

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## De la cure opératoire des hernies,

par A. T. BROUSSEAU, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

En rapport avec la question de la cure radicale des hernies, traitée par moi dans une leçon que l'UNION MÉDICALE DU CANADA a reproduite, je trouve dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (livraison du 12 janvier 1888), une excellente clinique de M. le professeur TRÉLAT, chirurgien de la Charité, et je me permets d'en signaler les points principaux aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

Cette clinique servira de complément, je dirais même de correctif à certaines opinions émises, sur le sujet, dans les deux derniers numéros de ce journal. L'expérience et le jugement du célèbre professeur donnent à ses assertions la préséance sur celles de beaucoup d'autres.

Le professeur Trélat intitule sa clinique "la cure opératoire" et non "la cure radicale des hernies"; dans son travail on trouve l'explication de cette différence. Qu'on en juge.

"La question que l'on nomme, la cure des hernies, passionne actuellement le monde chirurgical....."

"Je dois vous dire quelques mots sur l'état de cette question si vivement débattue depuis quelques semaines à la *Société de Chirurgie*, et vous exposer en même temps comment je l'entends et sur quelles données j'ai assis ma pratique en cette matière.

"Deux courants d'opinions se disputent aujourd'hui le terrain. Un certain nombre de chirurgiens étrangers, Soçin, (de Bâle), Mac-Ewen (de Glasgow), Wool, et parmi nous MM. Lucas-Championnière, Terrier, Richelet, luttent énergiquement pour démontrer l'utilité de l'opération qu'ils nomment *cure radicale* dans toutes hernies, petites ou grosses, congénitales ou accidentelles. Plus la hernie est récente, plus elle est petite, plus elle est simple, plus grandes aussi sont les chances de *restitutio ad integrum* de la région herniaire.

"Mais il ne semble pas démontré que l'on atteigne couramment à cet idéal. Si d'une part on considère le hernieux gêné constamment par un bandage insuffisant ou pénible à supporter, incapable d'agir, de travailler, de faire quelque effort et si, d'autre part, on nous le montre toujours, après l'opération, rénové, regaillardi,

restitué à une vie facile, en possession de toute sa force et de toute sa vigueur musculaire, oui, le résultat est parfait, et c'est à bon droit que l'opération s'appelle cure radicale. Mais nous savons, d'après les statistiques modernes, que 40 0/10 des opérés n'obtiennent pas cette guérison totale si ardemment cherchée; ils sont exposés à la réapparition de leur hernie au lieu même où on a porté le bistouri, ou dans un autre point de l'abdomen.

“ Aussi la généralité des chirurgiens français, et je me range dans cette catégorie, n'a pas admis d'opérer tous les hernieux. On y met plus de réserve, et on borne les indications opératoires aux accidents actuels ou imminents des hernies : douleur, incoercibilité, irréductibilité.....

“ Depuis longtemps, j'avais enseigné que toute hernie doit être rentrée, quelques manœuvres qu'il faille faire pour arriver à ce résultat, et je me butais avec mon principe absolu contre ces grosses hernies non réduites, auxquelles il était convenu de remédier par des bandages toujours insuffisants.

“ Qu'arrivait-il ? De temps en temps nous les voyions, ces grosses hernies, atteintes d'accidents formidables et pressants, subitement irréductibles et doublées de volume, douloureuses. Quelquefois l'orage se calmait et la tumeur herniaire demeurait plus grosse qu'auparavant jusqu'à une nouvelle crise; mais souvent aussi la mort survenait, surprenant le chirurgien temporisateur. J'ai maintenant rejoint les deux bouts de ces histoires si variées en apparence mais toujours si semblables; je sais maintenant ce que deviennent ces grosses hernies entéro-épiplœiques compliquées d'adhérences, de brides, de sacs accessoires. Je sais qu'elles ne sont pour ainsi dire que l'âge adulte des hernies qui, d'abord petites et réductibles, ont peu à peu grossi et sont devenues plus ou moins compliquées.....

“ Je vous rappelle que “ toute hernie qui n'est pas complètement, “ constamment et facilement contenue par un bandage, est passible “ de la cure radicale que plusieurs fois déjà je vous ai proposé de “ nommer une opération.” Tel est le principe qui guide ma pratique actuelle, je le crois bon et inattaquable.

“ On m'a objecté que je proposais d'opérer ces individus dont la hernie contenue par le bandage pendant le jour, sortait facilement le soir dès qu'ils l'enlevaient. Eh bien ! quoique ces malades puissent faire réduire eux-mêmes avec une légère pression de la main, je les considère comme exposés : ceux-là peuvent, en faisant quelque manœuvre de force, voir leur hernie sortir et s'étrangler brusquement.

“ J'avais dit complètement réductible, on m'a objecté qu'on pouvait très bien, à l'aide d'une pelote concave, contenir des hernies épiplœiques incomplètement réductibles. Je m'élève absolument et énergiquement contre cette doctrine; la hernie épiplœique, irréductible, rappelez-vous le bien, est une menace con-

tante ; c'est celle-là que je considère avant toute autre comme indiquant une opération aussi rapide que possible, dès qu'on l'a constatée.....

“ Je sais bien, messieurs, que d'autres ont pu me reprocher de ne point me rendre compte de ce que peut l'opération dans les hernies simples des jeunes sujets. Ce reproche me touche peu et je laisse volontiers faire l'expérience aux autres. Je crois que le port d'une hernie petite, facile à réduire et à contenir avec un bon bandage n'est pas une infirmité grave tant qu'il n'y a pas d'accidents. Je connais des exemples de ces hernies qui ont guéri et dont la guérison a persisté. Chez cinq malades, trois hommes et deux femmes, que j'ai longtemps soignés et suivis depuis leur enfance jusqu'à l'âge adulte confirmé, j'ai observé la guérison définitive de hernies inguinales congénitales. D'abord le bandage contentif, plus tard le bandage de précaution ; plus tard enfin, plus de bandage et malgré cela la grossesse, l'accouchement, et pour les hommes, les exercices de force. Irons nous offrir, en face de ces guérisons, une opération qui paraît ne leur donner que les trois cinquièmes de chances d'une guérison complète ? Je crois qu'il vaut mieux surveiller ces hernieux, suivre leur guérison, ou l'apparition des complications que seule indiquera l'opération.

“Telle est la pratique que je crois rationnelle et recommandable ; traiter chirurgicalement les hernies qui ne sont pas constamment, complètement et facilement contenues, surveiller celles qui sont en voie d'évolution et les opérer dès qu'elles peuvent entrer dans la catégorie des hernies dangereuses. Prévenir l'attaque vaut mieux que de se défendre désespérément contre un ennemi envahissant et redoutable.....”

Si j'insiste avec persévérance sur le traitement des hernies, c'est que, ayant été appelé un grand nombre de fois en consultation avec des confrères, j'ai souvent constaté que le traitement employé n'avait pas été exactement ce qu'il aurait dû être. Je signalerai, ici, les erreurs les plus fréquentes.

1<sup>o</sup> Les praticiens n'appuient pas suffisamment sur la nécessité de porter un bandage herniaire qui fasse bien, qui soit efficace, car on sait que chez les enfants et les adolescents, quelquefois même chez les adultes, on obtient une cure radicale par la simple irritation inflammatoire due à ce bandage longtemps porté.

2<sup>o</sup> Chez l'adulte et le vieillard, la hernie devient souvent irréductible, incoercible ou même étranglée, parce qu'on n'aura pas sévèrement prescrit un bandage convenable et qu'on n'aura pas persuadé le hernieux de l'importance de porter cet appareil afin de prévenir ces complications.

Une hernie bien maintenue et mise à l'abri des dangers est plutôt une infirmité qu'une maladie.

3<sup>o</sup> Une erreur grave et souvent commise c'est qu'une hernie ancienne devenant étranglée, on pratique le taxis sans chloroforme et durant plusieurs jours de suite avant de songer à faire la kélotomie.

Qu'il me soit permis de résumer ma pensée par les conclusions suivantes que je crois pratiques et conséquemment profitables aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

1<sup>o</sup> Faire porter aux enfants et aux adolescents un bandage herniaire approprié, durant des mois, voir même des années, et la cure radicale s'en suivra dans un très grand nombre de cas.

2<sup>o</sup> Faire porter aux adultes et aux vieillards un bon bandage contentif, non pas dans le but de les guérir, mais afin de prévenir les complications, très graves, d'irréductibilité, de contention difficile et même d'étranglement.

3<sup>o</sup> Dès lors qu'on prévoit qu'une hernie est susceptible de telles complications, le devoir du chirurgien est de tenter la cure opératoire telle que conseillée par Trélat et autres maître en chirurgie.

4<sup>o</sup> Si la hernie devient étranglée, essayer de la réduire par le taxis avec chloroforme, en cas d'insuccès, donner, si on le juge à propos, quelques bonnes doses de morphine et faire sur la tumeur des applications froides, d'autres conseillent plutôt des fomentations très chaudes; puis, si après douze heures (la hernie étant petite et récente), vous n'avez pas obtenu de réduction, chloroformez de nouveau le patient, et si un deuxième taxis ne réussit pas, opérez de suite, séance tenante, pendant que votre malade est encore anesthésié.

Si la hernie est grosse et ancienne, la constriction est moins forte, il y a moins de danger de gangrène, alors on peut attendre deux et même trois jours, mais pas plus, avant d'opérer; en attendant, calmez les douleurs par la morphine, faites des applications sur la tumeur herniaire; souvent le succès couronne ce traitement. Mais de grâce, n'attendez pas 4 ou 5 jours durant, et ne faites pas durant ce laps de temps une dizaine de tentatives de réduction (taxis) plus ou moins forcées.

Si ces conseils étaient suivis (je dirais à la lettre), l'on ne verrait pas tant d'enfants avec des hernies non guéries, pas tant d'adultes avec des hernies incontrôlables, et pas tant d'insuccès dans la kélotomie, parce qu'on n'attendrait pas trop tard pour avoir recours à cette opération.

