

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Anomalies des organes génitaux de la femme.

Leçon clinique donnée à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, par A. T. BROUSSEAU, M.D., Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval.

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un cas d'*occlusion membraneuse* du vagin; c'est pourquoi je prendrai pour sujet de ma clinique du jour: "Les anomalies des organes génitaux de la femme."

Ces anomalies comprennent l'occlusion du vagin par l'hymen, par une cloison anormale et une absence totale ou partielle du vagin qui est remplacé par du tissu fibreux ou du tissu cellulaire. Dans ces cas l'utérus est souvent à l'état embryonnaire ou manque complètement.

Le vagin peut être réduit au quart, à la moitié de sa longueur ou être fermé par une cloison membraneuse: il présente souvent aussi un excès d'amplitude qui prédispose au prolapsus, comme un excès d'étroitesse qui apporte des obstacles à l'accomplissement des fonctions sexuelles et surtout à l'accouchement.

Le symptôme dominant des atrésies du vagin est la rétention des menstrues. Les malades éprouvent une pesanteur dans le bassin, les reins sont comme brisés, les douleurs y originent et vont mourir à l'hypogastre et au fondement.

Ces douleurs durent quelques jours, puis cessent, pour se répéter à une nouvelle époque.

Au fur et à mesure que ces phénomènes se renouvellent ils acquièrent une intensité croissante; les douleurs deviennent expulsives, semblables aux tranchées.

On découvre plus ou moins vite une tumeur à l'hypogastre due à l'accumulation du sang. Si cette tumeur comprime le rectum ou la vessie, elle est suivie de constipation, de ténésme, de dysurie, de rétention ou d'incontinence d'urine.

L'estomac et le système nerveux ne tardent pas à être affectés sympathiquement. La vie des malades n'est plus qu'une série de souffrances périodiques.

Les symptômes varient suivant les différentes espèces d'atrésies : dans l'imperforation de l'hymen, le doigt et la vue constatent, à l'entrée de la vulve, une tumeur rouge vif ou violacé, variant de la grosseur d'une châtaigne à celui du poing.

Cette tumeur devient tendue et douloureuse au moment de la crise menstruelle.

Pour apprécier l'épaisseur des tissus qui séparent la vessie du rectum, on introduit une sonde dans la vessie et le doigt dans le rectum, et l'on a ainsi une idée de l'épaisseur de la tumeur.

L'atrésie du col utérin est facile à diagnostiquer par le doigt, la sonde, le spéculum. La sonde utérine ne peut être introduite comme d'habitude.

L'utérus distendu fait saillie à l'hypogastre; cette tumeur progresse surtout à l'époque menstruelle.

Combinant la pression abdominale au toucher vaginal on éprouve une sensation d'ondulation.

L'absence de tout écoulement à l'époque présumée des règles, le caractère expulsif des douleurs, leur durée de trois à huit jours, leur retour à un mois environ d'intervalle, leur siège aux lombes, à l'hypogastre, l'apparition d'une tumeur, suffisent pleinement au diagnostic de la rétention menstruelle.

L'aménorrhée, que l'on pourrait confondre avec la rétention, n'amène pas d'exacerbations périodiques, ni de tumeur à l'hypogastre. L'examen vaginal enlèverait tout doute.

Quoique l'on connaisse un petit nombre de cas, dans lesquels une guérison spontanée est survenue par suite de la rupture ou de la gangrène de l'obstacle, dans la plupart des cas la nature n'est pas aussi complaisante et il faut que l'art intervienne.

Le chirurgien se trouve en présence de dangers réels : 1^o ceux que l'opération fait courir ; 2^o les périls encore plus grands auxquels exposent les progrès continuels de la maladie ; 3^o l'abolition de la fonction reproductrice qu'elle amène toujours.

Plus les organes ont été distendus par le sang, plus ils ont perdu l'aptitude de revenir sur eux-mêmes.

Si la distension a envahi jusqu'aux trompes, on doit craindre un dénouement funeste par la pénétration du sang dans la cavité péritonéale.

L'opération est alors urgente, c'est le seul moyen de conjurer ce danger.

L'imperforation de l'hymen et l'oblitération membraneuse du vagin sont les atrésies les moins dangereuses.

L'absence partielle ou complète du vagin et l'imperforation du col sont bien plus graves.

L'opération est aussi plus dangereuse quand il s'agit des atrésies accidentelles que des atrésies congénitales.

La seule contre-indication réelle à l'opération, c'est l'étendue de l'obstacle. Quand il y a absence totale du vagin, il n'est pas sage de tenter une opération. Mais les atrésies moins considérables sont plus communes, et il convient de tenter une opération, ne serait-ce que pour obtenir l'écoulement des menstrues.

On rencontre aussi assez souvent, dans l'enfance, des occlusions partielles dues à l'inflammation des parties génitales.

À l'âge adulte, ces occlusions accidentelles sont dues à un accouchement laborieux.

Dans l'enfance, ces atrésies sont situées dans la partie inférieure du vagin ou à la vulve; tandis que celles dues au travail de l'accouchement sont situées dans la moitié supérieure du vagin.

Ces variétés sont passibles d'une opération avec chance de succès.

Le procédé opératoire doit varier, suivant le siège et l'étendue du rétrécissement et l'âge de la malade; on tentera à 20 ans ce qu'on ne doit pas faire à 50 ans,—le liquide menstruel ne se reproduisant plus.

Pour prévenir les adhérences après ces opérations il faut maintenir en place des bourdonnets de charpie trempés dans la glycérine. Pour cette opération comme pour toutes les opérations sur l'utérus, l'époque la plus favorable c'est cinq ou six jours après la fin de la menstruation.

À ce moment la congestion est entièrement dissipée, et la prochaine fluxion périodique très éloignée, donc moins de chances d'inflammation, etc.

Le traitement des atrésies de la vulve, du vagin et du col utérin, comprend deux indications capitales 1^o donner issue au sang; 2^o maintenir béante cette issue. L'incision la dissection et la dilatation sont nécessaires dans les oblitérations d'une profondeur considérable.

Les incisions et la ponction suffisent dans les occlusions minces, membraneuses. Dans ces cas d'imperforations membraneuses on plonge un trocart à travers l'obstacle puis avec un bistouri on incise en divers sens jusqu'à ce que le doigt puisse commodément passer.

Contre les atrésies plus étendues, absence de vagin, etc., deux

procédés sont adoptés : l'un consiste dans une *série de pressions* : à l'aide du doigt ou d'un corps mousse destinées à déprimer la muqueuse ; puis franchir la dernière barrière avec le trocart. Ce moyen ne réussit que rarement.

L'autre consiste dans l'emploi combiné de l'instrument tranchant et du décollement du tissu cellulaire.

Le chirurgien met une sonde dans la vessie, son index gauche dans le rectum afin de servir de guide au bistouri, puis il fait *graduellement* et avec prudence de *petites incisions* au centre de l'obstacle—il peut ainsi décoller avec son doigt et le manche du bistouri, les parois viscérale et rectale jusqu'à la tumeur. Il lui faut allier la prudence à l'habileté. Le canal une fois fait, élargi, il aperçoit la tumeur sanguine dans laquelle il plonge un trocart. Un liquide poisseux, couleur lie de vin s'en échappe—puis il fait avec précaution des injections détergeantes. Pour maintenir le canal et l'orifice artificiels béants on y introduit des sondes en gomme garnies de linge à leur extrémité supérieure ou encore des bourdonnets, des éponges, des vessies en caoutchouc introduites vides et remplies d'air ensuite.

Le tout est maintenu par un bandage en T. Tel est le moyen de rendre le vagin apte aux fonctions auxquelles il est destiné.

On suspend le pansement pendant l'époque menstruelle.

Si après ces opérations l'accouchement est possible sans déchirure, *dans un bon nombre de cas*, il ne faut cependant pas espérer que toutes les opérées sont propres au mariage et surtout à l'accouchement—au contraire, des accidents graves sont à redouter.

Plus l'étendue du rétrécissement est considérable, plus le tissu est dur et retractile, plus on devra craindre pour l'avenir de la malade, surtout au point de vue de l'accouchement.

S'il est des cas où l'on peut établir une issue aux règles et prévenir les suites mortelles de la rétention menstruelle, il faut mettre en garde la femme contre les dangers qu'engendreraient les tentatives d'union sexuelle. On ne saurait donc trop recommander aux médecins de s'assurer de la bonne conformation des organes génitaux d'une jeune fille qui n'aurait jamais eu ses règles et qui songerait à se marier. Un auteur va jusqu'à dire "que la femme à laquelle la nature a refusé un utérus ne doit pas se marier et devenir l'épouse d'un homme : que l'art chirurgical ne peut que la rendre propre à être sa maîtresse mais pas davantage."

Dans le cas où il n'est pas possible d'entreprendre une opération, il faut se contenter d'un traitement palliatif. Détourner

le mouvement fluxionnaire par la saignée, les purgatifs, les révulsifs et éteindre la douleur par les narcotiques.

Pour faire mieux comprendre les observations que je viens de faire, je vous rapporterai maintenant quelques cas d'anomalies des organes génitaux de la femme, deux de ces cas ont été observés à l'hôpital Notre-Dame il y a quelque temps et dont le rapport a été préparé par M. le Dr Desrosiers, médecin interne de cet hôpital.

•OBSERVATION I.—*Cloisonnement du vagin. Rétention du sang menstruel. Opération.*

S. D., âgé 14, jeune fille bien développée et ayant toutes les apparences générales d'une santé parfaite se présenta à la consultation le 8 septembre 1881. Elle se plaint de violentes douleurs dans les régions lombaire et hypogastrique. La menstruation ne s'est pas encore manifestée. En interrogeant minutieusement la malade on obtient les renseignements suivants: Vers janvier 1880 elle commença à éprouver des douleurs considérables dans le bas-ventre, douleurs ayant un caractère intermittent et se renouvelant à peu près toutes les semaines. Elles durèrent plus d'une année entière, jusqu'à mars 1881 alors qu'un mal de reins atroce, au dire de la malade vint s'y ajouter. Ces douleurs hypogastrique et lombaire étaient accompagnées de bouffées de chaleur à la face et de refroidissement des extrémités. Aucune sensation dans les mamelles. La mère de la malade appliqua des cataplasmes sur le bas-ventre et fit plusieurs autres remèdes domestiques qui, naturellement n'eurent aucun résultat. Au bout de deux semaines, ces douleurs se calmèrent d'elles-mêmes et la malade eut deux ou trois autres semaines de repos après quoi les douleurs revinrent avec le même caractère et la même intensité. Pour la première fois, un médecin fut alors appelé et administra un anodin quelconque. Ce nouvel accès fut encore suivi d'une période de deux à trois semaines de bien-être, laquelle fit place à son tour à de nouvelles souffrances. Bref, ces alternatives de douleurs et de calme se répétèrent régulièrement toutes les trois semaines jusqu'à la fin de juillet, époque à laquelle la souffrance devint continuelle. Six semaines après, la malade venait à la consultation (8 septembre). L'examen en fut fait immédiatement. En voici le résultat:

Organes génitaux externes normalement conformés. Hymen intact. En introduisant le doigt dans le vagin, on sent vers la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, un corps arrondi, dur, quoiqu'un peu rénitant et offrant une espèce de

fluctuation. En cherchant à introduire le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale, en se sent arrêté presque aussitôt. Le palper abdominal ne révèle l'existence d'aucune tuméfaction appréciable, l'utérus semble seulement quelque peu plus volumineux qu'à l'état normal et la main, appliquée sur cet organe, à travers la paroi abdominale ne constate qu'une sensation éloignée de déplacement quand on repousse en haut la tuméfaction du vagin. Par le rectum, on sent à la partie antérieure une masse dure impossible à déplacer et donnant au toucher la même sensation qu'une prostate hypertrophiée.

On porte donc le diagnostic suivant: Cloisonnement transverse du vagin par une membrane en arrière de laquelle est probablement accumulé le sang menstruel. Pour éclairer davantage le diagnostic une ponction est pratiquée sur la partie la plus proéminente de la tumeur au moyen de l'aspirateur Dieulafoy. On retire du sang noirâtre. Tout doute ayant disparu, on incise largement la cloison, et environ une livre de sang noir, poisseux et très épais s'écoule par l'ouverture. On injecte prudemment de l'eau tiède légèrement phéniquée pour laver la cavité aussi complètement que possible. En introduisant ensuite l'index dans l'ouverture on constate qu'en effet une véritable cloison membraneuse de deux à trois lignes d'épaisseur sépare le vagin en deux compartiments superposés l'un à l'autre. Le compartiment supérieur est très grand. Le col utérin en occupe la partie la plus élevée et est, aussi lui, dilaté de façon à permettre facilement l'introduction du doigt.

Une mèche de charpie est mise entre les lèvres de la plaie et changée ensuite deux fois par jour, des lavages méthodiques à l'eau phéniquée étant faits à chaque pansement.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire. La température reste normale. Le pouls semble accéléré mais on constate bientôt qu'il l'est naturellement. La malade est au reste douée d'un tempérament nerveux bien caractérisé et avait eu une crise hystérique quelques heures avant l'opération.

Au bout de quinze jours l'ouverture de la cloison est rétrécie malgré l'introduction des tentes. On remplace celle-ci par une éponge préparée qu'on laisse en place dix-huit heures. En la retirant on voit que l'ouverture s'est de nouveau dilatée. Cette cloison semble d'ailleurs facilement extensible en même temps qu'élastique et rétractile, et, quelques jours après l'ablation de l'éponge on peut s'assurer que l'ouverture se contracte de nouveau. On y introduit derechef successivement plusieurs éponges préparées, après quoi on conseille à la patiente de pratiquer elle-même la dilatation avec une bougie ou son doigt, et elle laisse l'hôpital le 24 octobre. Nous avons eu devoir re-

commander à cette jeune fille qu'avant de songer à se marier, il lui faudrait se soumettre à un examen minutieux, afin de s'assurer si l'accouchement serait possible.

