. hydrocyan. dil .....	ʒi
Tinct. sanguinar .....	ʒiv
Syr. senegæ.....	ʒss
Syr. toltan.....	ʒii
Aq. lauro-ceras.....	ʒvii

M.—*Dose* : De une à deux cuillerées à thé (suivant l'âge du malade) toutes les trois ou quatre heures.

**Potion expectorante.**

R—Morph. acetat.....	gr iv
Tinct. belladon.....	ʒii m xx
Spt. chloroformi .....	ʒvi
Syrup. senegæ.....	ʒi
Syrup. prun. virg... ..	q.s. ad ʒiv

M.—*Dosè* : Une cuillerée à thé, trois fois par jour.

**Rhumatisme articulaire aigu.**—*Tollikoffer.*

R—Pulv. resin. guaiaci .....	} aa gr x
Pot. iodid.....	
Tinct. colchici sem.....	ʒss
Aq. cinnam. ....	} aa q.s. ad ʒi
Syrupi.....	

M.—*Dose* : De une cuillerée à dessert à une cuillerée à soupe trois fois par jour.

**Cystite.**—*Skene.*

R—Acid. benzoici .....	} aa gr. x
Sod. biborat .....	
Infus. buchu .....	ʒii

M.—A prendre en une seule dose trois ou quatre fois par jour.

**Gonorrhée.**—*Dr Bixbey.*

R—Hydrastie sulph. ....	gr x
Glycerinæ .....	ʒi
Aq. destill .....	ʒii

M.—En injections, toutes les trois heures.—*Southern Clinic.*

**Névralgie syphilitique.**—*Mauriac.*

R—Pulv. iodoformi.....	ʒi
Ext. gentianæ.....	q.s

M.—Faites 20 pilules.—*Dose* : Deux ou trois par jour.

**Pharyngite syphilitique.**

R—Hydrarg. bichlorid .....	gr vi
Acid. hydrochlor.....	gutt xii
Syr. simpl.....	ʒi
Aquæ destill. ad.....	ʒviii

M.—En gargarisme, plusieurs fois par jour.

**Douleurs d'oreilles.**

R—Huile d'olive. ....	ʒi
Chloroforme.....	ʒi

Mêlez et agitez le mélange. Versez en vingt-cinq ou trente gouttes dans l'oreille puis appliquez un tampon d'ouate ou de charpie pour empêcher l'écoulement du liquide et l'évaporation trop rapide du chloroforme. Le soulagement est prompt et complet.—*Druggist Circ.*

**Contre les douleurs qui précèdent le flux menstruel.**

R—Sulfate de codéine.....	gr i
Hydrate de chloral, bromure d'ammonium.....	ʒʒ grs xx
Eau de camphre.....	ʒi

A prendre en une seule dose, au coucher. Il est rarement nécessaire de répéter cette dose. Dans certains cas il sera utile de prescrire en même temps un bain de siège de quinze minutes.—*Americ. Med. Journ.*

**Solution à Iodoforme pour injections dans les cas de blennorrhagie aigue ou chronique.—*Campana.***

R—Iodoforme.....	ʒv
Acide phénique.....	grs iii ou iv
Glycérine pure.....	ʒiiss
Eau distillée.....	ʒv

M.—Commencer par une seule injection dans les vingt-quatre heures et continuer au bout de trois ou quatre jours par deux et trois injections. Quand, au bout d'une dizaine de jours, les symptômes inflammatoires se seront amendés, on substituera à la solution à l'iodoforme une solution de sulfate de zinc dans de l'eau gommée.—*Gaz. méd. de Paris.*

**Suppositoires à Iodoforme contre les hémorrhoides.**—On sait que l'iodoforme agit dans les hémorrhoides en calmant les douleurs et en favorisant la cicatrisation des fissures et des petites ulcérations qui ont pu se produire. Dans la formule suivante qui est reproduite par le *Répertoire de pharmacie* d'après un journal allemand, le baume du Pérou masque un peu l'odeur si désagréable de ce médicament.