---

**Carême.**—Epoque de jeûne et d'abstinence, qu'on reproche aux médecins de ne pas observer. Cela tient à ce que si nous avons l'âme catholique, notre estomac est libre-penseur. Je doute que cette façon de se gâter le tube digestif soit aussi agréable à Dieu qu'on voudrait nous le faire croire.—Dr. GRELLETY, (de Vichy).

## COMMUNICATION

## Traitement de la diphthérie.

*Monsieur le Rédacteur.*

Comme vous en conviendrez, je ne suis pas lent à me prévaloir de la gracieuse invitation que vous faites à tous vos lecteurs de collaborer à votre journal. C'est vous dire que j'ai à cœur le succès de l'UNION MÉDICALE.

Les différentes études que, depuis quelques mois, vous avez publiées sur la diphthérie, m'enhardissent à faire part à vos lecteurs de mon humble expérience dans le traitement d'une maladie qui exerce de si grands ravages actuellement en Canada.

Comme le disait avec beaucoup de tact M. le Dr. Palardy dans un récent écrit: Nous sommes tous à la recherche de la vérité et ce n'est qu'en se communiquant les uns aux autres le résultat de nos travaux respectifs, en comparant nos statistiques individuelles, que nous pourrons obtenir une connaissance plus exacte, plus approfondie de la maladie, et arriver ainsi plus facilement à la mater.

Quoiqu'il soit malheureusement trop vrai que nous n'ayions pas de médication spécifique de l'angine couenneuse et qu'il nous faille traiter cette maladie d'après les principes qui nous guident dans le traitement des désordres d'un caractère asthénique, néanmoins, voici la médication que je suis depuis plusieurs années et qui m'a donné de bons résultats, surtout lorsque mes services étaient requis dès le commencement de l'affection. Sur 64 cas, tant d'adultes que d'enfants (ces derniers en majorité) traités dans le cours d'une épidémie, j'en perdis 8, soit un peu plus de 12 par 100. Ces résultats m'ont paru satisfaisants, surtout si je les compare avec ceux obtenus dans les hôpitaux de Paris en 1876. où la mortalité fût de 75 par 100. Ils comparent aussi favorablement avec les statistiques fournies par MM. les Drs Paquet et Lippé qui placent la mortalité à 20 et 25 par 100.

Sans plus de préambules, j'entre en matière.

La température de la chambre du malade doit être d'environ 65° F, la ventilation libre et je fais brûler de temps à autre de petits morceaux de goudron près du malade. Les fumées du goudron, outre la propriété qu'elles semblent posséder d'attaquer les fausses membranes, de les modifier, agissent aussi comme désinfectant général. La maladie offrant un caractère asthénique, j'insiste particulièrement sur l'alimentation et les stimulants, v.g. bœuf cru, thé de bœuf, bouillon, soupe, lait, huile de foie de morue, le tout contenant quelques grains de pepsine afin d'en ren-

dre l'assimilation plus facile. Contre les nausées et les vomissements qui font quelquefois le désespoir du praticien, j'ordonne la glace, l'oxalate de cerium, la créosote, le sous-nitrate de bismuth, le champagne, etc. Il faut éviter, dans le but de contrôler les vomissements, d'appliquer à l'épigastre des sinapismes qui pourraient donner lieu à des plaies diphthériques. Je donne aussi le brandy, le sherry et ce quelquefois à hautes doses, même chez de très jeunes enfants, car il est à remarquer que le jeune âge supporte une quantité assez considérable de stimulants dans une maladie qui dépense si considérablement les forces vitales. Le malade doit prendre de la nourriture plusieurs fois durant la nuit. Une haute température ne contre indique pas l'usage des stimulants. Quand les vomissements sont incoercibles ou que le patient refuse de prendre des aliments, il faut alors les lui administrer par le rectum. Toujours dans le but de maintenir les forces du malade, je lui donne la préparation suivante :

R.—Tr. ferri muriat .....	ʒ i
Quininae sulph.....	gr. XL
Potassæ chlor.....	ʒ iii
Aquæ font. Q. S. ad.....	ʒ IV—M

Sig: Deux cuillerées à thé toutes les 2 heures, dans un peu de sherry.

D'heure en heure, je fais gargariser la gorge avec la solution suivante :

R.—Pepsinæ porci.....	ʒ i
Acidi hydrochlorici .....	gtt xv
Alcohol.....	ʒ IV
Aquæ Q. S. ad.....	ʒ ii—M

Sig: Une cuillerée à soupe, en gargarisme, toutes les heures.

Il est important que cette solution ne contienne pas plus de 20 par cent d'alcool, car, d'après les dernières expériences de Bardet, en France, il est démontré que la pepsine perd de son activité quand elle est incorporée à un liquide contenant plus de 20 par cent d'esprit de vin. Dans le cas de jeunes enfants, je leur insuffle la pepsine dans la gorge, et j'injecte l'alcool dans la bouche. La pepsine agit comme dissolvant des fausses membranes, et d'après l'opinion d'Értel, l'alcool est le meilleur germicide des micrococci.

Ici, je me permettrai de différer d'opinion avec mon savant confrère, le Dr. Palardy, partisan bien convaincu de l'efficacité de la cautérisation. L'excellente dissertation de M. le Dr. Paquet, l'abondance des preuves qu'il met en avant pour soutenir sa thèse ont-ils ébranlé la foi de M. le Dr. Palardy? Je n'ose le croire, si j'en juge d'après sa dernière correspondance.

Les autorités citées par le Dr. Palardy sont certes fort respectables. Grisolles, Trousseau ont incontestablement été des célébrités que l'on aime toujours à consulter, mais d'un autre côté, il est à remarquer que la médecine marche à pas de géants dans ce XIX<sup>e</sup> siècle, le siècle par excellence du progrès, et que d'opinions émises par nos devanciers, que de théories pronées et extollées par eux, que le flambeau de la science et de l'expérimentation a démontrées être fausses. Je ferai remarquer aussi à M. le Dr Palardy qu'avant Bretonneau la diphthérie était peu ou point connue, quoique les écrits d'Hippocrate, d'Arétée, de Celse semblent désigner cette maladie sous le nom de "Malum Ægyptiacum." Puis, entre les "mémoires" de Bretonneau qui parurent en 1855 et les "Lectures cliniques" de Trousseau qui virent le jour en 1868, il n'y a qu'une période de treize années, et ce laps de temps fut-il suffisant à Trousseau, quelque bon clinicien et observateur qu'il ait été, pour se rendre maître du traitement d'une maladie peu connue jusqu'alors ? Je dis non, d'autant plus que la théorie que les maladies contagieuses sont d'une nature microbienne n'avait pas encore été prouvée, et que l'immortel Pasteur, Von Ziemssen, Ceertel, Koch n'avaient pas encore parlé. Pourtant, ignorant la cause de la maladie, on ne pouvait la traiter qu'à tâtons.

Il est vrai que Trousseau n'a pas été le seul à vanter l'efficacité de la cautérisation. Bouchut, Guersant professaient les mêmes idées. Les Drs. West et Watson les suivent sur ce terrain. Tous deux recommandent d'éponger la gorge avec une forte solution de nitrate d'argent, mais l'expérience de ce dernier devait être très limitée puisqu'il avoue lui-même, à la page 564 (*Watson's Practice of Physic*), n'en avoir rencontré que 2 ou 3 cas. Il est vrai aussi que Grisolles conseille la cautérisation, mais on voit que son opinion est chancelante, irrésolue, puisqu'il ajoute, à la page 290, tome 1er, de son "Traité de Pathologie Interne." Les cautérisations n'ont plus aujourd'hui en leur faveur l'unanimité des suffrages; leur impuissance radicale dans un grand nombre de cas a refroidi déjà beaucoup de médecins, et le temps n'est pas éloigné peut-être où l'on mettra à les proscrire l'ardeur qu'on a eue en d'autres temps à les exalter. Ne semble-t-il pas à M. le Dr. Palardy que ce temps peu éloigné dont parle Grisolles semble être arrivé ? Plus loin le même auteur ajoute : "Depuis surtout que les cautérisations comptent un si grand nombre d'insuccès." A tout prendre, ce grand praticien ne semble pas très tendre vis à vis de la théorie de la cautérisation. Encore un léger effort, il rentre sa profession de foi et il la combat entièrement.

J'ajouterai que les autorités citées par M. le Dr. Paquet ont bien aussi quelque valeur et qu'elles ont l'insigne avantage d'être contemporaines. Ayant pratiqué durant plusieurs années aux États-Unis, je puis dire que la grande majorité des médecins améri-

cains avec lesquels je suis venu en contact, endossent en tous points l'opinion émise par le regretté Dr. Flint dont la science n'était égalée que par la réputation, et qui était un adversaire déclaré de la cautérisation. Parmi les nombreuses opinions condamnant la cautérisation et que j'ai sous les yeux, je n'en citerai que quatre émanant d'hommes qui sont à la tête de leur profession dans leurs pays respectifs. Le Dr. Sanné, dans son "*Traité de la diphtérie*" Paris 1877, à la page 419, exprime l'opinion générale des médecins français en disant que "la cautérisation est maintenant généralement abandonnée. Elle a de sérieux désavantages, elle est inutile, elle est dangereuse." Sir John Rose Cormack, médecin de l'hôpital anglais Hertford, de Paris, s'exprime comme suit : "Il est maintenant généralement admis que Trousseau attachait une importance injuste et même dangereuse à la destruction par les caustiques des fausses membranes aussitôt qu'elles apparaissent sur le pharynx ou sur toute autre partie de la membrane muqueuse de la gorge. Son assertion que la destruction des fausses membranes, non seulement prévenait l'expansion du mal local, mais même arrêtait la carrière de la maladie en général, est maintenant *révécusée* par la plupart des médecins français éminents." On doit, dit encore le même auteur, "chercher à promouvoir la séparation des fausses membranes sans produire une irritation pernicieuse de la membrane muqueuse sous-jacente." Une des plus grandes célébrités médicales de l'Allemagne, Certei, est entièrement opposé à la cautérisation. Il la condamne dans les termes les plus énergiques. A la page 673, tome 1<sup>er</sup>, *Cyclopedia of the Practice of Medicine*, il s'exprime dans les termes suivants : "Il ne peut y avoir aucun doute que les résultats *défavorables* qui ont été obtenus de *tous côtés* par les cautérisations pratiquées plus ou moins énergiquement doivent mettre fin à cette procédure, même si à sa place nous étions obligés d'avoir recours à un traitement purement expectant et symptomatique." Plus loin, le même auteur ajoute : "Les caustiques agissent d'une manière insidieuse, car ils irritent les membranes muqueuses, excitent ainsi un surcroît d'exsudation de lymphé cacoplastique et favorisent l'entrée des parasites dans le sang et l'absorption de produits injurieux qui peuvent amener un empoisonnement général du système."