Vers le 15 octobre la menstruation avait eu lieu sans douleurs et sans accident.

OBSERVATION II.—*Atrésie complète du vagin.*

Dame A. L., act. 22, se présente à la clinique le 27 septembre, se plaignant de son mari, qu'elle dit être impuissant, et demande à être examinée vû que le dit mari l'accuse, elle de n'être pas apte à la copulation.

L'extérieur de cette femme est celui d'une personne bien développée. Les mamelles ont les dimensions ordinaires. Le pubis et les parties génitales externes sont couverts de poils. Les grandes et les petites lèvres sont normales. En entrouvrant les lèvres on voit que le vagin est tout à fait imperméable et qu'il y a atrésie complète de cet organe. A l'entrée du vagin on constate simplement une dépression de un à deux pouces de profondeur et probablement due aux efforts de copulation. L'urèthre est aussi très dilaté, probablement par la même cause, mais il n'y a pas d'incontinence d'urine. En introduisant un doigt dans l'urèthre et l'autre dans le rectum, on voit qu'il ne sont séparés l'un de l'autre que par une cloison assez mince, et que par conséquent il n'y aurait aucune possibilité de faire un vagin artificiel.—Si haut que le doigt peut remonter dans le rectum, on ne peut toucher l'utérus, non plus que par le palper abdominal. La femme n'a pas non plus éprouvé de ces douleurs lombaires et hypogastriques, survenant à intervalles de trois à quatre semaines et indiquant l'existence d'un molimen menstruel. Il est donc excessivement probable qu'avec l'absence de vagin il y a aussi absence d'utérus et des ovaires, ou du moins que ces derniers organes ne sont qu'à l'état rudimentaire.

OBSERVATION III.

Durant mon séjour à Londres, j'ai eu occasion de voir un cas d'atrésie complète du vagin, soigné par le célèbre Dr Barnes.

C. H., jeune fille de 19 ans, grande, forte, parfaitement conformée, mais qui cependant n'avait jamais eu ses règles.

Au premier examen, le célèbre gynécologiste introduisit une sonde dans la vessie et son doigt dans le rectum, afin de mesurer l'épaisseur des tissus interposés : il ne put constater

la présence d'un utérus normal, mais il crut reconnaître un utérus à l'état rudimentaire.

Comme cette jeune fille éprouvait l'envie de se marier, M. Barnes entreprit de lui faire un vagin.

La malade chloroformisée et mise dans la position de la taille, il fit dans le centre de l'obstacle de très légères incisions accompagnées de pressions méthodiques avec le doigt. Le décollement, l'allongement du vagin était très difficile, vu la résistance, la dureté des tissus; M. Barnes faisait une séance par semaine. A la quatrième seance il eut le malheur de perforer la vessie, quoiqu'il eut déployé une prudence et une dextérité extraordinaires. Cet accident toutefois n'eut pas de suites graves. La malade resta couchée sur le ventre durant quelques jours avec une sonde à demeure dans la vessie et tout rentra dans l'ordre.

Cette jeune fille dut sortir de l'hôpital non guérie, car l'opération parut si difficile au chirurgien qu'il ne jugea pas à propos de l'exposer à des dangers graves, sans espoir d'arriver à un résultat quelque peu satisfaisant.

OBSERVATION IV.

Il y a environ sept ans, je fus appelé par un confrère pour examiner une jeune femme, âgée de 18 ans, qui avait eu l'imprudence de se marier *sans avoir jamais eu ses menstrues*.

La sonde introduite dans la vessie, le doigt dans le rectum, nous constatâmes l'absence d'un utérus normal, cependant une certaine épaisseur de tissu nous fit croire à un utérus rudimentaire.

Le vagin était complètement obstrué par du tissu fibreux, cependant il présentait à la partie inférieure un cul-de-sac d'environ un pouce et demi de profondeur, amené probablement par les tentatives répétées de coït.

Vu que cette femme était mariée, il était de notre devoir de lui proposer une opération, quelque difficile qu'elle parut. Mais le mari et l'épouse, encore remplis d'amour et de sympathie l'un pour l'autre, ne voulurent pas consentir à une opération douloureuse et nous répondirent qu'ils étaient prêts à accepter avec résignation la *parcimonie* de la nature à leur égard.

Je revis cette femme subséquentment à trois époques différentes en consultation avec d'autres médecins.

La dernière fois, il y a trois ans, l'accord entre la femme et le mari était rompu; le mari demandait une séparation de corps, si sa femme ne pouvait "être mise comme les autres, disait-il, par une opération."

L'autorité ecclésiastique avait dit au mari qu'il avait droit à une séparation si une opération était impraticable ou si elle refusait de s'y soumettre.

Je proposai de nouveau l'opération, mais la femme me répondit que son vice de conformation n'était qu'un *prétexte* allégué par son mari; qu'il voulait se remarier avec une autre femme qu'il aimait mieux qu'elle, et elle refusa encore positivement de se laisser opérer.

J'ai rencontré quelques autres cas d'atrésie, mais qui n'offrent aucunes particularités différentes des cas précédents et que je ne crois pas devoir rapporter ici.

Diphthérie.

TRAITEMENT.

Renfermer le malade atteint de diphthérie dans une chambre bien close, remplir de vapeur de soufre, l'y laisser respirer autant que ses forces le lui permettront. Continuer l'humidité de l'atmosphère de la chambre pendant au moins dix heures.

Insufflation dans l'arrière-gorge d'une poudre composée de "soufre, trois parties; chlorate de potasse, deux parties; nitrate de potasse, une partie." Répétition de cette insufflation toutes les heures, suivie dix minutes après d'un gargarisme concentré au chlorate de potasse.

S'il y a épaissement des fausses membranes, les cautériser avec une solution concentrée au nitrate d'argent.

Enlever les lambeaux de fausses membranes au fur et à mesure de leur décollement; mais sans tiraillements afin de ne pas amener de sang.

Insufflation de la poudre composée comme ci-haut sur les parties dégagées des fausses membranes; continuer à cautériser les parties adhérentes des fausses membranes jusqu'à leur détachement complet. Cette cautérisation pourra être répétée deux ou trois fois par jour. Puis continuer les insufflations et les gargarismes.

Soutenir les forces par les bouillons, le cognac ou quelque préparation contenant de l'extrait de bœuf, du fer et du vin.

La nouvelle apparition ou formation de fausses membranes

sera empêchée par ce traitement en y ajoutant l'administration, toutes les six heures, d'une cuillerée à dessert de la solution suivante :

R. Pot. chlorat.....	3 ii
Sodæ carb.....	3 iss
Aq. font.....	3 vi
Syrup.	3 ii

Le nasonnement de la voix sera traité par des injections au chl. pot. par les narinnes et les dragées au chl. de potasse.

La paralysie diphthérique des membranes inférieures cédera après trois ou quatre semaines aux bains de pieds, frictions avec liniment ammoniacal, frictions sèches, électricité.

Tel est le traitement que je fais suivre à mes malades atteints de diphthérie.

Plus de quinze cas, soumis à cette stricte médication, ont été guéris radicalement.

Je le communique à la profession médicale, demandant à tous une application fidèle de ses plus petits détails, convaincu que je suis qu'ils en retireront d'immenses avantages.

La diphthérie est une de ces maladies contre laquelle la thérapeutique doit faire ses plus héroïques efforts pour en triompher : Maladie essentiellement locale, selon les uns, essentiellement constitutionnelle, suivant les autres ; il faut avouer qu'il y a bien peu de médications essentiellement locales ou constitutionnelles qui peuvent chanter victoire.

Il semble qu'il est bien plus raisonnable de supposer que la diphthérie est une de ces maladies malignes tellement violentes de nature, débutant tout autrement que les autres maladies, avec tous ses symptômes au début bien souvent, et cela avec tant de violence, qu'il est bien difficile de résoudre la question suivante : Est-ce le pharynx, couvert de fausses membranes, qui infecte l'organisme, ou est-ce l'organisme infecté qui développe ces lésions du pharynx ?

Quoiqu'il en soit des théories sur la pathogénie de cette terrible maladie, je crois que nous sommes justifiables de l'attaquer avec toute l'activité possible, localement ou constitutionnellement : car nul doute, que si l'organisme n'est pas primitivement affecté, il le devient secondairement, et c'est bien souvent l'empoisonnement diphthérique qui est une des terminaisons fatales.

A de sujet, j'appuierai sur l'enlèvement des fausses membranes, qui cautérisées se décolent facilement. Le décollement

et l'énlèvement des fausses membranes est certainement le moyen le plus préventif de l'empoisonnement et nous devons nous en servir avec activité.

Hull, novembre 1881.

DR JOSEPH BEAUDIN.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Diagnostic des maladies du foie en général.—Autant les moyens physiques d'exploration nous rendent de services dans le diagnostic des affections du poumon et du cœur, autant ils sont infidèles quand il s'agit de rechercher celles du foie. L'auscultation, ce merveilleux instrument d'investigation dans les maladies cardiaques ou pulmonaires nous fait ici complètement défaut; la percussion et la palpation, utiles sans doute, sont, comme nous le montrerons, trop souvent rendues impuissantes ou trompeuses pour telles ou telles raisons de conformation anatomique. Il en résulte que le médecin n'est souvent mis que par hasard sur la piste d'une maladie du foie et c'est naturellement dans celles qui déterminent de l'ictère que son attention est plus tôt attirée de ce côté. Mais il en est de l'ictère comme de l'albuminurie dans les maladies du rein, c'est un symptôme qui peut manquer ou être très fugace, qui peut être déterminé aussi par la souffrance d'autres organes, et qui, par conséquent, ne saurait avoir de valeur pathognomonique.

Sans doute quand nous nous trouvons en présence d'un malade qui a de l'ictère, une douleur dans l'hypochondre droit, et qu'une déformation apparente siège dans cette région, notre première idée est en faveur d'une affection du foie, mais combien ces cas typiques sont rares, et combien il importe d'avoir présente à l'esprit toute la gamme des troubles fonctionnels si variés qui ressortissent à une lésion hépatique?

Il est incontestable que toute maladie du foie donne lieu, de prime abord, à des troubles *gastro-intestinaux*; mais peut-on distinguer les troubles digestifs dépendant d'une affection hépatique, de ceux qui résultent, par exemple, d'une lésion de l'estomac ou d'une maladie générale comme la tuberculose ou la chlorose? L'affirmer serait faire preuve d'outrecuidance clinique.

Monneret pensait qu'il existait toujours un dégoût précoce pour la viande, mais cette anorexie spéciale s'observe d'aussi bonne heure dans le cancer de l'estomac. Il est plus légitime d'attacher une certaine importance à des signes de dyspepsie ne survenant que deux ou trois heures après les repas, c'est-à-dire au moment où la bile doit intervenir et jouer son rôle dans l'acte digestif. C'est alors que les malades se plaignent d'une sensation de barre sur l'estomac qui persiste plusieurs heures et s'accompagne de borborygmes et d'éruclations acides.

La constipation est la règle au début de la cirrhose et du cancer du foie; à une période avancée, la diarrhée est plus fréquente; on observe encore souvent l'alternative inexplicée de ces deux symptômes.

Un état nauséux habituel, des vomissements tantôt bilieux, tantôt alimentaires et muqueux trahissent une action réflexe irritante sur les extrémités terminales du nerf pneumogastrique. C'est un exemple de cette synergie morbide en vertu de laquelle toute maladie d'un des organes qui sont sous la dépendance de ce grand nerf retentit sur les autres. Les faits qui mettent en lumière cette influence réciproque des maladies du cœur, des poumons, du foie et de l'estomac sont nombreux; nous en avons déjà relevé quelques-uns dans nos articles sur l'angine de poitrine, sur l'asytolie.—Comment expliquer, sinon par ce mécanisme, les *palpitations cardiaques*, signalées par Murchison comme fréquentes chez des malades atteints d'affections hépatiques, et dans des cas où ni le volume du foie ni le ballonnement de l'estomac n'étaient suffisants pour gêner mécaniquement le cœur dans son fonctionnement?

La *dyspnée* n'est pas rare, que le diaphragme soit gêné matériellement par un foie hypertrophié, ou qu'un travail inflammatoire de périhépatite détermine une assez vive douleur dans l'hypochondre droit et oblige le malade à ne faire que des inspirations courtes et saccadées.

Un phénomène très intéressant à signaler est une *toux sèche* brève et persistante, alors que l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire. On a cité l'observation d'un malade revenant des pays chauds avec toux permanente, diarrhée et amaigrissement, qui fut d'abord considéré comme tuberculeux, lorsque plusieurs évacuations de pus par les garde-robes, suivies de la cessation de la toux et de la guérison, légitimèrent le diagnostic définitif d'abcès du foie.

Tous les signes précédemment mentionnés n'ont pas, même réunis, la puissance de mettre le médecin sur la voie d'une maladie du foie; il en est tout autrement de *l'ictère* qui, s'il n'est

pas pathognomonique d'une affection primitive du foie, indique tout au moins que cet organe est en cause et impose la nécessité d'en pratiquer l'exploration. Il importe ici toutefois d'établir une distinction entre ictères véritables et les pseudo-ictères,—car on ne saurait plus admettre aujourd'hui, après tant de travaux auxquels est lié le nom du regretté professeur Gubler, que toute coloration jaune de la peau suppose le passage de la bile dans le sang et implique invinciblement une altération du foie.

Rappelons que, d'après Gubler, l'ictère vrai ou *bibi-phéique* se traduit, outre la coloration des téguments et des conjonctives, par la teinte brune de l'urine avec reflets verdâtres, et que l'addition d'acide nitrique décèle la présence du pigment biliaire dans celle-ci en la colorant en vert, puis en bleu, violet et rouge, au fur et à mesure des oxydations de la matière colorante.—Mais il existe des ictères *hémaphéiques* dans lesquels la coloration de la peau est moins foncée; les urines sont d'un rouge sombre, comparables à la bière forte; elles font, sur le linge, des taches non pas verdâtres, mais couleur jus de melon ou chair de saumon.