R—Iodoforme .....	ʒi
Baume du Pérou .....	ʒii
Beurre de cacao .....	ʒiiss
Cire blanche.....	ʒiiss
Magnésio calcinée.....	ʒi

F. s. a. 12 suppositoires.

Après chaque selle, placer un suppositoire.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JANVIER 1884.

---



---

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 survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHARRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

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.

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont 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.

---

## 1884

---

Avec la présente livraison, l'UNION MÉDICALE DU CANADA entre dans sa treizième année d'existence. On avouera que c'est là un âge déjà assez respectable pour une publication qui ne s'est maintenue jusqu'à ces années dernières qu'à force de sacrifices de la part de ses éditeurs, et dont l'existence, parfois menacée au point de donner des inquiétudes à nos meilleurs amis, a souvent semblé un problème plus ou moins difficile à résoudre.

Cette période critique est déjà bien loin de nous, et, même à défaut de toute autre preuve, l'année qui vient de finir est là pour dire que désormais nous pouvons envisager l'avenir avec la plus grande confiance. L'UNION MÉDICALE repose aujourd'hui sur une base solide et peut rivaliser avantageusement avec la plupart des revues mensuelles de ce genre publiées sur ce continent.

Les améliorations faites au journal en janvier 1883, et grâce auxquelles nous pouvons, depuis lors, donner à nos lecteurs quarante-huit pages très compactes,—non interlignées—de matière à lire chaque mois. (dix pages de plus, par mois, que les années précédentes) nous ont nécessairement imposé un surcroît de dépenses, mais par contre, en même temps que le nombre des abonnés s'est élevé proportionnellement durant l'année, nous avons également vu se grossir les rangs de nos collaborateurs actifs. C'est là, pour nous, un encouragement auquel nous ne pouvons rester insensibles et qui seconde trop bien nos vœux pour que nous n'y répondions pas par un égal surcroît de zèle et de travail. Aussi, voulons-nous, cette année, soutenir ce qui est fait, et même faire davantage, dans les limites du possible.

Mais nos progrès ne se bornent pas aux seuls faits matériels. Dans le but d'être le plus possible utiles à ceux qui nous lisent, et de faire de l'UNION MÉDICALE une publication qui puisse rencontrer les besoins réels du praticien, nous avons publié, aussi souvent que cela a pu se faire, quelques unes des leçons cliniques qui se donnent dans les hôpitaux, des rapports de cas, notes de traitement, etc. Or nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, cette année, une part plus grande encore sera faite aux publications cliniques. Des arrangements spéciaux nous assurent, mieux que par le passé, le puissant et utile concours des médecins et chirurgiens de nos hôpitaux, et vont mettre à notre disposition un choix très-varié de communications, lectures, etc. Les leçons que nous publions en tête de la présente livraison inaugurent une série de cliniques, tant chirurgicales que médicales, dont notre journal aura la primeur et qui seront, nous n'en doutons pas, hautement appréciées de nos lecteurs.

Cette portée pratique que nous voulons donner ainsi aux travaux originaux, nous la donnerons également dans la même mesure, aux reproductions de la presse médicale. Non que nous voulions négliger ou méconnaître l'importance et la nécessité des études purement théoriques, mais il nous a toujours semblé que, ne pouvant disposer que d'un espace assez limité de notre journal pour mettre le lecteur au courant des progrès de la médecine à l'étranger, il fallait nécessairement, dans la revue des journaux, choisir les articles les mieux en rapport avec l'idée qui a présidée à la fondation de l'UNION MÉDICALE et avec le but pratique que ses rédacteurs se sont toujours efforcés d'atteindre.

On ne nous en voudra pas, osons nous l'espérer, de sacrifier un peu de la sorte les théories plus ou moins abstraites, les études expérimentales physio pathologiques etc. pour nous attacher plus spécialement à la clinique, c'est-à-dire à ce qui peut, à notre point de vue, rendre le plus immédiatement service au médecin que le devoir met tous les jours aux prises avec les innombrables difficultés de la pratique.