Pour conclure, je citerai l'opinion émise par un homme sur lequel se porte actuellement l'attention de tout le monde médical. Je veux parler de Sir Morell Mackenzie, une autorité sur les maladies de la gorge. Dans son *Traité des maladies du pharynx, larynx et trachée*, à la page 119, voici ce qu'il dit : "Des expériences sub-séquentes ont démontré qu'en outre de la douleur considérable qu'il occasionne, l'usage de l'acide hydrochlorique n'a nullement l'effet d'empêcher l'extension des fausses

“ membranes. L'usage d'une solution de nitrate d'argent et  
 “ même du caustique a jadis compté de nombreux partisans et a  
 “ été recommandé par Bretonneau, Guersant, Bouchut et Trouse-  
 “ seau. Mais cette théorie est peu à peu abandonnée par ceux  
 “ qui ont eu l'expérience des récentes épidémies. La même  
 “ remarque peut s'appliquer au sulfate de cuivre, au nitrate de  
 “ mercure. Comme question de fait, la profession a entièrement  
 “ abandonné (*has altogether given up*) l'usage des caustiques,  
 “ étant convaincue qu'ils aggravent plutôt qu'ils ne répriment la  
 “ maladie locale.”

J'ai été quelq' peu long dans mes citations, mais je tenais à prouver à M. Dr Palardy que si j'erre et si je me permets de différer d'opinion avec lui, je le fais en bonne compagnie, et que la cautérisation a *fait son temps*.

Le système généralement en vogue dans les grands hôpitaux européens et américains, consiste en l'inhalation de vapeurs chaudes, médicamenteuses ou non. Je me sers dans ce but d'un vaporisateur (*Codman and Shurtleff*) et je fais inhaler au malade des vapeurs d'eau chaude à toutes les heures ou toutes les demi-heures, durant un quart d'heure. L'inhalation amène en peu de temps, généralement en 12 à 18 heures, une suppuration abondante, et c'est ce que l'expérience a démontré être la tangente que tout médecin devait chercher à atteindre, puisque la guérison dans les cas qui ne sont soumis à aucun traitement et qui ont une issue favorable est toujours précédée par la suppuration. Le pus s'interpose entre les parasites et les tissus sous-jacents et amène le détachement des fausses membranes. Il est à propos de faire remarquer que plus la maladie est avancée, plus prolongées doivent être les séances d'inhalation. Chez les jeunes enfants, je fais fonctionner l'appareil près du lit et je dispose les rideaux de manière à ce que les enfants respirent la vapeur continuellement. J'oubliais de dire que je ne mets jamais d'autre liquide que de l'eau dans le vaporisateur, excepté toutefois lorsque l'haleine est très fétide. Dans ces cas, j'ajoute le permanganate de potasse, 1 gr. à l'once. Les séances d'inhalation doivent avoir lieu le jour et la nuit, ne laissant au malade que 4 ou 5 heures de repos. Je conseille aussi l'application de compresses très chaudes autour de la gorge.

Quand les manifestations surgissent du côté du larynx et de la trachée et qu'il est urgent de déloger les fausses membranes, j'administre les émétiques, l'épécacuanha, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, mais je donne généralement la préférence à l'apomorphine en injection hypodermique. Ce dernier médicament agit promptement, sûrement et n'occasionne pas des nausées se prolongeant longtemps comme les autres émétiques. Néanmoins il faut avouer que les émétiques produisent assez rarement l'effet qu'on semblait être en droit d'en attendre. Je ne me sers jamais

du tartre émétique, à cause de la prostration qui suit son administration. Toutefois le remède a été vanté par Bouchut, Watson et une foule d'autres. Quand les émétiques échouent, comme suprême ressource, il nous reste la trachéotomie.

Dans la convalescence, je donne l'huile de foie de morue, les préparations ferrugineuses, le phosphate de chaux, etc. Contre les accidents paralytiques qui sont d'abord peu sérieux, l'électricité, la noix vomique, le massage, les liniments anodins et stimulans etc.

En terminant, je dois vous féliciter, Monsieur le Rédacteur, au sujet de votre récent article sur les sages-femmes et les charlatans. A propos de charlatans, savez-vous quel nom baroque un brave guérisseur de St. Paul de Chester donne à l'inflammation d'intestins. Je vous le donne en mille. C'est ..... c'est..... ni plus ni moins qu'un "détaraudement du nombril." Après cela, tirons le rideau.

Croyez-moi, Monsieur le Rédacteur,

Votre lecteur assidu

Dr. C. Coté.

St. Paul de Chester, 21 février 1888.

### TABLEAU MÉTRIQUE.

Le système métrique étant assez souvent mis en usage dans les colonnes de ce journal, le tableau suivant pourra être de quelque utilité à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas encore tout-à-fait au courant des détails de ce système.

#### MESURES DE LONGUEUR.

1 Millimètre	0.001 =	0.39	pouces
1 Centimètre	0.01 =	.393	"
1 Décimètre	0.1 =	3.937	"
1 Mètre	1. =	39.370	"
1 Kilomètre	1000. =	.62	milles

#### POIDS.

1 Milligramme.	0.001 =	$\frac{1}{27}$	grains
1 Centigramme.	0.01 =	$\frac{1}{6}$	"
1 Decigramme..	0.1 =	1½	"
1 Gramme ....	1. =	15.432	grains
1 Kilogr....	1000. =	2.7	livres

#### TEMPÉRATURE.

37° Centigr.	. . . . .	=	98° 6 Fhr.
88° "	. . . . .	=	100° 4 "
39° "	. . . . .	=	102° 2 "
40° "	. . . . .	=	104° "
41° "	. . . . .	=	105° 8 "

#### EQUIVALENTS APPROXIMATIFS.

1 m ou 1 grain	. . . . .	=	.06 gram
1 fl drach. ou 1 drach.	. . . . .	=	4. "
1 fl oz.	. . . . .	=	30. "
1 oz.	. . . . .	=	31. "
1 fl oz. glycérine.	. . . . .	=	37. "
1 fl oz. sirop	. . . . .	=	40. "

1° Cent. = 1° 8 Fahr. — Pour convertir les Cent. en Fahr., multipliez par 1.8 et ajoutez 32. Exemple : 40° Centigr. (40 x 1.8, plus 32) = 104° Fahr.

## REVUE DES JOURNAUX.

## MEDECINE.

**Indications et contre-indications de la thoracentèse.**—Clinique de M. le professeur PETER, à l'hôpital Necker.—Nous avons dans notre salle des femmes, au n° 1, une malade atteinte de pleurésie du côté gauche, avec un épanchement considérable tel, que la première question que nous avons à nous poser est celle-ci : Faut-il ponctionner la poitrine ? Faut-il faire la thoracentèse ? Mais auparavant, je vais donner la parole à mon chef de clinique, M. le Dr Siredey, pour vous faire connaître le début de la pleurésie et l'état dans lequel se trouvait la malade lorsqu'elle est entrée dans nos salles.

La maladie a débuté il y a vingt jours, le 31 du mois dernier, par un point de côté situé à gauche, au-dessous du sein. Dès le lendemain, appelé auprès d'elle, je l'examinai et, malgré la persistance de la douleur de côté, je n'observai dans la poitrine aucun signe, aucun phénomène anormal, ni dyspnée, ni fièvre.

Cet état dura sans aucun changement pendant trois ou quatre jours, après lesquels la douleur augmenta et la fièvre apparut. Enfin, c'est seulement quelques jours plus tard, le 9 de ce mois, soit dix jours après le début des premiers accidents, que la malade fut amenée à l'hôpital avec un épanchement dans la plèvre du côté gauche. A ce moment la matité de la poitrine s'étendait en arrière depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine; en avant, depuis le mamelon jusqu'à la partie inférieure du poumon. Ce même jour, 9, un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine; l'épanchement continua à se produire, s'étendant bientôt en arrière comme en avant au-dessus des points que nous venons d'indiquer. Le cœur par suite fut repoussé par le sternum. Un nouveau vésicatoire fut appliqué en arrière, dans le dos, du côté gauche, en même temps que nous prescrivions l'eau-de-vie allemande.

C'est à la suite de cette médication que l'épanchement s'arrêta dans sa marche progressive, affectant même une certaine tendance à diminuer; par suite, le déplacement du cœur n'augmenta pas. Depuis trois jours aussi la dyspnée a perdu de son intensité, et le liquide épanché dans la cavité pleurale est en voie de décroissance.

Vous venez d'entendre la description des phénomènes morbides que M. Siredey avait observés. Voici maintenant ce qui a eu lieu depuis lors.

Il existait, comme il vient de le dire, une légère déviation de la partie droite du cœur, repoussé par le fait de l'épanchement pleural. La matité s'est étendue en avant jusqu'au deuxième espace intercostal, ce qui est parfaitement significatif de la quantité considérable de liquide épanché. En arrière, cette matité s'élevait plus haut encore, mais elle n'était pas partout aussi absolue. En effet, ici, elle reconnaissait une double cause : 1<sup>o</sup> l'épanchement liquide ; 2<sup>o</sup> la formation d'un exsudat visqueux adhérent. J'ajoute, autre signe important à constater, car il démontre que l'épanchement pleural est énorme, que lorsque nous avons fait asseoir la malade, elle n'a pas toussé comme elle l'aurait si la quantité de liquide épanché avait été médiocre. En effet, lorsque l'épanchement est peu abondant, la malade étant couchée, le liquide se tasse dans la gouttière costo-vertébrale, tandis que, si on la fait mettre sur son séant, le liquide descend à la partie inférieure de la cavité pleurale, et le liquide vient aussi chatouiller, exciter la partie antérieure et la partie inférieure des poumons. De là, des accès de toux comme phénomène réflexe, résultant du contact du parenchyme pulmonaire avec un corps étranger, c'est-à-dire avec le liquide épanché.