L'acide nitrique n'y fait pas apparaître la coloration verte caractéristique du pigment biliaire, mais une teinte obscure rouge acajou.

Ce pseudo-ictère trahit seulement la destruction rapide d'un grand nombre de globules rouges du sang et la mise en liberté de leur matière colorante, l'hématosine, qui, charriée dans le système circulatoire au lieu d'être transformée en pigment biliaire par le foie, imprègne l'organisme. On comprend que ce symptôme puisse apparaître dans plusieurs états morbides où le foie n'a pas grand chose à voir et ne soit par conséquent pas l'indice irréfutable de la souffrance de cet organe.

Cette distinction établie, affirmons donc que l'ictère vrai est un signe absolu d'une affection du foie, et nous aurons l'occasion d'insister dans un prochain article sur la lithiase biliaire, sur l'importance qu'il y a à rechercher le pigment dans l'urine chez certains sujets soupçonnés de coliques hépatiques pseudo-gastralgiques.—Mais dans des cas nombreux où le foie est gravement lésé, jamais on ne rencontre d'ictère, et l'on est exposé à méconnaître le point de départ de la souffrance générale de l'organisme. Il n'existe point de douleur, point de fièvre, sinon quelques accès réguliers, mal caractérisés, fugaces; pourtant la santé générale périclité, et, la langue étant sèche, surtout si on se trouve en présence d'un vieillard, on doit songer à une affection latente soit du foie, soit des reins. Il convient alors de pratiquer l'examen de l'urine, et,

si l'acide nitrique n'y révèle pas de pigment biliaire, il ne faut pas se contenter d'une analyse aussi sommaire: après les remarquables travaux de Murchison, Charcot et Brouardel sur la fonction désassimilatrice du foie, il n'est plus permis de négliger le *dosage de l'urée* excrétée.—On nous objectera que tout praticien n'est pas en état de faire cette petite opération de chimie médicale,—objection de peu de valeur: car il existe des appareils très simples, notamment de Regnard ou de Noël, dont le maniement s'apprend en quelques minutes et qui, sans fournir des résultats mathématiques, donnent un dosage approximatif très suffisant en clinique. Aussi croyons nous que cette insignifiante opération du dosage de l'urée devrait devenir aussi répandue que la recherche de l'albumine —Or, pour en revenir à notre diagnostic, nous rappellerons qu'il ressort des recherches de Brouardel notamment, que, dès le début de toute affection organique du foie, l'entrave apportée à la fonction désassimilatrice de cet organe, amène une diminution considérable dans les proportions d'urée excrétée, celle-ci pouvant descendre de 25 et 30 gram par vingt-quatre heures, chiffre physiologique moyen chez l'adulte, à 5 ou 6 gram., parfois moins. Si, au lieu d'être atteint profondément dans sa texture, le foie n'est qu'irrité superficiellement, comme dans la congestion simple et aiguë, l'exaltation de ses fonctions physiologiques se traduit par un excès d'urée.

D'autres signes ne permettent plus de douter qu'on ne soit en présence d'une maladie du foie: ainsi la *dilatation des veines superficielles de l'abdomen*, accompagnant l'*ascite*, trahit une gêne dans la circulation du système porte, celle-ci pourrait peut-être dépendre de toute tumeur autre que le foie comprimant la veine porte, mais si elle est jointe à un développement de l'abdomen chez un individu amaigri, sans œdème des jambes, si surtout de fréquentes hémorrhagies apparaissent, épistaxis, ou métrorrhagies, il y aura tant de probabilités en faveur d'une cirrhose, qu'il ne restera plus qu'à pratiquer la palpation et la percussion du foie et de la rate.

C'est alors qu'il convient d'avoir présentes à l'esprit les nombreuses causes d'erreur que présente l'exploration du foie et qui peuvent conduire à admettre une maladie de cet organe alors qu'elle n'existe pas.—Voici d'abord les circonstances qui pourraient en imposer pour l'hypertrophie du foie. Chez les femmes multipares dont les parois abdominales sont flasques, la chute des intestins vers les parties déclives fait basculer le foie dont le bord tranchant se trouve abaissé et dont la face supérieure vient se mettre en contact avec la paroi dans une étendue considérable, de sorte qu'on peut avoir, par la percus-

sion, une matité de 20 centimètres. Un déplacement analogue s'observe chez les rachitiques, les sujets atteints de scoliose, ou par la pression prolongée du corset.—Un épanchement pleurétique droit, l'emphysème, une collection purulente enkystée entre la face convexe du foie et le diaphragme (péritonite sous diaphragmatique circonscrite) peuvent encore, en abaissant le foie, le faire paraître hypertrophié.

Dans d'autres circonstances, un météorisme considérable de l'estomac ou des intestins, refoulant le foie sous les fausses côtes, pourra en simuler l'atrophie; certaines malformations congénitales (atrophie d'un lobe, foie trilobé), ou acquises (foie cordé de Frerichs, par abus d'un corset trop serré), pourront en imposer pour les déformations pathologiques du cancer, des kystes ou de la syphilis.

Il faudra encore écarter d'autres causes d'erreur possibles avant d'admettre l'affection hépatique et songer aux abcès migrants venus des vertèbres dorsales atteintes de mal de Pott, aux cancers de l'épiploon, au cancer du rein droit, aux tumeurs de l'ovaire, qui, d'ailleurs, amènent surtout le développement de la région sous-ombilicale et pour le diagnostic desquelles le toucher vaginal sera indispensable.

Enfin nous ne parlons que pour mémoire des difficultés réelles que peut opposer à l'exploration l'épaisseur et l'adiposité des parois de l'abdomen et la contraction des muscles abdominaux; pour vaincre cette dernière on ne devra jamais négliger de faire ouvrir la bouche au malade et de lui faire mettre les cuisses dans la demi-flexion, en l'engageant à lever les genoux pendant qu'on palpe. Un petit artifice de palpation, qui nous a souvent rendu service pour l'appréciation de la consistance du foie consiste, après avoir commencé à déprimer doucement la paroi abdominale avec l'extrémité des doigts, à continuer brusquement, quoique sans brutalité, le même mouvement et à attendre le choc en retour qui ne manque pas de se produire.

Quand par la réunion de tous les signes que nous avons rappelés on en est arrivé à la conviction qu'il existe une affection organique du foie, il reste à en déterminer exactement la nature, cirrhose, lithiase, cancer, kyste, etc. On comprend qu'il nous est impossible de passer en revue dans un article aussi général les symptômes particuliers à chacune de ces maladies; nous les avons indiqués déjà pour la cirrhose, nous le ferons bientôt pour la lithiase. Mais en tout cas, nous croyons que le plus important sera fait, quand on sera certain que c'est dans le cercle des affections hépatiques que l'inconnue clinique devra être cherchée. Sans doute à une période avancée de

n'importe quelle affection vulgaire du foie, aucun médecin digne de ce nom ne se trompera; mais alors, bien souvent, il est trop tard pour instituer une thérapeutique fructueuse. Ce qui est vraiment utile et honorable pour un clinicien, c'est d'arriver à soupçonner l'apparition d'une maladie aussitôt que possible, et lorsqu'il y a encore quelque chose à espérer d'un traitement bien dirigé. A ce point de vue nous serions heureux que cet essai imparfait de séméiotique générale pût rendre quelques services à nos lecteurs.—*Le Concours médical.*

PAUL GERNE.

Diagnostic de l'urémie. — Traitement des néphrites.—*Suite et fin.*—A propos de la fièvre typhoïde il est pourtant une distinction utile à faire: nous avons signalé dans un précédent article sur cette maladie que l'albuminurie qui l'accompagne relève parfois d'une véritable néphrite. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'urémie puisse apparaître dans le cours d'une typhoïde; un interne très distingué des hôpitaux, M. E. Gaucher, vient d'en publier un cas instructif où les accidents urémiques se caractérisèrent par une dyspnée sans râles et des attaques épileptiformes.

Parmi les empoisonnements, il faut avoir en vue ceux qui sont causés par le plomb, l'opium, la belladone, l'alcool.

L'encéphalopathie saturnine se montre chez un sujet exerçant une des professions où on manie le plomb, peintre, typographe, etc.

On pourra trouver le liseré gingival caractéristique, la pâleur des téguments habituelle aux saturnins; l'encéphalopathie plombique affecte les deux formes convulsive et comateuse. Mais il ne faudra pas perdre de vue que les vieux saturnins sont souvent atteints de néphrite interstitielle, et par conséquent ne pas rejeter uniquement la possibilité de l'urémie parce qu'on aura constaté le saturnisme.

Le narcotisme dû à l'opium et le coma alcoolique s'accompagneront, soit de rétrécissement de la pupille, de dysurie, soit d'une odeur d'alcool exhalée par l'haleine, de sueurs profuses. L'épilepsie absinthique, en l'absence de renseignements sur les ingesta, pourrait être une cause d'erreur difficile à éviter.

Enfin l'empoisonnement par la belladone qui détermine surtout du délire, et dans lequel on peut rencontrer l'anurie, cause aussi une dilatation de la pupille, des éruptions scarlatineuses; dans tous ces cas nous n'hésiterions pas pour assurer le diagnostic à pratiquer le cathétérisme, s'il était impossible

de se procurer autrement de l'urine des malades. Le diagnostic peut, dans de telles circonstances, être d'un intérêt capital au point de vue médico-légal; car des accidents urémiques ont fait croire à tort à des empoisonnements.

E. La forme exceptionnelle d'urémie, dite ARTICULAIRE, pourrait être prise pour un rhumatisme cérébral, si aux manifestations asthralgiques se joignaient des phénomènes délirants, convulsifs ou comateux.

On n'en finirait pas s'il fallait énumérer tous les cas extraordinaires où le diagnostic ne peut être fait.—A la dernière période des maladies du cœur, il y a albuminurie, délire monotone, nocturne; dira-t-on urémie délirante? La constatation d'une affection du cœur ne prouve rien, car il y a des endocardites brightiques. Mais les caractères du souffle prouvent qu'on a affaire à une lésion valvulaire ancienne; l'urée n'est pas diminuée notablement, il y a des congestions viscérales multiples.

—Dans le cours de la maladie de Bright, notamment de la néphrite interstitielle, les malades peuvent être paralysés d'un membre avec embarras de la parole, tendance aux pleurs et affaiblissement intellectuel. Ces accidents ne sont pas imputables à l'urémie dans laquelle l'absence de toute paralysie motrice est, au contraire, caractéristique; on doit rattacher ces symptômes aux lésions des artères cérébrales, à l'artériosclérose encéphalique qui accompagne la même lésion des artères rénales (Lancereaux, Lécorché).

F. L'URÉMIE RESPIRATOIRE à forme dyspnéique ne devra pas être confondue avec une attaque d'asthme; celle-ci se montre, il est vrai, chez des sujets goutteux qu'on peut suspecter aussi de néphrite; mais son début constamment nocturne, l'abondance des râles ronflants et sibilants qui la suivent, l'intensité extrême de la dyspnée, et sa courte durée, éviteront une erreur, d'autant plus grave en pareil cas, que la morphine, souveraine contre l'accès d'asthme, est formellement contre-indiquée chez un urémique.

La *dyspnée polypnéique* des hystériques qui augmente quand on s'approche des malades, et diminue quand on en s'éloigne n'en imposera pas pour la respiration de Cheyne-Stokes dont nous décrivions la dernière fois les caractères.

Un jour, chez une malade convalescente de scarlatine qui présentait de l'albuminurie, nous avons conçu quelque crainte en la trouvant avec une dyspnée de ce genre; mais peu après, la diminution graduelle, puis la disparition complète de l'albumine, coïncidant avec l'asparition de manifestations franchement hystériques, venaient nous délivrer d'inquiétude.

Loin de nous la prétention d'avoir passé en revue toutes les difficultés de diagnostic que fait naître cette curieuse affection, si souvent larvée, l'urémie. Ainsi il faudrait encore distinguer l'urémie vraie, consécutive aux néphrites, des accidents d'*ammoniémie* ou d'empoisonnement urineux que peut faire naître tout obstacle à l'excrétion de l'urine déjà sécrétée et contenue dans le réservoir urinaire : les symptômes constatés dans ces cas sont de la fièvre plus ou moins intermittente, des frissons prolongés, des vomissements et de la diarrhée, la langue sèche et dépouillée, si bien nommée par le professeur Guyon : *langue urinaire*, un état typhoïde, des convulsions fréquentes, l'haleine ammoniacale, etc.

L'urémie *gastro-intestinale* pourrait momentanément faire songer, par l'abondance des vomissements, aux crises gastriques de l'ataxie locomotrice et de l'hystérie; mais pareille erreur se dissiperait bientôt; on serait, jusqu'à un certain point, plus excusable de penser, dans quelques cas à une gastrite chronique ou à une néoplasie cancéreuse de l'estomac.

III

C'est avec grande raison, suivant nous, que M. Labadie-Lagrave, dans un remarquable travail en cours de publication, place en tête de l'étude des médications, celles qui sont dangereuses et dont il faut s'abstenir. Le rein étant par excellence l'organe d'élimination, toute substance capable d'irriter par son passage ses éléments anatomiques doit être soigneusement proscrite du traitement des néphrites. Fait plus grave encore, l'accumulation dans l'économie des médicaments, que le barrage rénal ne laisse plus passer assez rapidement, ne tarde pas à transformer ceux-ci en poisons, fussent-ils même administrés à doses non toxiques d'ordinaire.