La revue des journaux embrassera, comme l'an dernier, plusieurs branches très importantes de la médecine telles que la pédiatrie, la syphiligraphie, la dermatologie, qui avaient été forcément négligées ou omises dans les précédentes années, faute d'espace suffisant.

\* \* \*

Aux collaborateurs du XIIe volume de l'UNION MÉDICALE, nous offrons l'expression réitérée de notre gratitude pour le concours actif qu'ils nous ont donné en nous communiquant leurs travaux.

Merci également à tous ceux qui, comprenant que le journal ne vit pas seulement de communications et d'originaux, mais aussi d'argent, nous ont fait parvenir, durant l'année, le prix de leurs abonnements, arrérages, etc. Nous ne doutons pas que ceux de nos abonnés qui n'ont pas encore eu l'occasion de satisfaire à ce sacré et légitime devoir vont s'empressez de l'accomplir le plus tôt possible.

A tous enfin, abonnés et collaborateurs, lecteurs et amis, nous offrons nos meilleurs souhaits pour la nouvelle année : beaucoup de malades, une multitude de cas extraordinaires, et surtout une clientèle payante qui dédommage un peu des sacrifices et des labeurs de la plus ingrate des professions.

## L'Enseignement de la Médecine en Canada.

Nos écoles de médecine ont passé dans un calme apparent, si non réel, les derniers jours d'une année bien orageuse. Nos luttes ont à certains moments absorbé l'attention et divisé l'opinion publique. Après tout, nous avons chassé de race ; on ne saurait exiger que nos médecins soient moins chicaniers que tous leurs compatriotes de race latine, et en y mettant un grain de charité, il est facile de supposer que de part et d'autre ou était animé des meilleures intentions. Et puis, il y a eu dans cette lutte certains avantages qui, sans équivaloir à une compensation, n'en sont pas moins réels : L'élève a eu tout le bénéfice de l'émulation qui en est résultée, chaque professeur ayant à cœur de ne pas se laisser surpasser par son congénère du côté opposé, comme on dit en anatomie. L'étudiant est devenu moins bruyant et plus assidu au travail, et plus d'un carabin *temporis acti* est édifié par ses arrières neveux.

Tout cela pourtant, qu'on l'envisage sous l'aspect le plus favorable, est bien insuffisant ; comme nous venons de le dire, il n'y a pas compensation. En définitive, avec ces luttes nous restons stationnaires, c'est à dire qu'on nous dépasse. Il nous faut une solution définitive, il nous faut de l'union, car si nombreux que nous soyons, la tâche est égale à nos forces réunies. Sera-ce au moyen de l'Université indépendante, de l'Université Laval ou d'Écoles indépendantes que nous atteindrons notre but ? Nous déclinons tout droit et toute compétence de juger en pareille matière, et pour notre part, nous nous soumettons d'avance et sans réserve à la décision du chargé de pouvoir du Saint-Siège.

On peut, sans amour propre, affirmer qu'il est possible de réunir à Montréal un personnel enseignant, possédant toute la compétence nécessaire ; mais à côté de ce fait non contesté s'en place un autre qui l'est encore moins : le professeur, si compétent qu'on le suppose, ne saurait donner à l'élève tout le bénéfice de sa science, s'il n'a à sa disposition un matériel scientifique approprié. Or, n'est-ce pas là ce qui nous a toujours fait défaut. Nous avons, il est vrai, plusieurs hôpitaux et dispensaires où le médecin a ses coudées plus ou moins franches, mais nos écoles ! Vous le savez, confrères vieux et jeunes ! Qu'on ne vienne pas nous répéter que les revenus d'une institution médicale *bien achalandée* suffisent à parer à pareille éventualité ; les institutions qui possèdent un matériel d'enseignement et les professeurs de celles qui n'en ont pas sont prêts à répondre à cette objection. Allons donc ! il y a des bornes à l'abnégation ! Peut-on raisonnablement exiger que deux, trois ou quatre générations de professeurs se sacrifient pour fournir des matériaux d'enseignement à leurs survivants. Non ! Nous ne craignons pas de l'affirmer, le système des professeurs non rétribués ne produira jamais que des institutions mal affermies. Le médecin, comme l'ouvrier, tire de son travail le pain de sa famille, et plus que ce dernier, et autant que tout autre, il fait la charité ; tant pis s'il est charitable malgré lui, il ne lui reste plus qu'à l'être par intérêt.