Or, si dans le cas d'un épanchement considérable, la toux n'a pas lieu, le poumon se trouve comprimé, refoulé en haut, et dans toutes les positions qu'il occupe dans la poitrine, par suite des diverses attitudes du malade, il est constamment en rapport par sa base avec le liquide.

Ainsi, rappelez-vous que dans tout épanchement considérable, les différences d'attitude du malade ne déterminent pas le phénomène réflexe de la toux.

En résumé donc, épanchement pleurétique gauche considérable, pas de souffle, abolition du murmure respiratoire dans toute l'étendue de la poitrine du côté gauche, sauf en haut dans la fosse sous-épineuse ; égophonie légère, typique quand la malade parle.

M. Aran a dit, d'après de nombreuses statistiques, que les épanchements pleurétiques du côté droit étaient plus graves que ceux qui siégeaient à gauche, parce qu'ils reconnaissent une origine tuberculeuse. Cela est parfaitement vrai, et il est curieux de voir qu'Hippocrate, qui représente la synthèse des observateurs en médecine, a dit aussi que l'empyème qui siégeait du côté droit était plus grave que celui du côté gauche. Chez notre malade, l'épanchement est à gauche, ce que je préfère pour elle. D'ailleurs, cette femme est forte, et sa pleurésie, survenue à la suite d'un refroidissement, n'est donc qu'une pleurésie à frigore.

J'arrive maintenant à la question que j'ai posée en commençant cette leçon : Faut-il faire la ponction d'un épanchement que nous pouvons évaluer approximativement à un litre et demi ou deux litres, épanchement séreux qui n'a aucune tendance à devenir purulent chez une femme qui présente encore de la fièvre.

Les trois premiers jours, la température s'était élevée à 38° 8, puis à la suite d'un vésicatoire, elle était retombée à 38 degrés, pour remonter le 16 et le 17, à 39, le 18, à 40 degrés le soir, et redescendre de nouveau et rapidement aujourd'hui, dix-neuvième jour de la maladie, à 37 degrés.

Or, le dix-neuvième jour est très près du vingt-et unième, c'est-à-dire de la fin du troisième septénaire et vous savez que dans la pleurésie il faut tenir un certain compte des septénaires. De plus vous savez aussi que l'on ne doit pas intervenir chirurgicalement dans cette affection tant que la fièvre persiste, car qui dit fièvre, dit maladie aiguë. Par conséquent, il ne faut pas chercher, en pareil cas, à soustraire un liquide qui se reproduirait aussitôt et fatalement, car tant que la fièvre existe, la maladie est en pleine activité. Les seuls cas où parfois on doit intervenir sont ceux où l'épanchement est tellement considérable et la dyspnée tellement intense, qu'il y a véritablement péril pour le malade.

Mais est-ce là ce que nous trouvons chez notre femme? Non, car elle respire à peu près comme vous et moi, elle ne présente pas de troubles de l'hématose, en apparence du moins, et le cœur n'est que peu dévié de sa position normale. D'où je suis en droit de conclure à une non intervention chirurgicale.

De plus, j'ajoute que, quand on ponctionne la poitrine chez un malade dont la pleurésie est à l'état aigu et s'accompagne de fièvre, non seulement le liquide se reproduit rapidement, mais encore il peut avoir quelque tendance à se transformer, à devenir séro-purulent ou même purulent.

A l'époque où l'on faisait, pour ainsi dire sans rime ni raison, d'une façon exagérée, la thoracentèse, j'ai entrepris une campagne contre la ponction de la pleurésie aiguë, et les deux maîtres en chirurgie, que je consultais séparément sur ce sujet, me répondirent avec le plus parfait accord qu'avant d'être professeurs à la Faculté, ils n'avaient jamais fait l'opération de l'empyème, mais que, depuis le jour où la mode avait été de ponctionner jusqu'aux épanchements pleurétiques aigus, il ne se passait pas d'années qu'ils n'eussent à faire trois ou quatre fois l'opération de l'empyème.—Et que deviennent les opérés? leur demandai-je.—Ils succombent presque toujours, me répondirent-ils.

En résumé, si, dans certains cas, nous nous trouvons forcés par l'état du malade de ponctionner un épanchement pleurétique aigu, nous ne devons pas oublier que cette opération peut avoir des conséquences fâcheuses et que l'épanchement séreux peut se transformer en un épanchement séro-purulent ou purulent. C'est pourquoi nous faisons suivre ces ponctions forcées de l'application de vésicatoires sur la poitrine afin de combattre la reproduction du liquide épanché.

J'ai dit que notre malade était arrivée ce matin, au dix-neuvième jour de sa pleurésie, que la température étant tombée chez

elle à 37 degrés, et qu'il a été admis qu'au troisième septénaire, la pleurésie était bien près de la guérison, cela est vrai pour la pleurésie simple.

Je vous citerai à ce propos, le fait suivant qui m'est arrivé à l'hôpital de la Pitié. Le jour où je prenais possession d'un nouveau service de médecine, les malades de mes salles m'étaient tout naturellement inconnus. Parmi eux était un individu atteint de pleurésie avec épanchement considérable. L'interne que j'interrogeais à son égard me fit connaître que mon prédécesseur avait eu l'intention, la veille même, de faire la thoracentèse et que, s'il n'avait pas pratiqué cette opération, cela tenait à ce que l'appareil était en si mauvais état qu'on avait dû le porter immédiatement à réparer. Pendant trois jours, je réclamai en vain l'instrument, il ne fut rapporté que le cinquième jour, c'est-à-dire au moment où l'épanchement venait de disparaître. Le malade en était au vingt-troisième jour de sa pleurésie.

Le fait, vous le voyez, était intéressant, et si j'avais voulu pratiquer la thoracentèse, c'était uniquement à cause de l'abondance du liquide épanché et des dangers qu'il paraissait devoir faire courir au malade par suite même de son abondance.

En effet, quand un épanchement est très considérable, il supprime, il annihile, pour ainsi dire, le poumon du côté correspondant, et par suite, devient un danger imminent de mort subite. Pourquoi ? Parce qu'il entrave la circulation dans la branche artérielle pulmonaire du côté supprimé, qu'il tend à déterminer des coagulations fibrineuses dans cette branche, quelque thrombose pouvant gagner le tronc commun des deux artères pulmonaires, et donner lieu, par suite, à une syncope mortelle.

C'est là l'une des causes de la mort subite dans les épanchements pleurétiques abondants.

En résumé, l'on peut ponctionner la poitrine lorsque la pleurésie a dépassé le vingt-et-unième, le trentième jour, c'est-à-dire quand la fièvre a cessé, quand il ne reste plus de la pleurésie que l'épanchement séreux.

Or, notre malade en est aujourd'hui, je le répète, encore une fois, au dix-neuvième jour de sa pleurésie, la fièvre a disparu, la température est tombée à 37 degrés, d'où je suis en droit d'espérer voir d'ici à un, deux ou trois jours, l'épanchement liquide se résorber ; d'ailleurs, nous aiderons à cette résorption par une nouvelle application de vésicatoires—*Praticien*.

**Goitre, traitement par l'acide salicylique**—M. le Dr HAVEN a vu, dans les cliniques de Chicago, un grand nombre de goîtres notablement amendés, et même presque tous guéris, par l'injection dans le tissu de la glande, une ou deux fois par semaine, de vingt ou trente gouttes d'une solution d'acide salicylique à 5 p. 100. Pour que l'opération soit complète, il faut que l'aiguille de

la seringue hypodermique pénètre à 1 ou 2 centimètres au moins dans la glande. L'opération ne produit que peu ou même point de douleur, mais seulement un peu d'engourdissement, qui ne dure que huit ou dix minutes. Dans deux cas seulement, sur cent cinquante, il est survenu des symptômes inflammatoires, qui ont cédé au bout d'un jour ou deux. — *Scalpel.*

**De la pharyngite sèche et de son traitement,** par le docteur J. MOURE, in *Revue mensuelle de laryngologie.* — Cette pharyngite est caractérisée par la présence d'une sécrétion épaisse qui se dessèche rapidement et donne à la paroi muqueuse un aspect vernissé sec comme parcheminé; certains auteurs, Chomel, La-sègue, Gueneau de Mussy, de Tröelsch, Morell-Mackenzie, en font un symptôme de la pharyngite chronique simple ou de la pharyngite glanduleuse; Isambert, Lemaistre, en font une manifestation de la diathèse scrofuleuse; Joal la rattache au diabète; Lori à la dégénérescence graisseuse du cœur; d'autres auteurs décrivent cette pharyngite comme une affection spéciale, et parmi eux se trouvent Lewin, Fraenkel, Solis Cohen, Bosworth, Fayseler.

La sécheresse du pharynx existe en effet dans bien des cas d'inflammation de cette paroi; mais c'est seulement dans la pharyngite sèche, atrophique, qu'on voit des sécrétions visqueuses, jaunâtres, ou mêmes croûteuses.

Cette affection est le plus souvent secondaire et se développe consécutivement à un coryza atrophique plus ou moins ancien, c'est là le point important du travail de Moure, c'est sur cette origine nasale de l'affection qu'il veut attirer l'attention des lecteurs. Toutes les fois qu'on constate sur le pharynx de la sécheresse et des amas croûteux, il faut examiner les fosses nasales, et l'on trouve alors soit une accumulation de matières analogues aux précédentes ou même plus épaisses, soit un élargissement notables de cavités nasales, si la sécrétion a été enlevée. Il existe en un mot les symptômes de la rhinite atrophique, ou ozène.

La scrofule est un excellent terrain pour le développement de la pharyngite atrophique; l'affection est en outre amenée par l'aspiration prolongée des vapeurs ou poussières irritantes, les déformations du squelette du nez, la petitesse relative des cornets, en un mot toute lésion facilitant le passage trop rapide de l'air inspiré, favorisera la dessiccation des sécrétions accumulées dans les arrières fosses nasales et de là dans le pharynx buccal. De même les causes susceptibles d'empêcher la respiration nasale (hypertrophie de la muqueuse, tumeurs diverses, corps étrangers), forçant les malades à respirer constamment par la bouche, occasionneront l'apparition de la pharyngite sèche.