En premier lieu il convient donc de ne pas recourir aux principaux agents de la médication dite révulsive. Les vésicatoires sont condamnés par tous les praticiens dans la néphrite aiguë; il n'est pas difficile de s'expliquer leur funeste action, quand on connaît les récentes expériences de M. Cornil : une heure après l'application d'un vésicatoire à des lapins, l'absorption et l'élimination de la cantharidine a déjà produit des lésions anatomiques appréciables dans les glomérules du rein; l'accord est moins complet au sujet de leur emploi dans les néphrites chroniques. M. Labadie-Lagrave les considère comme pernicieux dans tous les cas, tandis que pour M. Dujardin-Beaumez, dans les périodes avancées de la maladie de Bright, on peut sans inconvénient en appliquer sur la région lombaire.

Il convient de rejeter aussi les applications iodées, surtout chez les enfants, M. J. Simon ayant montré que, chez eux, quelques jours de badigeonnage avec la teinture d'iode sur la peau suffisent pour faire apparaître l'albuminurie.

Si l'on veut absolument révilser, il faut user, soit de la pommade de Gondret, soit de ouate imbibée d'ammoniaque et appliquée dans un dé à coudre ou un verre sur le point du tégument choisi.

En fait d'émissions sanguines, cinq à six ventouses sacrifiées ou quelques sangsues sur la région rénale sont indiquées au début des néphrites franchement aiguës avec douleurs intenses; la saignée générale n'a de raison d'être que dans certains accidents urémiques menaçant immédiatement la vie.

Dans tout autre cas il serait insensé d'anémier un sujet qui, par sa maladie même, ne sera que trop vite jeté dans une anémie profonde.

Pour continuer l'énumération de ce qu'il ne faut pas faire, l'opium, la belladone, et surtout leurs alcaloïdes, morphine et atropine, la strychnine, les mercuriaux sont susceptibles d'engendrer de graves accidents. Il y faut joindre, suivant M. Labadie Lagrave, la fuchsine et la nitro-glycérine, dont l'efficacité sujette à caution ne peut compenser les inconvénients auxquels expose leur emploi.

Nous ne passerons pas en revue les nombreuses médications qui ont été tour à tour employées, soit par empirisme, soit d'après des données théoriques plus ou moins justifiables, pour combattre la cause même du mal.

On peut les répartir en deux catégories: 1^o Les médecins qui, partisans de la théorie humorale, voient dans l'albuminurie le résultat d'une altération du sang, ont préconisé les acides et les astringents (acides nitrique, gallique, tannique, perchlorure de fer); les inhalations d'oxygène, l'arnica.

2^o Ceux qui placent dans le rein la cause première de tous les accidents, ont vanté les iodures de potassium, de calcium, d'amidon et même la cantharidine.

En fait, ces médications n'ont guère donné de succès avérés qu'entre les mains de leurs inventeurs; il faut avouer que la thérapeutique rationnelle des néphrites doit être, avant tout diététique et symptomatique, se bornant à combattre les manifestations les plus menaçantes pour le malade. Avec ce seul objectif on a encore beaucoup à faire.

Diététique: 1^o Eviter tout ce qui peut congestionner l'appareil rénal, l'exposition au froid, les appartements humides, les excès de table, les boissons alcooliques.

2^o Le régime lacté doit, sans contradiction, constituer la

base du traitement; déjà vanté par les anciens, remis en honneur par Chrestien (de Montpellier) et Serres (d'Alais), le lait présente dans les affections rénales de nombreux avantages. — Bien différente de l'albumine du blanc d'œuf qui s'élimine presque en totalité du sang par le rein, la caséine transformée directement en peptone (Gubler) est assimilée d'emblée sans résidu appréciable; le lait est donc un reconstituant de premier ordre. Par sa constitution aqueuse et sa minéralisation, c'est un diurétique qui n'irrite point le filtre rénal; dans la néphrite parenchymateuse, il lave les tubuli en entraînant les débris épithéliaux dégénérés qui les obstruent; dans l'interstitielle, il réduit au minimum le travail dépurateur du rein, puisqu'il supprime les déchets de l'organisme (Rendu). Aussi importe-t-il de manier habilement ce précieux agent en évitant la satiété qui peut résulter de son emploi.

Lancereaux ordonne le lait d'ânesse ou de vache, trait depuis au moins douze heures et soigneusement écrémé, chaud, froid ou tiède au gré du malade; on commencera par deux litres bus par verres et à petites gorgées, en quatre fois et à intervalles égaux dans la journée. On augmentera progressivement jusqu'à quatre et six litres en supprimant tout autre aliment, suivant la tolérance du malade, et on ajoutera au lait, selon le besoin, eau de Vichy, eau de chaux, magnésie calcinée ou quatre à dix grammes de chlorure de sodium par litre.

3^o Quand on cessera la diète lactée, on pourra donner d'abord de la viande crue, puis les végétaux; comme boissons, on proscritra eau-de-vie, liqueurs, bière; on permettra les vins rouges, surtout ceux qui renferment pas mal de tannin.

4^o Il est bon que la peau fonctionne; des frictions sèches, une sudation modérée sont indiquées. Nous sommes beaucoup moins portés à encourager la pratique des bains de vapeur et de l'hydrothérapie dont on s'enthousiasme en Allemagne et en Italie; il est bien difficile, en effet, par ces méthodes d'éviter le refroidissement brusque de la peau et la congestion rénale qui en est la conséquence, de sorte que la moindre négligence est suivie d'une aggravation dans l'état du malade.

Le traitement proprement dit s'adresse aux symptômes: aux hydropisies, on oppose les *purgatifs* en commençant par les plus doux et en recourant graduellement aux plus énergiques, lorsqu'apparaissent les accidents urémiques graves: salins (Gubler); drastiques (Martin-Solon); éméto-cathartiques (Garcia y Alvarès).—On attendra de bons effets des *diurétiques*, malgré l'anathème formulé contre eux par Campbell black.—“Mieux vaudrait ordonner à un homme atteint de pneumonie double de faire une course de 3 milles à pied, que

de donner des diurétiques aux malades atteints de néphrite." On préférera les sels de soude et de potasse, l'acétate surtout; la digitale n'est indiquée que dans les cas d'insuffisance cardiaque; sinon il faut en redouter les effets cumulatifs.

Parmi les *sudorifiques*, le nitrate de pilocarpine en injections hypodermiques à la dose de un centigramme a donné de bons résultats (Huchard).

Contre les *accidents urémiques* proprement dits, dès qu'ils viendront à se montrer, on agira énergiquement. Les *vomissements* exclusivement aqueux peuvent être jusqu'à un certain point respectés, puisqu'ils constituent une voie d'élimination supplémentaire des matières excrémentielles; les vomissements alimentaires doivent être combattus par la diète lactée absolue, les boissons gazeuses, la glace en menus fragments, le champagne.

Les *convulsions* indiquent la saignée générale, les inhalations de chloroforme, l'hydrate de chloral en lavements.

Contre le *coma* les injections sous-cutanées l'éther à la dose d'une demi seringue de Pravaz toutes les deux heures, jusqu'à ce que le malade sorte de sa torpeur; puis inhalations d'oxygène et administration de caféine (O. 20 centigrammes dans une infusion de thé et de café).—*Le Concours médical.*

—

Traitement de l'hémoptysie chez les tuberculeux, par le professeur JACCOUD.—Il faut distinguer l'hémoptysie des périodes initiales de l'hémoptysie tardive intracavitaires.

I. *Hémoptysie de périodes initiales.*—Le caractère apyrétique ou fébrile de l'hémoptysie sert de base à la thérapeutique et au pronostic. Dans tous les cas, il y a des règles qu'il convient de mettre en pratique. La température sera fraîche; le malade sera couché sur un lit de crin, jamais sur la plume, et il sera plutôt assis que couché; on lui donnera des boissons glacées de la limonade sulfurique; et dans l'intervalle, il avalera des fragments de glace en nature; enfin, les mouvements et la parole seront, autant que possible, interdits.

II. *Hémoptysie apyrétique.*—Si elle est de moyenne intensité, on n'a recours qu'aux moyens simples: on donnera, par exemple, dans une potion 2 à 4 grammes d'extrait de ratanhia, ou 30 gouttes de perchlorure de fer, ou mieux encore une potion avec 1 à 2 grammes d'acide tannique.

Si l'hémoptysie n'est pas arrêtée après 48 heures, il faut changer la ligne de conduite et de faire appliquer, matin et soir, des ventouses sèches en grand nombre sur les parois tho-

raciques. 30 à 40 au moins : on y joint un grand vésicatoire sur le devant de la poitrine et on donne de l'opium à haute dose, sous forme de pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes, toutes les heures ou toutes les demi-heures : on s'arrête au narcotisme. Leur effet est puissant et se fait sentir assez vite.

Si l'hémorrhagie devient inquiétante par son abondance, on peut faire des inhalations de perchlorure de fer à 4 p. 100 ou des pulvérisations pendant 8 à 10 minutes. Mais, ce qu'il y a de mieux, ce sont les injections sous-cutanées d'ergotine faites avec la préparation suivante :

Ergotine.....	gr xv
Glycérine.....	5i
Eau distillée.....	5i
Eau de laurier-cerise.....	ʒss

La seringue de Pravaz contenant 1 gr. 10 de liquide, soit 0.11 d'ergotine, on fera deux ou trois injections, quelquefois quatre dans la journée.

B. *Hémoptysie fébrile*.—Elle se présente avec un caractère congestif, chez les individus robustes qui ne sont pas encore arrivés à l'état de consommation. On peut commencer par une saignée plus ou moins abondante dont le résultat heureux est très rapide ; mais il est rare qu'on puisse employer ce moyen. Après la saignée vient l'ipéca que l'on fait prendre par 0,10 tous les quarts d'heure tout d'abord, puis toutes les demi-heures, enfin toutes les heures, en se réglant bien plus sur l'état nauséux. Il est inutile, et même fâcheux, d'avoir des vomissements, à cause des secousses qu'ils provoquent. Ce qu'il faut éviter surtout, c'est le collapsus, et pour cela il faut interroger le pouls toutes les heures. La tartre stibié le produit plus souvent, de même que la diarrhée : à part cela, il a les mêmes effets que l'ipéca, pris à dose fractionnée de 1 à 2 centigrammes. Si l'on ne peut le maintenir, on a recours à l'ergotine ou au seigle ergoté qui se donne par prises de 0,40 ou 0,50 toutes les deux heures, jusqu'à sensation de fourmillements dans les membres inférieurs. En même temps, ventouses et vésicatoires. La digitale se donne peu, à cause de son action sur le cœur dont elle exagère les contractions, condition fâcheuse chez un hémoptoïque congestif. Il n'en est pas de même du sulfate de quinine que l'on prend à la dose de 1 gr, 50 ; le bromhydrate se donne aussi à la dose de 2 gr., quand il y a beaucoup de fièvre.

II. *Hémoptysie tardive*.—Due à la rupture d'un vaisseau dans

l'intérieur d'une caverne, elle est plus difficile à arrêter. D'emblée, on a recours aux ventouses sèches, aux injections d'ergotine, aux inhalations de perchlorure de fer. Si on a une ventouse de Junod, c'est le cas de l'appliquer. On peut couvrir la poitrine de glace, suivant la méthode allemande, en la renouvelant souvent; mais la gravité et l'abondance de ces hémorrhagies ne permettent pas ordinairement de les traiter à temps: elles sont donc presque toujours mortelles, sinon la première, du moins la deuxième ou la troisième, car elles se succèdent rapidement.—*Le Médecin Praticien.*

—

Des éruptions médicamenteuses.—Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le tableau suivant des éruptions plus ou moins manifestes et constantes que peuvent produire certains médicaments.

Quinine: Erythème scarlatineux. Erythème papuleux (Kohner). Hémorrhagie et purpura (gauche). Pemphygus, œdème et prurit (Kigu).

Cinchonine, belladone, stramoine, strychnine: les mêmes manifestations que précédemment.

Digitale: Erythème à la suite d'un usage prolongé (Traube).

Aconit: Exanthème vésiculeux.

Santonine: Pemphygus, vésicules (Deschamps).

Opium et morphine: Erythème (Apolan); éruption papuleuse avec forte desquamation et prurit.

Pilocarpine: Augmentation des sueurs.

Atropine: Diminution de la sueur.

Phosphore: Purpura.

Mercure (usage interne): Erythème (Kalus, Zaissi, Gamberini); eczéma (Aley, Fournier, Gamberini).

Arsenic: Erythème et papules (Imberts-Gourbayre); vésicules et pustules (Bazin, Raymondi, Gamberini).

Acide phénique: Erythème (Taourschis); pemphygus (Zaissi).

Acide salicylique: Purpura (Freudenberg); angine vésiculeuse, pemphygus.

Chlorhydrate: Erythème peu coloré, prurit, desquamation, purpura et pétéchies (Crichton et Brown); eczéma croûteux et squames (Kirn).

Baume de copahu, cubèbe et thérebentine: Pemphygus, erythème, eczéma (Renter).

Huile de foie de morue: Acné.

Iodure de potassium: Papules, vésicules (Bumstead, Gam-

berini); pustules, ecthyma, eczéma (Landrieux); ecchymoses et purpura (Tilbury Fox).

Bromure de Potassium: Papules et pustules, tubercules profonds avec ecchymoses, pemphigus, ulcères. — *Le Siècle Médical*.

Durée d'incubation des maladies contagieuses.—

Le Dr RICHARDSON range les maladies en cinq groupes, suivant que l'incubation est :

1. *Très-courte*.—De un à quatre jours : choléra, pustule maligne, peste, plaies anatomiques.

2. *Courte*.—De deux à six jours : scarlatine, roséole idiopathique, diphthérie, dengue, érysipèle, fièvre jaune, pyohémie, grippe, coqueluche, morve, farcin, croup, fièvre puerpérale.

3. *Moyenne*.—De cinq à huit jours : fièvre à rechute, gonorrhée, vaccine, variole inoculée.

4. *Longue*.—De dix à quinze jours : variole, varicelle, rougeole, typhus, fièvre typhoïde, oreillons, malaria.