Il nous faut à Montréal une seule faculté médicale canadienne française. Ce n'est pas là notre opinion personnelle mais l'expression de l'opinion unanime de la profession. Mais d'après nous, cette institution doit débiter dans un très court délai avec un matériel d'enseignement complet, et on doit fournir à ses professeurs les moyens de se soustraire aux exigences les moins pressantes de la clientèle, sous peine d'avoir des professeurs en théorie ou.....en herbe.

## Notre livraison de Janvier.

---

Ceux auxquels nous adressons aujourd'hui le journal pour la première fois voudront bien se rappeler que, s'ils ne le renvoient pas avant la réception de la livraison suivante, nous sommes en droit de les considérer comme abonnés. Ainsi le veut la législation concernant les journaux, ainsi le voulons-nous aussi.

S'il en est qui ne désirent pas encourager notre œuvre, et nous espérons qu'ils seront en très petit nombre, ils devront nous renvoyer cette livraison de janvier avant le 1er du mois prochain. Dans ce cas, nous les prions très instamment de ne pas détruire ou déchirer la bande du journal portant leur adresse, afin que nous puissions savoir d'une manière exacte quels sont ceux à qui nous devons, et quels sont ceux à qui nous ne devons pas continuer l'envoi de l'UNION MÉDICALE.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

ELSBERG (Louis) M. D. *Introductory address delivered before the medical class of Dartmouth College, August 1st 1883.*

*Vick's Floral Guide* for 1884. Élégant in-8° de 150 pages, orné de 1000 gravures et de trois planches coloriées. Expédié franc de port sur envoi de 10 centins.

*Lindsay and Blackiston's Physician's Visiting list for 1884.*

33me année. Les éditeurs de cet agenda médical si bien connu y ont introduit cette année plusieurs traits nouveaux, entr'autres une "Edition perpétuelle" (sans dates) qui pourra servir tant que les pages n'en seront pas toutes remplies. Outre les renseignements ordinaires, l'agenda de 1884 contient une liste des remèdes nouveaux, la méthode de respiration artificielle de SYLVESTER et un diagramme du thorax. Du reste, et plus encore que par le passé, solide, propre, peu embarrassant et commode.

*Revue bibliographique universelle des Sciences médicales, avec index alphabétique annuel* indiquant les matières contenues dans les journaux spéciaux et les ouvrages publiés en toutes langues et dans tous les pays, classés d'après l'ordre méthodique des sujets traités, suivi d'une table alphabétique des auteurs; publication mensuelle dirigée par le Docteur Comte MEYNEERS D'ESTREY.

L'objet de cette revue est de mettre le praticien et l'auteur à même de retrouver immédiatement les sources à consulter pour un sujet quelconque.

La Revue bibliographique formera tous les ans un fort volume grand in-8° d'au moins 600 pages. Prix de l'abonnement: 30 fr. par an. Pour s'abonner, il suffit d'écrire à M. Ch. Grémiaux, secrétaire général, place Saint-Michel, 6, Paris.

---



## NOUVELLES MÉDICALES.

**MARION-SIMS.**—Il est question d'élever un monument à Marion Sims dans Central Park, à New-York.

M. le Dr James BELL vient de donner sa démission comme surintendant du département médical au *Montreal General Hospital*. Le Dr Bell ne laissera cependant l'hôpital qu'en mai prochain. Son successeur n'est pas encore choisi.

*Le Sanitarian* de New-York est redevenu mensuel, mais sans rien perdre en importance ni en matériel scientifique, comme on peut s'en convaincre par la livraison de Janvier, bol in-8° de 92 pages, rempli des principales questions d'actualité en fait de science hygiénique.