Le pronostic de l'affection n'est pas grave, mais cette maladie n'en constitue pas moins un ennui sérieux pour certains malades que leur profession oblige à l'usage continu de la parole. Si la

lésion pharyngienne est très avancée, il est fort difficile de la guérir, mais on peut dans tous les cas procurer au malade une amélioration passagère avec un traitement bien dirigé.

Il faut avant tout traiter l'ozone par les moyens habituels (irrigations antiseptiques, pulvérisations), puis agir sur le pharynx par des gargarismes, des badigeonnages, des pulvérisations. Mours emploie en atouchements la solution iodo-iodurée, et aussi la teinture de *Capsicum annuum* au cinquantième ou au centième dans la glycérine; les pulvérisations avec l'acide phénique, le chlorure de zinc au millième, sont utiles, les cures aux eaux sulfureuses sont profitables. En même temps, traitement général à l'iodure de potassium, huile de foie de morue, etc.—*Abeille médicale*.

**Ataxie locomotrice, applications des pointes de feu.**—Selon BROWN-SEQUARD, nous dit le Dr Cazenave de la Roche, dans le *Journal de médecine de Paris*, ce n'est pas le long du rachis qu'il faut appliquer les pointes de feu, mais sur les membres inférieurs, en procédant d'une manière circulaire.—Je ne crois pas exagérer, dit M. Cazenave, en déclarant que dès la première cautérisation, les douleurs fulgurantes et térébrantes des membres, ainsi que les fourmillements, disparurent complètement. Il se produisit également, du côté de la tête, une amélioration sensible: les douleurs de la nuque cessèrent. A l'heure où je résume cette observation, le mieux se soutient, ainsi que le constatent les dernières nouvelles reçues du malade. Ce mieux se soutiendra-t-il définitivement? l'inhibition survenue dans la névrose scléreuse ne sera-t-elle que temporaire? Je l'ignore. Mais, quoi qu'il en advienne, ce résultat thérapeutique réalisé par le procédé dû à M. le professeur Brown Sequard, marque déjà un progrès d'autant plus appréciable, que la médecine a été jusqu'ici à peu près impuissante contre cette redoutable affection.

L'amélioration obtenue dans le traitement de certaines sciaticques à forme grave et opiniâtre par les cautérisations pratiquées sur le gros orteil, paraît rentrer de plein droit dans le même ordre de faits cliniques. Elle s'explique par l'excitabilité réflexe imprimée à la moelle épinière.—*Scalpel*.

Le *Chemist and Druggist* signale la mort d'un enfant de un mois, après l'ingestion de 3 gouttes de laudanum.

Le Dr Brouardel attire l'attention sur les erreurs dans les analyses chimiques des excréta de l'économie, causées par la présence de ptomaines, qui produisent des réactions de couleur, ressemblant beaucoup à celles données par les alcaloïdes végétaux toxiques.—*Medical and Surgical Reporter*.

**Les souffles cardiaques mitraux.**—L'intéressant article d'Austin FLINT. (*American Journal of Medical Sciences*), constitue une revue critique sur l'état actuel des connaissances médicales touchant les souffles mitraux. Il faut en distinguer quatre types: le *souffle systolique* du retour du sang en arrière ou souffle de "régurgitation"; 2<sup>o</sup> *souffle systolique sans régurgitation ou intraventriculaire*; 3<sup>o</sup> le *souffle présystolique*; 4<sup>o</sup> enfin le *souffle diastolique*.

Plusieurs de ces bruits ou tous les quatre même peuvent exister simultanément, mais chacun a son caractère propre et différentiel. Notons, avant d'entrer dans les détails, que l'auteur, dans son étude, s'appuie surtout sur l'observation clinique vérifiée par l'examen pathologique; les recherches expérimentales ne viennent pour lui qu'au deuxième plan.

A. Flint divise ces quatre souffles en deux groupes, les deux premiers forment l'un, les deux autres le dernier. Le *souffle systolique de régurgitation* a son maximum d'intensité au niveau ou au voisinage de la pointe du cœur et rayonne suivant un axe horizontal à gauche de la pointe, vers l'angle inférieur de l'omoplate. Rencontré avec de l'hypertrophie cardiaque, un affaiblissement du bruit aortique et un renforcement du bruit de l'aorte pulmonaire il veut dire sans conteste insuffisance mitrale.

Un souffle systolique ayant son maximum dans la région de la pointe, mais ne se prolongeant pas vers la paroi postérieure du thorax, non accompagné d'hypertrophie cardiaque, n'est pas un souffle d'insuffisance mitrale; c'est un bruit intraventriculaire non symptomatique d'un retour du sang dans l'oreillette; il se rencontre dans une première attaque de rhumatisme, dans la chorée, quelquefois dans l'anémie et aussi en dehors d'état morbide bien net. Il peut être persistant ou fugitif et disparaître sans laisser de trace morbide de son existence au cœur. Aussi la distinction de ce souffle avec le souffle de l'insuffisance est-elle importante au premier chef; car l'un est symptomatique d'une lésion mitrale qui, parfois, peut assurément sommeiller longtemps mais se réveiller un jour pour conduire le malade à la mort, tandis que le dernier souffle comporte pronostic bénin. Mais en réalité la distinction est souvent difficile, quelquefois même impossible. Le mécanisme du souffle de l'insuffisance, lié à la régurgitation sanguine, est simple et admis sans conteste, mais non point le mécanisme du dernier souffle. L'auteur l'attribue à une perturbation fonctionnelle et cherche à l'expliquer par différentes modifications physiques intraventriculaires: tension d'un cordage tendineux, frottement des valvules l'une sur l'autre ou modification de la crase du sang. Les deux souffles, avon-nous dit, peuvent coexister, il faut alors rattacher chacun à la cause qui le détermine.

Nous arrivons au deuxième groupe présystolique et souffle diastolique. Le premier, le présystolique, est le plus facile à

diagnostiquer des souffles cardiaques, il se caractérise par ses qualités intrinsèques : il est vibrant et soufflant, comme pleurard "*blubbery*", par le moment de la révolution cardiaque pendant lequel il survient : il commence après le bruit diastolique et se termine avec le bruit systolique. Si ces premiers caractères lui manquent comme cela se rencontre parfois, il reste, pour le spécifier, le moment de son apparition, (il est présystolique), et sa localisation à la pointe. Flint, pour expliquer son caractère vibratoire, se base 1<sup>o</sup> sur le mécanisme qui le détermine, pour le produire ; en effet, le courant sanguin est laminé à travers un orifice étroit, sous la poussée due à la contraction de l'oreillette, et met les valvules en vibrations ; 2<sup>o</sup> sur ce fait que ce bruit peut être imité en faisant vibrer les lèvres demi-closes ou la langue par le courant d'air expiré, ou bien en se servant d'un ballon de caoutchouc.

L'existence de ce souffle vibrant et soufflant présystolique comporte donc l'existence d'un rétrécissement mitral. Cette sténose est due à ce que, par suite de leur épaissement ou de leur calcification, les valvules deviennent rigides et forment un canal infundibuliforme. Que ces conditions spéciales fassent défaut en effet le bruit anormal n'a plus qu'un caractère soufflant. D'après l'auteur, l'explication qu'il donne rend compte aussi de la disparition du souffle dans les stades avancés de la sténose mitrale (car ce bruit suppose une certaine énergie de la contraction auriculaire, et celle-ci est considérablement affaiblie par suite de la dilatation de l'oreillette) et de sa réapparition, quand les médicaments (alcool, digitale) ont restitué au cœur son énergie. Quelques auteurs font dépendre ce souffle non de la contraction auriculaire mais de celle du ventricule ; mais la durée du souffle, souvent plus prolongée que celle de la systole, contredit cette opinion. Dans le fait que ce souffle apparaît fréquemment isolé, au dehors de tout souffle systolique mitral, que, par conséquent, ses conditions déterminantes ne comportent pas nécessairement une insuffisance mitrale, l'auteur voit la confirmation de sa précédente explication sur le mode de production du souffle en faveur de laquelle plaide aussi l'intensité du bruit valvulaire ; à l'état normal, en effet, ce dernier est moins sonore.

Flint s'élève encore contre cette opinion, généralement admise, que l'existence d'un souffle présystolique indique constamment un rétrécissement mitral, et il s'appuie en cela sur l'observation clinique : des cœurs qui donnaient un souffle présystolique pendant la vie, présentaient à l'autopsie des valvules normales.

En tout cas, l'explication de ce fait, rare il est vrai, reste difficile, et Keith, en admettant que ce souffle mitro-présystolique dépend de l'orifice aortique, n'explique rien, mais commet une erreur contre laquelle proteste et la localisation du souffle à la pointe et sa durée.