5. *Très-longue*.—De quarante jours et plus : syphilis, hydrophobie.—*Le Siècle Médical*.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Pansement antiseptique des abcès, par le Dr LUCAS CHAMPIONNIÈRE.—Avant d'ouvrir un abcès, quelle que soit la région qu'il occupe, on lave soigneusement la peau, surtout si elle a été recouverte d'un cataplasme, avec une solution phéniquée forte : acide phénique cristal., 50 gram. ; glycérine, 50 à 75 gram., eau 1000 gram. Le bistouri dont on se sert doit également avoir été trempé dans l'eau phéniquée. On vide l'abcès et on injecte dans sa cavité la solution ci-dessus, en ayant soin que le liquide injecté puisse sortir librement. On introduit dans la plaie un bout de tube en caoutchouc, qui puisse être extrait à l'aide d'un fil, et on le couvre d'un épais gâteau de charpie imprégné de la solution suivante : acide phénique cristal., 25 gram., glycérine, 25 gram., eau, 1000 gram. Enfin par dessus le tout, on dispose une feuille de taffetas gommé, convenablement fixée.—Au bout de vingt-quatre heures, on retire le tube pour le laver et le raccourcir, et on le recouvre d'un autre gâteau de charpie imprégné de

la dernière solution phéniquée.—Sous l'influence de ce traitement, la suppuration est amoindrie, la rougeur des plaies est insignifiante, et les cicatrices sont beaucoup moins apparentes. L'auteur le recommande pour les abcès du sein.—*Le Médecin Praticien.*

—

Loupes du cuir chevelu; préférence donnée au traitement par embrocation ou procédé de Jobert; exemples des heureux résultats obtenus par ce moyen.—Jobert de Lamballe opérait les loupes par l'opération qui paraît la plus simple et à laquelle ne manquait que la sécurité. M. Championnière a vu l'érysipèle chez des opérés de Jobert. Il consiste à fendre d'un seul coup de bistouri toute la tumeur, peau et kyste avec une pince et à l'enlever d'un seul coup. Il appelait cela de l'embrochement.

Arrivé à cette conviction que l'érysipèle ni l'infection purulente ne sont à redouter avec le pansement de Lister, M. Championnière a fait de l'opération de Jobert la base de sa pratique, et l'a appliquée déjà un grand nombre de fois. Cette méthode est appelée à rendre les plus grands services, mais à une condition toutefois, c'est qu'on prendra une série de précautions minutieuses pour en assurer la perfection.

Il faut d'abord opérer avec sécurité, puis il faut atteindre la perfection du résultat opératoire, deux choses impossibles avec les vieilles opérations.

Si l'on s'agit d'un homme et si les tumeurs sont de médiocre volume, les cheveux étant rasés autour de la tumeur ou coupés très courts, on savonne la tête ou on la lave avec l'eau de Panama (*Quilaya saponaria*), puis avec l'eau phéniquée forte. On embroche alors la tumeur à sa base et on la fend d'un seul coup de bistouri, avec deux pinces à griffe ou une pince à dissection et une pince à griffe, on saisit la paroi du kyste et on l'attire à soi; quelques tractions ou quelques coups de spatule suffisent à faire l'énucléation.

Autrefois M. Championnière s'est contenté de ce procédé opératoire, et opéra en 1876, à l'hôpital de Lariboisière, un homme possédant treize loupes en deux séances. L'embrochement terminé, on lava la plaie avec l'eau phéniquée forte, puis on appliqua du protectine sur chaque plaie linéaire, de la gaze phénique par-dessus, et le malade guérit très-vite. Toutes les autres précautions de la méthode de Lister étaient observées.

Mais, pour peu que la loupe ait un certain volume, toute la longueur de l'incision donne une croûte épaisse; la réunion n'est pas exacte. Il s'accumule souvent un peu de sérosité

sous la peau de la poche restante. Aussi, depuis longtemps il applique aux opérations de loupes toutes les habitudes de la méthode de Lister, la suture et le drainage. Après ablation des loupes moyennes, il place deux points de suture; il glisse dans la cavité opératoire un très petit tube de caoutchouc ou un fragment de protectine sert très bien de drain. Si la cavité traumatique est volumineuse, il met un bon tube à drainage et multiplie les sutures suivant les besoins. Après ablation d'une de ces tumeurs très volumineuses, il met jusqu'à sept points de suture. Le tube à drainage et les points de suture doivent être enlevés le plus rapidement possible, au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus tard. En laissant plus longtemps ces pièces, il y a une durée plus grande de la réparation. Il a fait la suture avec du fil d'argent, du crin de Florence, du catgut. Il recommande d'éviter le fil d'argent douloureux à retirer et coupant trop vite les tissus. Le catgut est un bon moyen, mais il faut le couper sans attendre sa dissociation trop tardive; les tissus ont besoin d'être relâchés dans les quarante-huit heures, surtout les téguments du crâne. Là, comme en tout endroit, le crin de Florence (crin des pêcheurs) lui paraît le meilleur agent de suture.

Tout récemment il a eu l'occasion d'appliquer ces préceptes chez trois femmes qui se sont trouvées simultanément dans la salle Richard-Wallace.

La première portait une seule loupe occupant la ligne médiane; ici l'opération était simple. Sans que la malade fût endormie, la tumeur a été traversée d'un coup de bistouri et énuclée. Points de sutures. La guérison a été très rapide.

Les deux autres malades présentaient des conditions beaucoup plus complexes. Une femme de soixante ans, au n° 15 de la salle Richard-Wallace, présentait sept loupes: trois très volumineuses, deux de médiocre volume et trois petites. La plus volumineuse datant de plus de vingt ans, située à la partie postérieure latérale droite de la tête, avait le volume d'une orange; deux autres accolées en avant au sommet de la tête, avaient le volume d'un gros œuf. Autour et même sur les tumeur existaient des cheveux abondants.

Le 7 juin, la malade étant chloroformisée, la plus grosse tumeur est circonscrite par une grande incision, de façon à exciser toute la peau exubérante. En un point, la tumeur est très amincie; une incision faite pour rendre l'énucléation plus facile donne issue à une grande quantité de liquide séreux mêlé de matière sébacée. La tumeur est assez difficile à détacher du crâne en arrière. Deux des autres tumeurs sont encore enlevées avec excision d'un portion de téguments.

Deux autres sont encore enlevées par transfixion, sans excision de peau. Cela fait, les surfaces traumatiques dénudées forment une telle étendue que M. Lucas Championnière juge prudent de remettre à une autre séance l'ablation des dernières tumeurs. La plaie de la plus grosse est réunie par cinq points de suture avec gros drain; les deux suivantes reçoivent deux et trois points de suture et un drain, les deux dernières un point de suture et pas de drain. Lavage phéniqué fort abondant, pansement de Lister très large.

Le 8, pansement, ablation de la moitié des points de suture, raccourcissement des drains. Le 9, ablation de tout drain et point de suture. Le 16, la cicatrisation est complète.

Le 22, sans anesthésie, les deux tumeurs restantes sont enlevées, deux points de suture sur chaque tumeur.

Sortie le 4 juillet, la guérison est complète depuis plusieurs jours.

Au n° 3, une femme de soixante-dix ans a présenté la répétition des mêmes phénomènes. Elle ne portait que deux loupes, mais l'une avait le volume d'une grosse tumeur à peu près comme dans le cas précédent. Sept points de suture et drain. Pour la petite tumeur, pas de points de suture. Pansement le lendemain. Le 24, ablation du drain et de sept points de suture. Sortie le 1er juillet, après guérison complète.

Ces deux dernières malades étaient fort intéressantes à cause du volume énorme des tumeurs et de quelques circonstances qui permettent bien d'établir des règles opératoires.

Lors de l'ablation des grosses loupes, l'extirpation de la poche est parfois très difficile, et il serait bon d'être muni de pinces larges et plate. Quand les loupes sont très grosses, il est sage de réséquer une partie de la peau, mais non pas toute la peau qu'il semblerait nécessaire de supprimer. La peau du cuir chevelu se rétracte vite et bien.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Dans ces deux cas, les cheveux abondants furent bien conservés; mais faut être très attentif à faire un bon lavage phéniqué, à chaque pansement; à toucher à l'eau phéniquée les caillots de sang incrustés dans la chevelure; à mettre un pansement aussi large que possible en enveloppant le cuir chevelu tout entier.

Il paraît téméraire de mettre les points de suture, et cependant ils jouent un rôle excellent pour la rapidité de la guérison.

L'anesthésie est nécessaire, surtout quand les tumeurs sont anciennes; dans ces cas, l'énucléation est quelquefois laborieuse.

Faire couler la matière sébacée dans le tissu cellulaire n'a pas d'inconvénients si la plaie est ensuite bien lavée. La division préalable des tumeurs en deux rend l'opération rapide et facile.

Les opérations précédentes ont été faites avec le pansement de Lister complet, dans une salle encombrée de brancards, et où plusieurs érysipèles se sont montrés chez les femmes atteintes de lésions insignifiantes et non couvertes du pansement de Lister.

Ces détails sont intéressants à connaître en ce qu'ils donnent une marche à suivre pour une opération dont la nécessité peut se présenter chaque jour, et que le chirurgien doit aujourd'hui pratiquer partout sans danger.—Le *Médecin Praticien*.

Traitement des hémorroïdes par les applications de glace.—Aujourd'hui on est loin de l'idée, émise par Hippocrate, des bons effets des hémorroïdes sur la santé, de leur utilité chez les mélancoliques, de leur influence préventive sur le développement des pleurésies, des pneumonies, et même de la folie.

A. Paré admettait les mêmes opinions sur les qualités mélancoliques et atrabilaires des humeurs qui s'y rendent; Stahl rejeta les qualités atrabilaires du sang hémorroïdal, mais il considérait les dilatations variqueuses du rectum comme un diverticulum capable de prévenir les accidents de la pléthore. Bérard a démontré que ces théories constituent autant d'erreurs de l'antiquité. Il est aujourd'hui bien peu de praticiens qui acceptent encore la théorie des hémorroïdes salutaires, des hémorroïdes internes à flux périodique. Les critiques si judicieuses de Gosselin ont dissipé les dernières croyances à ces préjugés hypthétiques, et l'ablation des hémorroïdes est pratiquée journellement sans aucun retentissement sur la santé.

Chez les militaires, les hémorroïdes ne peuvent que s'aggraver par les fatigues de la marche, ou l'exercice du cheval, Par suite d'une excitation plus ou moins directe, d'une congestion réitérée, elles peuvent occasionner des bourrelets volumineux, la procidence du rectum, des abcès hémorroïdaux, si bien décrits par J. L. Petit; devenir le siège d'ulcérations, de suintements fétides, de gerçures de fissures très douloureuses; provoquer, à la rigueur, une infirmité incompatible avec le service militaire, et entraîner la réforme, lorsqu'on a épuisé toutes les ressources des traitements palliatifs, car on peut contraindre un militaire, pour le conserver dans l'armée à subir

une opération délicate, douloureuse, toujours grave, pouvant compromettre la vie. Dans cette région, la suppuration est une menace d'infection purulente; les hémorrhagies et la phlébite n'y sont pas rares.

Le genre de vie de l'officier n'est pas compatible avec un traitement palliatif; il est obligé, pour ne pas abandonner la carrière, d'affronter l'imprévu d'une opération très douloureuse. Les ressources que l'art met à sa disposition se réduisent à l'écrasement linéaire, procédé de Chassaignac, la pince porte-caustique d'Amussat la pince-cautère écrasante de Richey, la galvanocaustique de Broca ou Verneuil, la cautérisation au fer rouge. Sans être pusillanime, ce tableau n'est pas engageant; en outre de l'excessive douleur qui nécessite l'emploi du chloroforme, il peut en résulter des brides cicatricielles des plus gênantes, et occasionner même une véritable infirmité.

Il y a environ un an, je dus donner des soins à un officier hémorroïdaire, retenu dans sa chambre par une tumeur tendue, turgescente, élastique, extrêmement douloureuse, du volume d'une noix, formée par des hémorroïdes internes, étranglées par le muscle sphincter.

Le taxis ne peut être pratiqué, à cause de la douleur; l'eau de savon, les compresses d'eau froide, les lotions saturnines, le badigeonnage avec une solution de perchlorure de fer, ne donnèrent d'autre résultat qu'une diminution de l'irritation et de la sensibilité.

Le malade demandait à être débarrassé le plus tôt possible par un autre moyen que l'opération. Je songeai alors à appliquer au traitement de cette tumeur hémorroïdale l'idée de Leroy d'Etiolles pour le traitement de l'anévrisme, non pas suivant la méthode de Pravaz, (de Lyon), ou de Pétrequin pour les varices, en injectant de perchlorure de fer, mais de provoquer, par la réfrigération des vaisseaux hémorroïdaux, une coagulation hémoplastique de la petite masse de liquide, isolée du torrent circulatoire.

Pour atteindre ce but, je pédiculai la tumeur en passant, après quelques difficultés, un morceau de linge, déchiré en ruban, autour de la base de la tumeur. J'étreignis ainsi le collet avec une tension suffisante pour déterminer *stase sanguine* à l'intérieur de la tumeur; puis j'enroulai le ruban deux ou trois fois autour du pédicule, *sans le nouer*. La tumeur devint rénitente comme une balle de caoutchouc. Un morceau de glace, saisi avec les doigts entourés d'une compresse, fut promené lentement autour de la surface de la tumeur, de manière à la réfrigérer dans toutes ses parties à la fois. Le malade accusa bientôt un sentiment de brûlure, qui n'atteignit pas le caractère d'une impression douloureuse.

La tumeur pâlit rapidement, diminue de volume, et sa surface se couvrit de rides. Au bout de vingt minutes, elle était ferme, dure froide au toucher; les téguments paraissaient avoir considérablement augmenté d'épaisseur. Le malade resta couché sur le ventre environ une demi-heure ou trois quarts d'heure; après ce laps de temps, le ruban fut déroulé autour du pédicule; la tumeur était moins froide, moins pâle, aussi ferme qu'auparavant et rentra aussitôt. Il ne resta au dehors qu'une sorte d'induration près de la marge de l'anus. Le lendemain, l'officier reprit ses exercices d'équitation. Sa tumeur n'a plus reparu.