**Le chirurgien général de l'armée des Etats-Unis.**—L'assistant-chirurgien-général ROBERT MURRAY a été choisi par le Président de la République pour occuper la haute position laissée vacante par la mort du chirurgien général Charles H. CRANE.

## Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

## ADMISSION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE.

PROGRAMME DE L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE (POUR 1884-1885-1886.)

## MATIÈRES OBLIGATOIRES.

**LATIN.**—*Commentaires* de César, liv. V.—*Enéide* de Virgile, liv. V.—*Odes* d'Horace, liv. I.

**FRANÇAIS.**—*Les aventures de Télémaque.*—Une pièce dramatique française, savoir : *Le Cid* pour 1884, *le Misanthrope* pour 1885 et *Esther* pour 1886.

**ANGLAIS.**—*Sprague's "Six selections from Washington Irving's Sketch Book"*. Une pièce de Shakespeare, savoir : *Tempest*, pour 1884, *Richard II* pour 1885 et *Midsummer Night's Dream* pour 1886.

**BELLES-LETTRES.**—Principes, histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre et de Louis XIV en France.

**HISTOIRE.**—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

**GÉOGRAPHIE.**—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la Géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

**ARITHMÉTIQUE.**—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage; racines carrées.

**ALGÈBRE.**—Fractions et équations du premier degré.

**GÉOMÉTRIE.**—Les trois premiers livres d'Euclide, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres dans Elyssérie et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

## MATIÈRES FACULTATIVES.

(Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes.)

**GREC.**—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, liv. I.

**PHYSIQUE.**—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Atkinson.

**PHILOSOPHIE.**—Notions générales sur la logique et la morale. (Jaffre ou Valet, *Jevon's logic* et *Calderwood's Hand-book of moral philosophy*.)

Le candidat doit avoir une connaissance suffisante de la grammaire des langues ci-dessus mentionnées. L'ignorance du latin, de l'arithmétique et de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages de Washington Irving et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique, au point de vue grammatical et littéraire, des ouvrages français cités plus haut. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Corneille, Molière ou Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de *Télémaque* pour 1884 et 1885, dans la seconde pour 1886. Ils devront de plus connaître la grammaire française et l'analyse. On exigera encore d'eux une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises indiquées plus haut. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou à se servir de livres, notes, etc., sera immédiatement renvoyé.

## TEMPS ET POINTS ASSIGNÉS A CHAQUE MATIÈRE.

Latin.....	2 hrs.....	300 points.	Arithmétique	1½ hrs.....	150 points.
Français.....	1½ " .....	150 "	Algèbre.....	1½ " .....	150 "
Anglais.....	1½ " .....	150 "	Géométrie.....	1½ " .....	150 "
Belles-lettres.	1 " .....	100 "	Grec.....	1½ " .....	150 "
Histoire.....	1 " .....	100 "	Philosophie...	1½ " .....	150 "
Géographie....	1 " .....	100 "	Physique.....	1½ " .....	150 "

Examinateurs : } H. ASPINWALL HOWE, LL. D.  
 H. A. VERREAU, LL. D.  
 M. MILLER.  
 J. C. K. LAFLAMME, S. T. D.

## NAISSANCES.

—MIGNAULT.—A Curran, Ont., le 7 décembre 1883, la dame du Dr D. R. Mignault, une fille.

—FILIAITRAULT.—A Montréal, le 27 décembre 1883, la dame du Dr Flavien Filiaitault, une fille.

—DESROSNIERS.—A Montréal, le 30 décembre 1883, la dame du Dr H. E. Desrosiers, une fille.

## DÉCÈS.

—LEPAILLEUR.—A Ste-Martine, le 6 décembre 1883, à l'âge de 53 ans, Dame Mary-Ann McGowan, épouse du Dr Léonard Lepaillieur.

—PAQUET.—A Oakdale, Mass., le 16 décembre 1883, à l'âge de 5 mois et 11 jours, Marie-Eulalie-Anna, enfant du Dr E. G. Paquet.