Le souffle mitro-diastolique, encore qu'il ne soit point généralement reconnu comme un souffle distinct, a un caractère doux et rappelle le bruit produit par un soufflet. Son apparition après le deuxième bruit et sa disparition avant le début de la systole auriculaire, en dehors de l'insuffisance de l'aorte artérielle et de l'aorte pulmonaire, prouve qu'il est diastolique. Au point de vue diagnostique, sa localisation à la pointe est importante. Le fait, qu'il est fréquemment suivi d'un souffle présystolique, l'a sans doute fait souvent méconnaître; de plus, il peut-être confondu avec un souffle d'insuffisance aortique. Enfin, il est dû à l'issue du sang de l'oreillette dans le ventricule avant la systole ventriculaire.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

---

## CHIRURGIE.

---

**Rétrécissement de l'urèthre.**—Clinique de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker. — Le malade dont je veux vous parler est âgé de soixante-quatre ans. Depuis l'âge de dix-huit ans il a eu plusieurs blennorrhagies; en 1870, il a commencé à éprouver des difficultés dans la miction, il a été soigné dans différents hôpitaux et est entre dans notre service, le 12 janvier dernier, salle Saint-Vincent, lit No. 28. Sans m'arrêter plus longuement sur son histoire, je vous dirai que ce malade a un rétrécissement dilatable, que, cependant je ne dilaterai pas, mais j'inciserai. L'explication de cette conduite va me permettre d'appeler votre attention sur un point de l'histoire des rétrécissements de l'urèthre encore mal étudiée. Généralement en présence d'un rétrécissement on n'insiste ni sur la forme, ni sur l'étendue, la dureté ni même sur le siège, qu'on précise mal. En effet, je vois avec regret qu'on indique et qu'on décrit les rétrécissements de la portion membraneuse d'origine blennorrhagique. Or, jamais on ne trouve de rétrécissements de la portion membraneuse ou de la portion prostatique, sauf dans les cas traumatiques. Mais, en dehors du traumatisme, les rétrécissements ne siègent que dans l'urèthre intérieur; et, dans celui-ci, ils peuvent s'étendre du méat antérieur au méat postérieur. Il est enfin une autre donnée qu'il faut fournir, celle de la dilatabilité ou de la non-dilatabilité du rétrécissement. A ce point de vue, la notion de la cause a une grande importance: le rétrécissement *traumatique* a bien moins de chance d'être dilatable que le rétrécissement *blennorrhagique*. Les rétrécissements *péniens* sont aussi bien moins dilatables que les rétrécissements *périnéaux*. Mais comment acquérir toutes ces notions concernant le rétrécissement? En suivant la pratique j'enseigne et qui est constamment mise en action dans mon

service : le cathétérisme avec l'explorateur à boule olivaire. C'est l'explorateur bien mieux que ne le ferait l'autopsie qui vous permettra de constater l'existence et les caractères d'un rétrécissement. C'est l'explorateur qui, chez notre malade, m'a permis de dire : il a un rétrécissement à anneaux multiples, peu serré, dilatable, siégeant dans l'urèthre antérieur.

Si l'explorateur est arrêté dans l'urèthre, si, malgré l'emploi de numéros de plus en plus faibles, vous n'avez pu franchir, direz-vous : Je n'ai pu passer, donc il y a un rétrécissement ? Non ; pour porter le diagnostic rétrécissement, il faut que l'explorateur ait franchi l'obstacle. Ainsi dans le cas présent, j'ai été arrêté, j'ai franchi un premier anneau ; j'étais libre ; mais bientôt j'ai franchi un deuxième anneau, puis aucun obstacle jusqu'à la vessie. Et les sensations données par l'instrument pendant son introduction sont bien plus nettes au retour, parce qu'elles sont peignées par le talon qui vient buter contre le rétrécissement avant de le franchir. On reconnaît donc ainsi le rétrécissement, son siège, son calibre, sa multiplicité si elle existe, et même sa longueur, par la mensuration sur l'explorateur de la distance où l'instrument est arrêté à l'aller, et de celle où le talon vient heurter au retour. J'ai ainsi constaté que le rétrécissement de notre malade avait seulement que quelques millimètres de longueur.

La saillie des deux anneaux que j'ai constatés n'est marquée que sur la paroi inférieure de l'urèthre ; ce sont donc plutôt des demi-anneaux, à concavité supérieure, à saillie faible, à parois minces. Le plus souvent les rétrécissements sont constitués par une superposition des anneaux, leur rapprochements annulaires simples ou multiples, des rétrécissements cylindriques, et j'ai à peine besoin de vous faire remarquer que les indications de leur pronostic sont différentes.

À part le rétrécissement *valvulaire* qu'on ne rencontre jamais dans l'urèthre sauf congénitalement, on peut, en effet, trouver toutes les autres variétés de rétrécissements indiqués par M. le professeur Gosselin ; les rétrécissements annulaires, cylindriques, en particulier sont généralement des quarts, des tiers, parfois des moitiés, au plus des deux tiers de circonférence.

Le rétrécissement de notre malade est *dilatable* ; vous allez voir pourquoi.

Les rétrécissements blennorrhagiques ne sont pas tous dilatables ; mais ils forment l'immense majorité des rétrécissements dilatables. Si vous avez affaire à un rétrécissement blennorrhagique, à moins qu'il ne soit longuement cylindrique il est *dilatable* surtout s'il est *périnéal* ; le rétrécissement pénien succède en effet, presque toujours à la rupture dans la chaude-pisse cordée ; il a, de plus, été précédé d'une inflammation particulièrement intense ; il rentre dans les rétrécissements traumatiques, plus souvent dilatables.

Donc, la dilatation est très souvent, le plus souvent possible, dans le rétrécissement de l'urèthre. J'irai même plus loin, et je dirai qu'elle est toujours possible et peut réussir là où l'uréthrotomie interne échoue. Ainsi je donne en ce moment, et je pourrais citer beaucoup de cas analogues, mes soins à un malade atteint de rétrécissement et uréthrotomisé un grand nombre de fois à l'étranger et en France avec le même insuccès. Lorsqu'il vint me trouver, je lui fis aussi l'uréthrotomie interne, elle permit le passage d'un numéro 17, mais très vite ce calibre diminua et le rétrécissement redevint aussi serré. J'abandonnai alors l'uréthrotomie et je pratiquai avec succès la dilatation. Employée dans ces conditions, la dilatation ne peut réussir que si elle est appliquée d'une façon pour ainsi dire continue, au jour le jour, ce qu'on ne peut faire avec l'uréthrotomie interne. C'est le cas de ce malade signalé par un de mes internes, (M. Harman, dans son article sur la "Dilatation des rétrécissements de l'urèthre (1845)."

Ce malade a aujourd'hui un canal admettant une bougie numéro 24 ; mais à quel prix ? En gardant chaque nuit une bougie à demeure. La dilatation dans ces cas est donc une sorte d'expédient, mais elle donne des résultats que ne donnerait pas l'uréthrotomie.

Donc, on pourrait dire que tous les rétrécissements sont dilatables, mais on ne peut d'emblée guérir un rétrécissement par la dilatation que lorsque ce rétrécissement est un peu en relief et peu étendu. C'est le cas de notre malade : il a déjà guéri plusieurs fois par la dilatation et il guérirait encore par elle. Et cependant, je vous l'ai dit, je lui ferai l'uréthrotomie interne. Il y a cela une raison non anatomique mais physiologique. Après l'exploration que nous avons faite, notre malade a eu des frissons, de la fièvre, et voilà plusieurs fois qu'il en va ainsi. C'est là un cas qui n'est pas exceptionnel, qui comporte une indication spéciale de l'uréthrotomie interne. C'est, en effet, un des grands et précieux avantages de cette opération que de pouvoir être pratiquée là où la dilatation échoue. Et, s'il est intéressant pour le chirurgien de savoir qu'il a la ressource de l'uréthrotomie interne alors que le rétrécissement résiste à la dilatation, il est d'un intérêt bien plus grand encore de connaître les précieux résultats de l'intervention opératoire dans les cas où des accidents généraux viennent rendre la dilatation dangereuse. C'est le sujet que nous avons traité dans notre clinique de mercredi dernier. Nous avons fait examiner plusieurs malades chez lesquels l'uréthrotomie, faite en pleine fièvre ou après plusieurs accès de fièvre, avait définitivement fait cesser les accidents. Je n'ai donc pas à revenir sur ce point important de l'histoire de l'uréthrotomie interne. Mais il est naturel que je vous rappelle les faits que je vous ai récemment exposés. Ils justifient la conclusion thérapeutique en quelque sorte paradoxale que je suis amené

à formuler pour notre malade d'aujourd'hui, et vous feront comprendre pourquoi chez un malade dont l'urèthre est cependant dilatable, on peut être conduit à conseiller, à pratiquer l'uréthrotomie interne.—*Praticien.*

**Traitement des tumeurs blanches par les injections de phosphate de chaux.**—Cette nouvelle méthode de traitement a été présentée à la Société des médecins de Vienne par M. KOLLICKER, qui lui attribue des résultats bien supérieurs à ceux de toutes les autres pratiques thérapeutiques (conservation, ré-ec-tion ou râclage). La calcification étant le processus curatif naturel de la tuberculose, il songea à introduire des sels calcaires dans les foyers tuberculeux, et, sur les conseils du Dr Freund, se servit du phosphate de chaux maintenu en solution grâce à un excès d'acide phosphorique.

À la suite de l'injection dans les fongosités articulaires, il se développe une inflammation accompagnée de fièvre qui dure trois ou quatre jours. Survient alors la phase de calcification variant en moyenne de vingt à vingt cinq jours, pendant laquelle la fongosité s'indure. Enfin, dans une troisième période (au bout de quelques semaines) le tissu calcifié se résorbe et on a la guérison avec mobilité notable de l'articulation.

L'ouverture des fongosités s'est faite quelquefois à la suite des injections, mais la guérison survint rapidement. Le même traitement aurait donné de bons résultats dans les adenites scrofuleuses, et on conçoit qu'on peut l'appliquer à d'autres tuberculoses locales. L'auteur présente d'ailleurs quatre malades sur lesquels on peut juger de la valeur de ce moyen thérapeutique en comparant leur état actuel à celui qu'ils présentaient au début du traitement, grâce aux moules pris à cette époque. Les assertions de M. Kollicker sont confirmées par le professeur Albert qui considère cette méthode comme constituant un progrès notable dans la thérapeutique.—*Paris médical.*

**Des fractures de l'avant-bras.**—Clinique de M. le professeur DUMÉNIL à l'Hotel-Dieu de Rouen.—Les fractures de l'avant-bras sont de celles qui méritent toute l'attention du chirurgien au point de vue du traitement et des conséquences qui peuvent en résulter.

Il est d'usage de ne désigner sous ce nom que les fractures des deux os à la fois.

Les causes de fractures de l'avant-bras peuvent être directes, par exemple : une chute, un coup, le passage d'une roue de voiture, ou bien indirectes : une chute sur la main.

D'après mon expérience, elles seraient plus fréquentes dans les chutes sur la face dorsale. Les chutes sur la face palmaire produisent plutôt les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, cite le cas d'un aliéné qui se fractura l'avant-bras en lançant en l'air une bêche chargée de terre. C'est le seul fait de fracture par action musculaire qu'il ait été donné d'observer.