Encouragé par ce succès, j'ai employé à des époques différentes ce même moyen de traitement sur deux autres officiers. L'un avait une hémorroïde externe sur le bord externe gauche de l'anus. L'autre présentait une tumeur formée par deux kystes contigus, située sur le bord de l'anus, au-dessus du coccyx. Ces hémorroïdes recouvertes d'une peau mince et fine apparaissaient sous l'aspect de tumeurs d'un bleu foncé, élastiques, noueuses, disparaissant en partie sous la pression, mais revenant aussitôt à leur état primitif, dès que cette pression était discontinuée. La douleur qu'elles occasionnaient était suffisante pour nécessiter une exemption de service.

Dans chacun de ces cas, la tumeur fut pédiculée et réfrigérée par le même moyen. Le résultat fut *immédiat*; ces deux malades purent reprendre leur service le lendemain. Il restait une nodosité sur la marge de l'anus, qui s'est progressivement résorbée. J'ai eu occasion un jour de voir dans son lit, pour un autre motif, un de ces officiers, que j'avais traité depuis trois ans environ; il avait encore une petite nodosité du volume d'un pois chiche; il m'a déclaré n'avoir jamais été incommodé par ce "*durillon*".

Ce traitement a l'avantage de ne pas être douloureux, par conséquent de pouvoir être appliqué sans chloroformer le malade, chose toujours sérieuse lorsqu'on veut obtenir une résolution complète: de donner un résultat immédiat, sans exiger de nombreux pansements consécutifs et une longue série de jours à l'hôpital; enfin de pouvoir être employé sur tous les militaires, puisqu'il ne comporte ni opération, ni chloroformisation. Il faut avoir soin de serrer suffisamment le cordon pour déterminer la stase sanguine, sans le nouer, pour pouvoir le délier facilement; il est préférable de se servir d'un morceau de compresse, afin de ne provoquer aucune lésion sur les téguments. Ce traitement est applicable aux tumeurs érectiles, dont il serait possible d'entourer la base d'un lacet, pour amener la stase de la petite colonne de sang contenue, dans son intérieur, condition essentielle pour obtenir la coagulation et la guérison.

Dr EM. GAVOY.

A là très intéressante communication de M. Gavoy nous ajouterons quelques mots. Son énumération des opérations à opposer aux hémorroïdes est un peu incomplète; la dilatation la ligature, des injections d'acide phénique et pas mal d'autres moyens s'appliquent même sans chloroforme.

Le tableau qu'il a tracé des suites des opérations est trop noir; dans l'immense majorité des cas il n'y a point d'accidents secondaires. J'ai opéré un bon nombre de malades par l'écraseur, par le galvano-cautère, par le thermo-cautère: je n'en ai jamais vu succomber.

Les excellents résultats obtenus par un moyen très simple engageront certainement des praticiens à y recourir. Toutefois, si le procédé provoque une coagulation immédiate dans les vaisseaux, nous n'oserions pas laisser les patients reprendre immédiatement leurs occupations dans les jours qui suivent; on est en droit de redouter même des accidents graves de déplacements de caillots. L'expérience n'a-t-elle pas appris aux Américains qui traitent les hémorroïdes par des injections phéniquées qu'il y a imprudence à opérer sans prescrire le repos, comme on le faisait dans les premiers temps.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

—

Arthrite sèche ou déformante du genou, avec dyscrasie calcaire. — La maladie dont nous parlerons aujourd'hui est une affection assez commune, qui a été beaucoup étudiée depuis quelque années.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, exerçant la profession de coutelier, sans antécédants héréditaires ou personnels. Nous ne trouvons rien chez lui de constitutionnel: pas de rhumatisme, pas de tuberculose, pas de syphilis, pas de goutte. Il n'a eu aucune maladie dans son enfance. En 1854 il a été atteint du choléra, et en 1876 il a eu une pleurésie, de laquelle il a été parfaitement guéri.

Il y a 9 ans, cet homme a fait une chute sur le genou droit, il a un peu souffert à la suite de cet accident; mais il n'en a pas moins continué à travailler. Un certain gonflement sourd, peu accentué de l'articulation s'est produit peu à peu, qui dans les premières années le gênait médiocrement. Cependant, la tuméfaction ayant augmenté il y a trois ans, la marche étant devenue plus pénible, s'accompagnant en même temps de quelques douleurs, il s'est décidé à entrer, en 1878, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Brouardel, où il a été traité par la compression ouatée élastique du genou.

Au bout de trois mois, il en est sorti un peu soulagé et a pu reprendre ses occupations.

Il en était là, éprouvant toujours de la gêne dans la marche, lorsque le 5 décembre 1879 — la date est parfaitement présente à sa mémoire — il a senti tout à coup, en marchant dans la rue, un craquement dans le genou, et immédiatement il s'est trouvé dans un état d'impotence absolue. Il est alors entré à l'hôpital Tenon, où il est resté jusqu'au mois de septembre dernier, date à laquelle il est venu dans mon service.

Tel est l'historique de la maladie articulaire dont il est atteint et qui a pour point de départ une chute sur le genou droit.

Cet homme est grand, il est assez maigre pour que sa peau paraisse trop grande pour les chairs qu'elle enveloppe; il est pâle. Si l'on examine l'articulation malade on constate: une rotule sans changement de volume, ni de situation; un genou déformé, plus volumineux, surtout à la partie interne, un certain degré de *genu valgum*, la jambe se porte en dehors. Le fémur présente une tuméfaction considérable du condyle interne dans tous ses diamètres, qui repousse le tibia en dehors, et près du rebord de sa surface articulaire, on sent une saillie en crochet formée par plusieurs ostéophytes qui augmentent la longueur de ce condyle. Quant au condyle externe, il ne présente rien de particulier.

Du côté du tibia on sent très-distinctement, à travers la peau amincie, le plateau articulaire élargi, son bord supérieur plus grand, un peu affaissé, sa circonférence irrégulière avec des saillies produites aussi par des ostéophytes.

Grâce à ces altérations, il existe un déplacement assez notable des deux os l'un sur l'autre, et le tibia porté en dehors est dans un état de subluxation.

La rotule n'a rien.

La synoviale est altérée; en haut, en dedans de la rotule, on trouve des indurations de la grosseur d'un pois, les unes mobiles sous la pression des doigts, les autres fixes et semblant faire corps avec elle.

Les cartilages sont également altérés, et dans les mouvements que l'on imprime au fémur sur le tibia, on sent des frottements rudes dus à une éburnation, à une usure et à la disparition, en certains points, du cartilage.

Il n'existe que très-peu de liquide dans l'articulation.

Le ligament latéral interne du genou, aminci peu à peu par des frottements continus du condyle interne, s'est rompu, et cette rupture est très-probablement l'accident, dont le malade fait remonter l'origine au 5 décembre 1879, c'est-à-dire au

jour où, en marchant, il a senti le craquement instantané qui l'a mis dès ce moment dans l'impossibilité absolue de marcher.

Les symptômes subjectifs sont à peu près nuls, car, si ce n'est dans les premiers temps, le malade ne souffre pas, il n'y a pas d'inflammation, ni d'épanchement, ni aucune tendance à la suppuration, enfin, pas de phénomènes généraux.

En raison de ces altérations que nous venons d'énumérer, du déplacement des os, des ostéophytes, de la rupture du ligament latéral interne, les troubles fonctionnels sont considérables, cet homme ne marche que par artifice, c'est-à-dire au moyen d'un appareil dont nous parlerons tout à l'heure.

Nous voici donc en présence, pour le dire de suite, d'une arthrite chronique. Mais de quelle nature est-elle ? scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse ou spinale ? ou bien encore syphilitique, tuberculeuse ?

Le diagnostic précis en est assez difficile. Il est certain que l'absence de tous antécédents et de certaines lésions nous fait rejeter immédiatement la scrofule, la goutte, la syphilis, le tubercule et l'origine spinale. et il reste seulement l'arthrite rhumatismale. Mais jusqu'à présent, cet homme n'a jamais eu le moindre rhumatisme.

Le rhumatisme articulaire chronique comprend deux grandes classes : le rhumatisme fibreux et le rhumatisme osseux.

Le premier est caractérisé par l'épaississement, l'induration de la synoviale, et la formation d'un tissu fibreux.

Le rhumatisme osseux se subdivise encore en trois sous-genres : a. le rhumatisme articulaire chronique osseux multi-articulaire, dans lequel un grand nombre d'articulations sont atteintes et déformées ; on l'appelle encore le rhumatisme noueux ; b. le rhumatisme articulaire chronique osseux des phalanges des doigts, affection assez fréquente qui siège surtout sur les deux dernières phalanges ; c. le rhumatisme mono-articulaire chronique osseux ou arthrite sèche déformante, ou ostéophytique, ou *morbus coxae senilis*, parce qu'on le rencontre le plus souvent sur la hanche et chez les vieillards ; on l'appelle encore arthrocaecé ou mauvaise articulation.

Bien que cette dernière forme porte le nom de rhumatisme, elle s'observe assez fréquemment chez des gens qui n'ont jamais eu le moindre rhumatisme, qui ne sont pas des individus gastralgiques ou névralgiques. Aussi, faut-il admettre une cause encore inconnue.

Ce qui frappe surtout dans cette maladie, c'est l'altération de l'articulation avec formation du tissu osseux sous l'influence d'un état particulier, d'une sorte de dyscrasie calcaire.

Il y a des malades qui présentent cette disposition d'une façon aussi prononcée que possible ; ils ont alors une calcification et une ossification non-seulement de l'articulation, mais encore de tous les muscles qui l'environnent, voire même des vaisseaux. C'est ainsi que dans une de ces arthrites de la hanche, j'ai vu jusqu'aux veines saphènes calcifiées.

Cet état général particulier que nous ne pouvons expliquer, appartient surtout aux sujets âgés. On le rencontre aussi quelquefois dans les anthropathies spinales, chez les ataxiques.

J'admettrai donc chez notre malade qui n'est pas un rhumatisant, une arthrite sèche du genou avec dyscrasie calcaire. Le point de départ a été un traumatisme auquel a succédé une inflammation chronique de l'articulation qui a duré quelque temps, enfin une arthrite sèche.

La marche de cette maladie est toujours lente, sans tendance à ce que l'articulation s'enflamme ou suppure, sans fièvre, ni grandes douleurs. Jamais il ne se produit de poussées inflammatoires, mais jamais non plus la maladie ne rétrograde ni ne s'améliore. Elle peut s'arrêter dans ses progrès, mais jamais elle ne diminue.

Le pronostic n'est donc pas grave au point de vue de la vie qui n'est pas compromise ; elle est sérieuse seulement pour le membre qui, peu à peu, se luxé de plus en plus et rend le malade absolument impotent.

Quant au traitement bien qu'il ne puisse être curatif, cependant il peut enrayer la marche de la maladie et doit tendre surtout à combattre la dyscrasie calcaire. Ce traitement est local ou général.

Le premier ne saurait consister ni dans la compression ouatée, ni dans les révulsifs sur l'articulation, ni dans les pointes du feu ; ces différents moyens n'auraient aucune action. Le traitement local doit se borner à l'application d'un excellent appareil qui permette au malade de marcher, c'est-à-dire dans un appareil silicaté très-fort, très-résistant qui, la jambe étant redressée et placée dans l'axe de la cuisse, saisisse convenablement et solidement tout le membre inférieur entre deux attelles, l'une postérieure appliquée contre le creux poplité, l'autre latérale externe remontant jusqu'à la hanche.

À ces moyens nous devons joindre un traitement général, qui est très-important, et que malheureusement nous n'avons guère à notre disposition pour les classes pauvres, en dehors d'une alimentation spéciale ayant pour but d'éviter les phosphates et les carbonates, dont il faut au contraire faciliter l'élimination de l'économie.

Ce traitement consiste donc surtout dans une excellente

hygiène, le grand air, les pays chauds d'hiver, des soins particuliers de la peau pour qu'elle fonctionne le plus activement possible, l'emploi régulier de bains tempérés, prolongés par séries, les eaux thermales chaudes ou chlorées sodiques, les eaux de Bourbonne, de Plombières, de Luxore, du Mont-Dore, enfin les douches chaudes qui donnent aussi d'excellents résultats.—*Le Praticien.*

Traitement des plaies avec pertes de substance.

—Notre ami M. Armand Desprès n'est pas, on le sait, partisan du pansement de Lister, et dans son important service de la Charité, il réhabilite et renouvelle l'ancienne pratique du pansement sous une forme quelque peu modifiée, pratique qui lui donne des résultats très satisfaisants. En effet, dans une statistique de 82 malades ayant subi l'amputation du sein, tant à l'hôpital qu'en ville, nous dit M. Desprès, pour ne parler que d'une même opération, il n'a eu que 3 décès, et encore dans cette mortalité, il n'y a qu'un cas où l'opération soit incriminable. Nous sommes loin de la statistique de notre vieux maître Velpeau qui comptait 15 morts pour 100.

Pour obtenir des résultats aussi heureux, voici la méthode suivie par M. Desprès: Après avoir déclaré que la réunion immédiate doit être évitée pour toute plaie avec perte de substance attendu qu'elle expose à des tiraillements continuels très douloureux pour le malade d'abord et très défavorables à la cicatrisation ensuite, à la retention du pus, etc., l'auteur nous dit que le meilleur pansement est le pansement humide. Ce pansement éminemment physiologique est obtenu pendant les premiers jours artificiellement par le mouillage répété toutes les heures avec de l'alcool camphré, et dès que paraît la suppuration, par le pus lui-même. Voyons maintenant comment il s'applique. L'opération terminée, les artères liées, on lave la plaie avec de l'eau tiède, puis on applique un gâteau de charpie imbibé d'alcool sur la plaie, de façon à la recouvrir complètement. Par dessus, un linge fenêtré et cératé, débordant un peu la plaie, une couche assez épaisse de charpie imbibée d'alcool camphré, un bandage de corps bien serré mais ne comprimant pas trop. Toutes les 2 heures on humecte l'appareil avec un mélange d'eau et d'alcool camphré. En été, pour prévenir une évaporation trop rapide, on pourra recouvrir le pansement de taffetas gommé. L'important ici est de maintenir une humidité constante.