Ces fractures siègent les plus souvent à la partie moyenne. Elles sont rares à la partie supérieure et assez fréquentes dans le tiers inférieur. En général le radius est fracturé plus haut, ce qui s'explique bien, puisque cet os devient plus grêle et plus faible vers sa partie supérieure, tandis que le cubitus au contraire s'amincit vers le bas.

Enfin, on peut rencontrer à l'avant-bras des fractures multiples avec 2, 3, 4 fragments, ou bien des fractures comminutives dans les traumatismes par armes à feu, par broiement. Le trait de la fracture est souvent transversal, mais alors presque toujours avec dentelures. D'autres fois il est oblique, mais cette obliquité est généralement assez faible pour les os de l'avant-bras. Chez enfant et l'adolescent ces fractures peuvent être incomplètes. Je vous montre ici une fracture incomplète du cubitus produite par l'incurvation de l'avant-bras saisi par une courroie; l'os ployé s'est fracturé dans une partie de son épaisseur comme une baguette de bois vert.

Les symptômes sont ceux des fractures en général. La mobilité et la crépitation sont ici très faciles à constater. Ce qu'il importe d'étudier, ce sont les déplacements. Quand le périoste n'est pas rompu, il ne peut pas s'en produire, mais cela n'arrive guère que dans le jeune âge. Souvent le déplacement consiste dans une inclinaison anguleuse des fragments l'un sur l'autre; l'angle pouvant être saillant soit en avant, soit en arrière, soit d'un côté ou de l'autre. C'est là le déplacement le plus simple et le moins grave.

Il peut se produire aussi un déplacement vers l'espace interosseux. Celui-là peut avoir lieu de différentes façons :

1<sup>o</sup>. Ou bien les deux fragments du radius se portent ensemble vers l'espace interosseux; le cubitus, au contraire, solidement engrené par en haut, reste fixe au moins dans sa partie supérieure.

2<sup>o</sup>. Ou bien le trait de la fracture étant oblique, les fragments glissent l'un sur l'autre. Si l'obliquité est en bas et en dedans, le fragment supérieur du radius, formant coin entre les deux fragments inférieurs du cubitus et du radius, viendra combler l'espace interosseux par en haut et l'écartera par en bas. Si au contraire le trait de fracture est oblique en bas et en dehors, ce sera le fragment supérieur du cubitus qui viendra faire coin entre les deux fragments inférieurs du cubitus et du radius.

Voici une pièce où le fragment inférieur du cubitus est remonté de 2 centimètres vers le côté interne du fragment supérieur et soudé dans cette position; la fracture a été oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La fracture du radius, non conso-

idée, est oblique dans le même sens, et le fragment inférieur est remonté de 3 centimètres sur le fragment supérieur, en se portant en arrière pour aller s'appliquer contre le fragment supérieur du cubitus, de sorte que l'espace interosseux est comblé en avant par le fragment supérieur du cubitus et en arrière par le fragment inférieur du radius.

Vous voyez que les déplacements vers l'espace interosseux peuvent être assez complexes.

La marche de ces fractures est généralement assez simple: au bout de 20 à 24 jours pour les enfants, de 28 à 30 jours pour les adultes, la consolidation est obtenue. Mais les résultats de la guérison peuvent être très différents selon qu'il y a eu ou non déplacement.

S'il n'y a pas eu de déplacement, les fonctions ne tardent pas à se rétablir. Mais dans le cas contraire, il peut se faire que les fonctions du membre ne se rétablissent point, par suite de l'effacement de l'espace interosseux, dont l'intégrité est nécessaire pour la production des mouvements de pronation et de supination.

Le diagnostic est presque toujours facile, et dans les cas rares où le gonflement peut masquer les signes de la fracture, ceux-ci deviennent évidents au bout de 2 ou 3 jours.

Le traitement de ces fractures a une haute importance. La première chose à faire, c'est la réduction s'il y a déplacement. Si l'on a affaire à un déplacement angulaire, la manœuvre est facile et consiste dans le simple redressement. Mais s'il y a chevauchement des fragments, s'il y a déplacement vers l'espace interosseux, la réduction est plus difficilement obtenue.

Notons en passant que le chevauchement est assez rare dans les fractures de l'avant-bras. Malgaigne cite un cas cependant où il était de 8 centimètres. Lorsqu'il existe il dépasse rarement 2 centimètres. C'est ce que vous constatez sur la pièce que je mets sous vos yeux.

Quand les déplacements sont très prononcés il est quelquefois difficile d'obtenir la réduction. Je me souviens d'un cas, que j'observai il y a une douzaine d'années ici, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, dans lequel toutes mes tentatives de réduction échouèrent. Mais c'est un fait exceptionnel; voici en tous cas comment il convient de procéder. L'avant-bras mis en demi-flexion, un aide maintient fortement la partie inférieure du bras pendant qu'un autre saisit la main, le poignet étant légèrement fléchi. L'aide fait des tractions dans le sens du déplacement pendant que le chirurgien, placé en dehors, surveille les tractions et opère la coaptation des fragments.

Pour rétablir l'espace interosseux, on exécute la manœuvre suivante: les deux pouces sont placés dans l'espace interosseux postérieur et les autres doigts refoulent les parties molles, dans l'espace interosseux antérieur. On écarte ainsi les fragments, portant en dehors le radius, en dedans le cubitus.

Le cas que je viens de vous citer, où la réduction ne put être obtenue, prouve qu'il peut devenir nécessaire de faire des tractions énergiques. Alors on fixera une serviette solidement autour du poignet et l'on fera pratiquer l'extension par plusieurs aides.

Quand la réduction est obtenue, il s'agit alors d'immobiliser les fragments. Mais une question se présente : quelle situation donner à l'avant-bras ? La pronation ou la supination ?

S'il n'y a pas eu de déplacement, la demi-pronation est la position à adopter. Mais s'il y a eu déplacement vers l'espace interosseux, la supination ne s'impose-t-elle pas ? C'est qu'en effet dans la supination les deux os sont parallèles et dans un même plan et l'espace interosseux a toute sa largeur. Dans la pronation au contraire, les deux os se croisent et le mouvement du radius, en enroulant le ligament interosseux autour du cubitus, donne à l'espace une direction en spirale qui rend difficile le maintien de l'écartement des fragments.

Ainsi, l'on peut être autorisé à mettre le membre dans la supination, pour quelque temps du moins, car cette position ne tarde pas à devenir très pénible. Ce temps pourra être de 8 ou 10 jours, pendant lesquels on tiendra le malade couché.

Mais en général, la position intermédiaire entre la pronation et la supination suffit. Aussi est-elle la plus communément adoptée.

Maintenant quels moyens convient-il d'employer pour assurer la coaptation exacte des fragments pendant toute la durée du traitement ?

N'oublions pas qu'il faut assurer le maintien de l'espace interosseux rétabli par la réduction. Les bandes roulées qu'on employait autrefois sont un fort mauvais moyen car elles refoulent les fragments vers l'espace interosseux.

Le maintien de cet espace, qui constitue l'indication principale, s'obtient au moyen de compresses dites graduées ; mais je vous ferai observer que celles que vous voyez employer généralement sont défectueuses ; elles mesurent toute la longueur de l'avant-bras et, prenant appui par leurs extrémités sur des points où l'espace n'existe pas, elles ne pénètrent pas dans sa partie moyenne, c'est-à-dire là où elles peuvent seulement avoir de l'efficacité.

Six ou sept centimètres suffisent. Je préfère simplement un petit rouleau fait avec une compresse ; j'en place un en avant, l'autre en arrière. On les maintient par deux attelles convenablement garnies, une antérieure, l'autre postérieure, en évitant toute compression pénible. Ces attelles doivent avoir la largeur de l'avant-bras. On les fait souvent trop étroites, et il arrive alors que les tours de bandes qui les maintiennent viennent prendre un appui sur les bords du membre. Il faut éviter aussi de donner une trop grande longueur à ces attelles, et de les arrêter en bas au milieu de l'éminence thénar.

Enfin les tours de bande doivent être très modérément serrés, surtout dans les premiers jours. Le danger que présentent les appareils trop serrés est la gangrène, surtout lorsqu'il se produit des épanchements inflammatoires au voisinage de la fracture. Ce redoutable accident s'explique bien par le rapport des artères de l'avant-bras avec les os, et vous comprenez que la responsabilité du médecin est ici gravement engagée.

Non seulement il faut placer le membre dans un appareil, mais il faut encore soutenir l'avant-bras pour permettre au malade de se lever.

L'écharpe, dont on se sert la plupart du temps, est un mauvais moyen dont Malgaigne a bien fait ressortir les inconvénients. Elle forme un plan de sustentation inégal. Ou bien la partie moyenne est plus lâche que les deux bords et le membre fracturé fera un angle ouvert en haut ou bien, le poignet portant sur le bord de l'écharpe moins tendu que le reste, il se formera un angle ouvert en bas.

Voici une pièce où la consolidation d'une fracture du tiers inférieur de l'avant-bras s'est faite dans ces conditions. Les deux fragments du cubitus font un angle d'environ 70 degrés, ceux du radius un angle d'environ 40 degrés. Ce déplacement me paraît imputable au mauvais mode de soutien de l'avant-bras.