Le lendemain, on change le pansement jusqu'au linge cératé

inclusivement, on humecte le gâteau de charpie laissé à demeure et on reconstitue le pansement comme la veille en faisant ensuite les mêmes mouillages. On continue ainsi jusqu'à ce que la suppuration franchement établie détache la charpie du fond de la plaie et dès lors le pansement classique à plat est institué. Le pus va jouer le rôle d'humectant que l'on avait confié à l'alcool; aussi, dans les pansements suivants se bornera-t-on à laver les bords de la plaie pour empêcher la formation de croûtes, et le plus sera conservé avec les plus grands égards. Le bourgeonnement se fait franchement, régulièrement, et au bout de 30 à 55 jours, suivant la grandeur des plaies la réparation est obtenue.

Loupes du cuir chevelu; indications des divers procédés de destruction.—M. Desprès, toujours personnel et entier dans ses opinions, ne reconnaît que deux procédés vraiment pratiques: le bistouri et les caustiques.

Lorsque la loupe n'est encore qu'un kyste sébacé bien limité les caustiques sont applicables et donnent d'excellents résultats. Nous savons tous comme on procède; après avoir rasé les cheveux, un morceau de diachylon sur lequel on a pratiqué une boutonnière de la longueur de la loupe est appliqué sur la tumeur. Ensuite on prépare du caustique de Vienne (potasse caustique et alcool), que l'on met sur la fente où on la laisse pendant vingt minutes, temps nécessaire à la formation d'une eschare suffisante. Cette brûlure chirurgicale est du nombre des affections auxquelles il ne faut rien faire. Au bout de 13 jours environ l'eschare commence à se détacher et quinze jours après l'application du caustique la loupe vient avec l'eschare que l'on soulève au moyen d'une spatule. C'est Marjolin père, qui a imaginé cette méthode, on la trouve décrite tout au long, dans la première édition de l'ouvrage de Nélaton. La plaie qui reste après cette ablation est pansée avec des cataplasmes. Il faut bien se garder de panser simplement avec du diachylon: c'est à la suite des pansements de ce genre que l'on a observé des érysipèles graves suivis de mort.

Lorsque la loupe est dégénérée, qu'elle est ramollie, volumineuse, c'est au bistouri qu'il faut avoir recours, si l'on ne veut pas exposer son opéré à des accidents sérieux. M. Desprès a été tout récemment appelé en consultation par un médecin qui, pour avoir négligé cette indication, avait vu des accidents sceptiques, gangreneux, se développer à la suite d'une grosse loupe opérée par les caustiques. L'état du malade

était fort grave : il avait de la fièvre, ne mangeait plus. Il employa dans ce cas, un moyen, bon peut-être, mais à coup sûr atrocement douloureux : comme la loupe pouvait jusqu'à un certain point se pédiculiser. Il l'a enserrée dans une ligature élastique. Le malade a souffert pendant les huit jours qu'il a fallu pour amener la chute de la tumeur.

La constriction du cuir chevelu est des plus douloureuses ; aussi, a-t-il mis ce moyen en pratique, dans le seul but de couvrir un médecin qui avait déclaré le bistouri mauvais pour cette opération.

M. Desprès a opéré jusqu'à 10 loupes par les caustiques, en même temps, chez le même malade, avec un heureux résultat. Ceci plaide en faveur du procédé.

Plusieurs modifications avaient été proposées. Ainsi Chas-saignac avait tenté de produire une escharification plus rapide au moyen du caustique de Filhos, mais il eut des érysipèles.

Quand la loupe est volumineuse, qu'elle est dégénérée, le caustique ouvre le kyste qui ne sort pas avec l'eschare, c'est pourquoi ce procédé doit être rejeté. Dans ce cas, pour M. Desprès, le bistouri est supérieur à tous les autres moyens. En effet, l'écraseur fait une plaie trop grande et un traumatisme considérable. Le thermo-cautère ou galvano-cautère produisent des eschares à deux ou trois centimètres du point de section ; pour cette raison il les condamne absolument. Le fait personnel, que M. Desprès cite plus haut, juge la ligature élastique. Il faut dire enfin, que le bistouri est à peine douloureux ; ceci se comprend sans peine : l'incision de la peau seule est douloureuse et la douleur est très amoindrie par le fait de la distension des téguments par la tumeur et leur amincissement. Cette distension diminue le nombre des filets nerveux pour une surface donnée de peau. — *Le médecin Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Du traitement de l'hémorragie puerperale, par le Dr BARNES, de Londres.—L'auteur commence par donner un rapide aperçu des conditions qui prédisposent à l'hémorragie puerpérale, des moyens que possède la nature pour s'opposer à cette hémorragie. Quelquefois la nature est impuissante et l'hémorragie se produit.

Il pose comme point de départ l'hémorrhagie puerpérale physiologique, c'est-à-dire du sang en excès, qui ayant servi à la nutrition de l'enfant, est chassé de l'utérus par la contraction de cet organe avec et après le décollement du placenta. Toute perte au delà de cet excès devient hémorrhagie extra-physiologique, et exige les soins du médecin pour la réprimer.

Il rappelle ensuite les forces hémostatiques de l'utérus; l'irritabilité, la rétractilité, la contractilité. La rétractilité dérive immédiatement du système ganglionnaire. La contractilité dérive du système spinal et du centre cérébral. Pour agir sur ces deux propriétés contractiles, il faut s'y prendre de manières différentes.

Il trace le moyen dont se sert la nature pour réprimer l'hémorrhagie: 1^o La contraction régulière et continue de l'utérus; 2^o la coagulation du sang dans les vaisseaux de l'utérus; 3^o La réduction de l'impulsion cardiaque, quelquefois portée jusqu'à la syncope; 4^o Le détournement du flux sanguin de l'appareil génital.

Il divise les hémorrhagies en degrés pour servir de guide dans le choix des remèdes: 1^{er} degré: La fonction diastaltique se maintient dans son intégrité, mais elle est désordonnée dans son action. 2^e degré: il y a perte notable de la force diastaltique. 3^e degré: Il y a suspension de cette fonction.

L'application se fait de la façon suivante: Dans le 1^{er} degré on cherche à exciter la contraction de l'utérus avec l'aide du froid, de la chaleur, de l'ergot, etc.; dans le 2^e degré, on a encore recours aux moyens du même ordre, mais avec plus de discrétion, puisque tous seraient capables de surmener les forces qui restent. L'auteur fait l'appréciation clinique de l'ergot, du froid, de la chaleur, etc. Dans le 3^e degré, les moyens qui sont utiles dans les deux premiers degrés sont souvent nuisibles. Dans cette extrémité, on s'adresse surtout à la rétractilité innée de l'utérus, force qui dure encore après la perte de la contractilité réflexe. Il discute et rejette la faradisation. Ne pouvant amener la contraction musculaire, l'auteur démontre qu'on peut trouver un équivalent dans le rétrécissement de la surface interne de l'utérus sous l'influence des styptiques. Il fait la comparaison des deux agents qui sont les mieux connus, l'iode et le fer. L'iode, quelquefois utile, trompe souvent le clinicien dans son attente. L'auteur s'appuie donc sur le fer. Il trace: 1^o Les conditions dans lesquelles le fer doit être employé; 2^o La forme et la manière de l'appliquer; 3^o Les dangers qui se rattachent à son emploi; 4^o Les moyens d'éviter ses dangers. Il fait l'analyse des dangers qui se rattachent aux injections intra-utérines tant ferriques que

non ferriques, et fait voir que les dangers propres aux injections ferriques sont rares et pour la plupart inévitables.

La conclusion générale de l'auteur est que les injections ferriques peuvent encore réussir à sauver les femmes en péril par l'hémorragie lorsque tous les autres moyens ont échoué.—*Le Médecin Praticien.*

Traitement de l'hémorragie post partum, par le Dr Th. MORE MADDEN.—Après avoir étudié les principales causes de l'hémorragie *post partum*, l'auteur passe en revue les différents moyens employés pour lutter contre ce terrible accident et conclut à la supériorité du perchlorure de fer. Il recommande fortement l'introduction dans la matrice d'une éponge, imbibée de perchlorure de fer et retenue à l'aide de la main, jusqu'à ce qu'une forte contraction se produise et expulse la main et l'éponge, en arrêtant on même temps l'hémorragie. Cette méthode est considérée comme la plus efficace et la moins dangereuse. En même temps, il insiste beaucoup sur la pression manuelle externe sur la matrice jusqu'à ce qu'une contraction se produise. Il indique les dangers possibles résultants de l'introduction de la main dans la matrice, à moins qu'il n'y ait une hémorragie très grave, pendant cette opération nécessaire.

Pour ce qui se rapporte au collapsus, après une hémorragie *post partum*, l'auteur considère le traitement par la transfusion, telle qu'elle est actuellement pratiquée, comme inutile dans la grande majorité des cas pour lesquels elle est recommandée. Au lieu de la transfusion, il recommande les injections de larges doses d'éther sulfurique, comme de Hecker les a préconisées ; il rapporte l'histoire de quelques exemples où cette méthode réussit dans des cas de collapsus par suite d'hémorragie *post partum*, en apparence désespérés.—*Le Méd. Prat.*

Traitement de l'hémorragie puerpérale, par M. BUDIN.—Le jeune agrégé de Paris dit que, dans cette importante question, il faut considérer : 1^o le traitement préventif ; 2^o le traitement consécutif.

En ce qui concerne le traitement préventif, il est évident qu'il faut savoir faire la délivrance.

Quant au traitement de l'hémorragie elle-même, l'accoucheur ne doit pas oublier que la femme est au seuil de la mort, et que le moyen, quels que soient ses dangers, qui pourra la sau-

ver sera le meilleur. Dans une bataille, avant de songer aux difficultés de la retraite, le général doit penser aux moyens de sauver son armée. Donc arrêter à tout prix l'hémorragie, tel doit être le but de l'accoucheur.

Le traitement consécutif est aussi important. Lorsque les femmes ont été épuisées par un écoulement considérable de sang, lorsqu'elles sont pâles, blêmes, dans un état syncopal presque continu, les injections sous-cutanées d'éther rendent de grands services; elles déterminent une vive douleur au lieu même où elles ont été faites, elles excitent la femme et la raniment. L'autre moyen conseillé par le professeur Winkel, l'emploi de la bande d'Esmarch, sera peut-être également utile, mais quand l'hémorragie a été arrêtée, quand l'utérus est et reste contracté, quand il ne s'agit plus que de ranimer la femme, il faut avoir recours à la chaleur pour éviter toute nouvelle deperdition de forces. Un physiologiste, M. le Dr Laborde, a fait l'expérience suivante: il a saigné à blanc des cobayes; c'était en hiver, les uns ayant été laissés près de la cheminée, devant le feu, ont survécu, ceux qui sont restés exposés au froid, sont au contraire tous morts. De même que, depuis longtemps, quand on veut ranimer un nouveau né en état de syncope on l'enveloppe de linges chauds pendant qu'on l'insuffie, de même il faut mettre aux pieds et de chaque côté de la femme des boules remplies d'eau chaude, il faut l'envelopper de linges et de couvertures chaudes, en même temps qu'on lui fait prendre des alcooliques, etc. Dans trois cas d'hémorragie très graves, M. Budin a vu cet emploi de la chaleur combiné avec d'autres moyens rendre les plus grands services. — *Le Médecin Praticien*.

—

Traitement de l'hémorragie puerpérale par l'introduction de la main dans l'utérus.—M. MATTHEWS DUNCAN reconnaît que, parmi les injections celles de perchlorure de fer doivent être des meilleures, mais pour lui le meilleur et le plus sûr moyen d'arrêter l'hémorragie qui survient après la délivrance est d'introduire une main dans l'utérus, pendant que l'autre à travers la paroi abdominale exerce une pression sur le fond de la matrice. La main introduite dans l'utérus doit le débarrasser des caillots qui l'encombrent et en même temps l'exciter. Sous cette influence, le muscle utérin se contracte, les vaisseaux béants se ferment et l'hémorragie est sûrement arrêtée. Pour Duncan, l'introduction de la main est le moyen souverain, il n'en connaît aucun d'égal. — *Le Médecin Praticien*.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Pommade contre les ulcères aux jambes, par le professeur COURTY.—

Precipité rouge..... 1 gramme
Axonge. 30. ʒi à ʒjss..... F. s. a. une pommade.

Pour amener la cicatrisation des vieux ulcères des jambes, on les lave avec de l'eau additionnée d'acide phénique ou de coaltar-aponiné de Lebeuf. Puis, quand ils sont convenablement détergés, on les lotionne deux fois par jour, pendant plusieurs minutes, avec du vin aromatique. Dans l'intervalle des lotions, on applique sur l'ulcère la pommade au précipité rouge.—*Le Médecin Praticien*.

Traitement de l'hémoptysie, JACCOUD.

Injections sous-cutanées d'ergotine, faites avec la préparation suivante :

Ergotine..... gr xv
Glycérine..... ʒi
Eau distillée..... ʒi
Eau de laurier-cerise.. ʒss

La seringue de Pravaz contenant gr. xx de liquide, soit gr. ij d'ergotine, on fera deux ou trois injections, quelquefois quatre dans la journée.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

Syphilis tertiaire, HARDY :

Eau distillée..... ʒx
Iodure de potassium ʒv
Biiodure de mercure..... gr .
F. s. a.

Une solution à prendre une cuillerée à bouche par jour au début. Elle ne s'altère pas comme le sirop de Gibert et coûte beaucoup moins cher.—*Revue de Thérapeutique méd.-chir.*

Traitement de la dysentérie.—Henry Colley March dit que dans les dysentéries ordinaires des adultes avec épreintes, ténésme, garde-robes fréquentes et s'accompagnant de mucus sanguinolent sans matières fécales proprement dites, le meilleur traitement consiste à donner une solution de bichlorure de mercure. En quelques heures, le ténésme cesse, et au bout de deux ou trois jours les selles prennent un bon aspect.—*Medical Times and Gaz.*—*Revue de Thérapeutique.*

Traitement de quelques tumeurs adipeuses.—Le Dr Schwalbe, au dernier Congrès de chirurgiens allemands, a publié une méthode de traitement de tumeurs télangiectasiques, de lipômes et même de petites hernies par l'injection d'une solution alcoolique à 15 ou 20 p. 100. Par ces injections, qu'il répète suivant les cas, deux fois par semaine, et pendant plus ou moins longtemps, Schwalbe a obtenu d'excellents résultats. Une tumeur télangiectasique de la face qui avait résisté au thermo-cautère, fut traitée par les injections alcooliques, et la tumeur s'affaissa progressivement pour disparaître en totalité.—*New-York Medical Record.*—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Traitement de la dyspepsie gazeuse.—Dans cette forme de dyspepsie accompagnée de fermentation et d'abondant dégagement de gaz après le repas, le meilleur remède est le chloroforme à la dose de 13 à 20 gouttes dans du sirop simple. Après quelques instants les gaz sont expulsés de l'estomac et la fermentation est arrêtée.—*Med. and Surg. Reporter.*—*Revue de Ther. Med. Chir.*

Prurit vulvaire.—

Poudre de gomme arabique.....	5ij
Baume de Pérou.....	• 5j
Huiles d'amandes douces.....	5iij
Eau de roses.....	5j

qu'on appliquera avec un pinceau sur les endroits où il y a la démangeaison.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, NOVEMBRE 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Question Universitaire.

DÉCISION DE ROME *.

Illustrissime et Révérendissime Seigneur,

Le Saint-Père ayant mis à l'examen la question soulevée de nouveau au sujet de l'Université Laval et de la succursale établie à Montréal, a ordonné expressément, dans l'audience extraordinaire d'hier, tenue pour traiter uniquement de cette affaire, de signifier à Votre Seigneurie que *c'est sa volonté décidée que l'on doit s'en tenir au décret de cette Sacrée Congrégation, émané le premier de février 1876 et de continuer à y donner exécution.*

Votre Seigneurie reste par conséquent chargée de communiquer cet ordre du Pape, à tous ses suffragants. Sa Sainteté nourrit la confiance que le clergé et le peuple catholique du Canada, dont elle a toujours reçu les preuves les plus éclatantes de dévouement et d'attachement au Saint Siège, se conformeront à ses ordres susdits et que les divers prélats travailleront sans relâche à ramener dans les esprits la concorde et la paix.

Maintenant, je prie le Seigneur de vous accorder longue vie et bonheur.

Rome, Palais de la Propagande,
13 septembre, 1881.

JEAN, CARDINAL SIMEONI,
Préfet.

J. MASOTTI,
Secrétaire.

* Les italiques sont de nous.—NOTE EDIT.

DÉCRET DE 1876 SUR L'UNIVERSITÉ LAVAL.

Voici le décret du 1er février 1876, que S. S. Léon XIII ordonne d'exécuter, et qui fut communiqué à Mgr l'archevêque de Québec par S. E. le cardinal A. Franchi, le 9 mars, 1876:

Illustriissime et Révérendissime Seigneur,

Dans la Congrégation Générale du premier février dernier, on a mis de nouveau à l'examen l'instance de l'Evêque de Montréal pour l'érection d'une Université dans son Diocèse, et les Eminentissimes et Révérendissimes SS. Cardinaux ont répondu de la manière que je viens ci-après transcrire à Votre Seigneurie.

Au I. doute, savoir si et quelle mesure il conviendrait d'adopter relativement à la susdite instance de l'Evêque de Montréal, *ad mentem. Mens est*, que l'on écrive à l'archevêque de Québec une lettre qui devra être communiquée à tous ses suffragants, dans laquelle on lui dise qu'ayant mis de nouveau à examen le projet de fonder une Université à Montréal, on en a reconnu l'impossibilité, spécialement pour la raison qu'une telle fondation compromettrait l'existence de l'Université Laval, laquelle, à cause des services rendus à l'Eglise et à la société et des sacrifices pécuniaires qu'elle a faits, doit être soutenue et conservée. Que néanmoins, cette Université devant servir d'une manière particulière pour tous les Diocèses de la Province de Québec, on a reconnu comme une juste chose que ses suffragants y aient un contrôle, lequel soit en même temps une garantie pour eux, et un avantage pour l'Université elle-même. Que ce but pourra s'obtenir, en laissant intactes les dispositions fondamentales de Laval, son administration financière et tout ce qui regarde les relations entre la dite Université et le Séminaire Archidiocésain, et en accordant aux évêques, sous la présidence de l'Archevêque, la haute surveillance sur tout ce qui concerne la discipline et la doctrine, soit relativement aux professeurs, soit par rapport aux élèves. Que pour cela le Recteur de l'Université, dans une réunion annuelle des Evêques, devra faire connaître exactement l'état de la même Université sous les deux rapports mentionnés, et les Evêques auront le droit de faire leurs observations, et de proposer les changements et les améliorations qu'ils jugeront opportuns, sauf, comme dit plus haut, les dispositions fondamentales de l'Université.

Qu'en général, il y aura toujours liberté, même obligation, pour les Evêques, d'exercer cette haute surveillance, en récla-

mant l'attention de l'Archevêque et du Recteur de l'Université sur tout ce qu'ils jugeront à propos de conseiller, *sans jamais cependant recourir au moyen de la presse* laquelle d'ordinaire, comme l'a prouvé dans le cas actuel une triste expérience, sert plus à aigrir les esprits et les questions, qu'à rémédier au mal, et aboutit à causer préjudice à l'honneur de l'Université, et souvent même à l'honneur de la cause catholique. Que l'on reconnait la nécessité de pourvoir en quelque manière à l'instruction supérieure de ces jeunes gens de Montréal qui ne peuvent fréquenter l'Université Laval, *comme aussi d'empêcher que les écoles de droit et de médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes, et beaucoup plus encore que les étudiants catholiques ne fréquentent de telles Universités.* Que du reste, *comme il est évidemment impossible de la part de Laval d'accorder l'affiliation aux dites écoles, laquelle equivaudrait à l'érection d'une Université, pour ainsi dire distincte et indépendante à Montréal, afin de pourvoir cependant à la nécessité énoncée plus haut, il ne se présente pas d'autre expédient que celui d'établir à Montréal une succursale de l'Université Laval, projet à l'exécution duquel les évêques, en union avec Laval, devront procéder sur les bases suivantes :*

1^o Que toutes les dépenses nécessaires pour la succursale devront être à la charge du diocèse de Montréal.

2^o Les cours seront uniformes à Laval et à Montréal tant pour la durée que pour la distribution des matières dans chaque faculté et dans chaque année; et là où l'on reconnaîtrait la stricte nécessité de faire quelque changement, que cela se fasse sans préjudice ni au mérite de Laval, ni à l'instruction des jeunes gens en rendant plus facile et plus prompte l'obtention du doctorat.

3^o Que les professeurs de Droit et de Médecine à Montréal feront partie de la faculté respective établie à Laval en vertu de la charte royale.

4^o Que comme le Conseil Universitaire, en vertu de la même charte, doit être composé des Directeurs du Séminaire de Québec et des trois plus anciens professeurs de chaque faculté par ordre de nomination, les professeurs de Montréal à leur tour devront faire partie de ce conseil.

5^o Les professeurs de chaque faculté à Montréal formeront, comme ceux de Laval, un conseil permanent pour tout ce qui regarde non-seulement la branche de Montréal, mais la faculté en général.

6^o Il y aura à Montréal un Vice-Recteur, résidant, nommé par le Conseil Universitaire et approuvé par l'évêque de Montréal lequel Vice-Recteur suppléera le Recteur dans l'admis-

sion ou l'expulsion des étudiants. Cette surveillance est relative seulement à l'observation des règlements universitaires, attendu que, pour la conduite morale et religieuse, l'Evêque de Montréal y pourvoira entièrement.

7° Les professeurs de Montréal seront nommés, comme ceux de Laval, par le Conseil Universitaire, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

8° Les émoluments pour chacun des professeurs seront à Montréal égaux à ceux de Laval.

10° Les diplômes seront donnés par Laval, et à cette Université seront payés les droits y annexés.

Enfin on devra, dans la lettre recommander à tous les Evêques de faire en sorte que leurs Séminaires et Collèges s'affilient à l'Université Laval, puisque de cette manière les études seront mieux co-ordonnées, et les jeunes gens seront préparés pour les cours universitaires.

Quant à l'autre doute, savoir si et quelle mesure ultérieure on doit prendre relativement aux professeurs non catholiques de l'Université Laval, les Eminentissimes et Révérendissimes SS. Cardinaux ont répondu : " Attentis noviter deductis, dilata et, si opus fuerit, suo loco, et tempore providebitur."

Cette résolution fut, dans l'audience du 13 février, présentée au Saint-Père, qui a daigné l'approuver dans toutes ses parties.

Et maintenant je prie le Seigneur qu'il vous accorde longue vie et bonheur.

Rome, de la Propagande, le 9 mars 1876.

De Votre Sainteté,

Le très affectionné serviteur.

ALEX. CARD. FRANCHI,

Préfet.

J. B. AGNOZZI,

Pro-Secrét.

L'Illustrissime et Révérendissime Seigneur,

Monsieur L'ARCHEVÊQUE DE QUÉBEC.

Hôpital Notre-Dame.

Le premier rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame qui vient d'être publié témoigne d'un progrès très sensible et des plus satisfaisant. On n'avait pas trop présumé de l'inépuisable charité du public en sollicitant son aide pour l'institution et le nouvel Hôpital avec son bureau d'administration, son

bureau médical et son comité nombreux et distingué de dames patronesses, entre dans une phase d'affermissement et de succès qui permet d'anticiper les plus heureux résultats.

Le bien qu'a déjà fait l'Hôpital Notre-Dame est plus que suffisant pour prouver la nécessité de son maintien. Malgré que ses salles aient donné asile pendant l'année terminée le 31 juillet dernier à 772 malades et que 1609 autres aient reçu des soins au dispensaire qui lui est attaché, les autres hôpitaux de la ville n'en ont pas été pour cela moins achalandés et les dispensaires n'ont pas eu moins de misères à secourir. Et il n'est pas à craindre que l'inauguration de nouvelles salles que projettent les autorités de l'Hôpital Notre-Dame ne soit pas mise à profit par les malades pauvres qui restent encore à secourir.

NECROLOGIE.

Dr Bibaud.—La profession a déjà appris par les journaux politiques la mort de M. le Dr Bibaud, décédé, le 23 octobre, d'une hémorrhagie cérébrale. Comme dans presque tous les cas de ce genre, le dénouement fatal ne s'est pas fait longtemps attendre; le malade a été emporté en quelques jours.

M. le Dr Bibaud, le doyen de l'École de médecine et de chirurgie après M. le Dr Munro, était âgé de 62 ans, et enseignait l'anatomie dans cette institution depuis trente six ans, ayant été nommé professeur en 1844, quelque temps avant l'incorporation de l'École.

Le professeur Bibaud, dans la partie active de sa vie, avait su acquérir et mériter une grande réputation comme anatomiste et comme praticien. Pendant un grand nombre d'années il donna, sur presque toutes les branches de la médecine, des cours privés qui étaient fort en vogue, très peu d'élèves croyant pouvoir s'en dispenser pour se présenter à l'examen du bureau.

Le service funèbre a été chanté à l'église St-Jacques. Presque tous les professeurs et la plupart des élèves des quatre facultés de médecine, ainsi qu'un très grand nombre de médecins de Montréal et de la banlieue, suivaient le convoi.

Livres reçus.

A Practical Treatise on Hernia by JOSEPH H. WARREN, M.D., member of the American Medical Association; British Medical

Association, Massachusetts Medical Society ; formerly Surgeon and Medical Director U. S. A., &c., &c. Second Edition, fully illustrated. Editors : James R. Osgood & Co., Boston ; Sampson Low, Marston, Searle and Rivington, London : 1882.

Transactions of the College of Philadelphia. Third series, volume the fifth, 1881.

Brochures reçues.

Premier Rapport Annuel de l'Hôpital Notre-Dame. Montréal.

The Fifty-ninth Annual Report of the Montreal General Hospital.

Ovariectomy during Pregnancy, by P. C. WILSON, M.D., Baltimore, 1881.

Uterine Dilatation with a New Instrument, by H. P. C. WILSON, M.D., Baltimore, 1881.

On some of the effects of the Chronic Impaction of Gall-Stones in the Bile-Passages, and on the "Fievre Intermittente Hépatique" of Charcot, by WILLIAM OSLER, M.D., M.R.C.P., Montreal.

Renal Cirrhosis, by WILLIAM OSLER, M.D., M.R.C.P., Montreal.

Empyema and its Treatment by Valvular Drainage, by A. M. PHELPS, M.D., Châteauguay, N.-Y.

NAISSANCES.

En cette ville, le 25 octobre, la dame de M. le Dr Gustave Demers, une fille.

En cette ville, le 25 octobre, la dame de M. le Dr Philéas Carrière, un fils.

En cette ville, le 2 novembre, la dame de M. le Dr J. B. Berthelot, un fils.

MARIAGE.

PAGER-PRÉVOST.—Jeu-di, le 13 du courant, à l'Evêché de Montréal, par Sa Grandeur Mgr Fabre, P. Elie F. Pager, Ecr., M. D., de New-Bedford, E. U., à Delle Virginie Prévost, fille unique d'Isidore Prévost, Ecr., comptable au Palais de Justice, Montréal.