Je donne la préférence à la gouttière en carton, conseillée par Malgaigne et prenant tout l'avant-bras. Cet appareil, que porte encore un malade de la salle Sainte-Anne, peut vous paraître un peu encombrant, mais il est commode et léger; on pourrait le remplacer par des bandes plâtrées ou silicatées, mais seulement au bout d'une quinzaine de jours.—*Normandie médicale.*

**Le chlorure de zinc dans la vaginite blennorrhagique.**—FRITSCH recommande le chlorure de zinc comme un médicament qui lui aurait donné des résultats surprenants. Il prescrit chlorure de zinc et eau parties égales, et il ajoute 5 drachmes de cette solution à 10<sup>o</sup> %, à 4 $\frac{1}{2}$  chopines d'eau. L'injection à 100° F. est faite deux fois par jour, la patiente étant couchée. Elle peut se donner même pendant la période menstruelle. Habituellement, après dix applications, l'écoulement cesse. Il va de soi que dans les cas où le col utérin, la muqueuse utérine et tubaire sont atteints, il revient; on cautérise alors la muqueuse utérine avec une solution concentrée de chlorure de zinc et on applique un tampon iodoformé.—*Medical and Surgical Reporter.*

**Solutions pour le lavage de la vessie.**—ULTZMANN, de Vienne, préconise les solutions suivantes: pour une vessie irritable, de l'eau tiède additionnée d'un peu de teinture d'opium, ou une solution de cocaïne,  $\frac{1}{4}$  %; ou de résorcine,  $\frac{1}{2}$  %; ou d'acide carbonique,  $\frac{1}{8}$  %.—Lorsque l'urine se décompose dans la vessie, une

solution de permanganate de potas-e,  $\frac{1}{10}$  % ; ou 3 gouttes de nitrite d'amyle dans une chopine d'eau.— Dans les cas de diathèse phosphatique, une solution d'acide salicylique,  $\frac{1}{10}$  %.— *World's Medical Review.*

**Sur un mode d'antisepsie de l'urèthre et de la vessie ; son application au traitement des rétrécissements uréthraux**, par M. LAVAUX.—L'antisepsie directe de l'urèthre comptait, parmi les questions chirurgicales, comme une des plus importantes, mais aussi comme une des plus malaisées à résoudre. C'est probablement à une antisepsie incomplète que sont dus en grande partie les accidents qui surviennent parfois à la suite de la dilatation et surtout de la dilatation rapide. N'y a-t-il pas, en effet, un écoulement uréthral septique dans tous les rétrécissements anciens ?

Nous avons trouvé un moyen simple, facile à appliquer, d'une innocuité absolue, et qui assure la parfaite antisepsie des voies urinaires externes, vessie et urèthre. Ce procédé consiste dans un lavage successif de l'urèthre et de la vessie, sans sonde avec injection saturée d'acide borique.

Ce procédé de lavage a déjà été décrit par nous dans les *Archives de médecine* de cette année ; aussi n'y reviendrons-nous que pour dire que ces précautions doivent être strictement appliquées avant chacune des séances de dilatation.

Les résultats de cette méthode sont inappréciables même lorsqu'il s'agit de rétrécissements infranchissables ; dans ces cas, le croirait-on ? il suffit de faire des injections intra-vésicales sans sonde et répétées pour dilater le rétrécissement !

La même antisepsie devra être faite de la manière la plus étroite quand il s'agira d'appliquer la dilatation immédiate progressive d'après le procédé de Lefort.

Nos résultats, qu'on nous permette de le dire, sont très encourageants, et, pour ne citer qu'un exemple, bien que nous ayons toujours eu recours à la dilatation rapide, nous n'avons vu survenir de la fièvre qu'une seule fois, alors que la dilatation temporaire lente détermine des accès une fois sur six.

Les divers faits que nous venons d'exposer nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections intra-vésicales sans sonde constituent un moyen simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie ;

2<sup>o</sup> Ce moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements uréthraux ;

3<sup>o</sup> Grâce à cette antisepsie complète et à l'action antiphlogistique des injections vésicales chaudes faites sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont maintenant très rares ;

4<sup>o</sup> Dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée, en général, à la dilatation temporaire lente, qui n'a plus guère sa raison d'être ;

5<sup>o</sup> Les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urèthre dilaté ;

6<sup>o</sup> Les indications de l'uréthrotomie interne deviennent extrêmement restreintes ;

7<sup>o</sup> Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections vésicales sans sonde, en permettant de faire une antiseptie complète de l'urèthre et de la vessie, doivent rendre la division et l'uréthrotomie interne beaucoup moins graves.—*Abeille médicale.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

---

**Transformation de la présentation pelvienne en présentation du sommet.**—Clinique de M. PAJOT, à l'hôpital de la Clinique.—Il est presque fatal qu'un homme qui, pendant de longues années, a étudié un moyen d'exploration obstétricale le vante à tout propos, comme de beaucoup supérieur à tous les autres. C'est ainsi qu'il y a eu des représentants exclusifs du toucher, qu'il y a eu et qu'il y a encore des représentants exclusifs du palper, qu'il y a eu aussi des représentants exclusifs soit de l'auscultation, soit de la percussion. Or de cette exclusivité, nous devons faire justice.

Je vous parlerai à ce propos de la femme qui est couchée au no. 35, femme assez bien bâtie, mais chez laquelle, cependant, on ne trouve pas les choses ordinaires. En effet, sur toutes les femmes de notre service, celle-ci exceptée, on constate en appliquant les mains de chaque côté du bassin, la présence de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne, tandis que chez le no. 35 le ballottement de la tête est remplacé par un corps volumineux, moins rond et moins dur. D'autre part, les mains appliquées sur la partie supérieure de l'utérus éprouvent la sensation de ballottement de la tête. Bref, nous avons chez elle une présentation de l'extrémité pelvienne, ce qui soulève une question moderne des plus intéressantes à discuter.

En effet, on a proposé, dans ces derniers temps, de transformer ces présentations en présentations du sommet. Cela n'est certainement pas impossible, car ainsi que l'a dit Arago très justement : "En dehors des contradictions, tout homme et surtout tout homme de science qui prononce le mot *impossible* est un imprudent." J'insiste pour que vous reteniez bien cette phrase, car elle vous évitera bien des sottises.

On a donc dit qu'il fallait transformer la présentation pelvienne en présentation du sommet parce que celle du siège était beaucoup plus défavorable pour l'enfant que celle du sommet, tandis que pour la femme elle a peu d'importance. Il est certain qu'elle est plus dangereuse pour l'enfant, parce que dans la pré-

sentation du sommet, dès que la tête est sortie, on peut dire que l'accouchement est fait, puisque la partie la plus grosse étant sortie, le reste la suit facilement. Il n'en est pas de même pour le siège, loin de là, car c'est lorsque celui-ci est arrivé hors de la vulve, que les difficultés commencent, les parties fœtales à venir étant de plus en plus volumineuses. Il y a d'ailleurs, en plus, une circonstance très défavorable pour le fœtus, je veux parler de la tension et de la compression du cordon ombilical qui déterminent une telle gêne de la circulation utéro-placentaire que le fœtus peut succomber, dans un temps fort court, comme asphyxié. Cette suspension de la circulation dure un temps assez considérable, car il faut une nouvelle dilatation pour que le reste des parties fœtales puisse sortir.

Quand vous vous trouvez dans la clientèle en présence d'un cas semblable, tandis que la femme pousse des cris plus ou moins formidables, la famille, l'entourage est là vous circonvenant, vous sollicitant de soulager la femme, d'intervenir par des tractions sur le fœtus pour faciliter son expulsion. Mais gardez-vous de céder, car si vous ne résistez pas à de pareilles sollicitations, l'enfant court les plus grands dangers, sa vie est des plus compromises. Rappelez-vous que si la force qui pousse le fœtus vient d'en haut, il faut que les parties fœtales restent dans la matrice, et la tête reste fléchie sur la poitrine; si elle vient d'en bas, au contraire, la force va tendre à redresser les bras, de là la nécessité de les dégager tour à tour selon les règles précises que vous connaissez; mais pendant ce temps, si court qu'il soit, le cordon continue à être comprimé. Voilà déjà un premier contre-temps: cependant on arrive en général assez facilement à ce dégagement. Mais si vous continuez à exercer votre traction, le menton se relève et la tête se trouve à un moment donné retenue par le cou saisi, étranglé pour ainsi dire dans l'orifice. C'est alors que vos tractions, quelque force que vous employez, n'aboutiront à d'autre résultat que de décapiter l'enfant.

Il y a quelques années, je me trouvais remplacé par un agrégé qui avait pour doctrine que dans certains cas de rétrécissement du bassin, la présentation de la tête devait être remplacée par celle des fesses. Chez une des femmes du service, il voulut appliquer cette doctrine, mais comme malgré tout l'enfant ne sortait pas, il tira et tira si bien que la tête se trouva dans la position que je viens de vous indiquer. Que faire? Tirer de nouveau, se dit-il, et ses tractions eurent un tel succès que le tronc lui resta dans la main et la tête dans l'utérus! Mais ce n'est pas tout, car cet accouchement fut réellement un comble. Ce bel exploit accompli, mon remplaçant se dit: "Laissons reposer la femme jusqu'à demain." Et le lendemain matin, à son arrivée, il apprenait que la tête était venue toute seule deux heures après l'issue du tronc.

Si jamais pareil événement vous arrivait, vous n'auriez qu'à faire en hâte votre paquet et quitter la ville où vous exercez sous peine de voir votre cabinet à tout jamais déserté.

Nul homme n'a été dans sa pratique plus sage que Paul Dubois et je me suis toujours applaudi de suivre ses préceptes, aussi je ne saurais trop vous conseiller de les suivre également. Or que prescrivait-il en pareille circonstance? "Quand vous avez affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne surtout chez une primipare, et que vous apercevez le siège à la vulve, placez immédiatement la femme dans la position obstétricale, ne tirez jamais sur le fœtus mais surveillez le travail; s'il marche bien, laissez faire; s'il marche mal, soyez prêt à intervenir—je vous dirai comment dans une autre leçon." Rien n'est plus rationnel.

Malheureusement cette doctrine de la transformation de la présentation pelvienne en présentation du sommet est tellement dans l'air, qu'un grand nombre d'accoucheurs n'échappent pas à la contagion. Mais réfléchissez donc à l'énorme distension de l'utérus qu'elle nécessite et par suite à quels dangers de rupture de cet organe elle vous expose, à quels regrets pour votre vie entière elle vous conduirait si par une pareille manœuvre vous perdiez votre malade! Aussi, je le dis bien haut, je ne me crois pas en droit de la faire dès la moindre difficulté, surtout si l'on songe que la présentation pelvienne est à peu près inoffensive pour la mère, tandis que la transformation de cette présentation est, au contraire, des plus dangereuses, surtout chez une primipare.—*Gazette des hôpitaux.*

**Tamponnement intra-utérin.**—Le tamponnement intra-utérin vient de refaire son entrée dans la pratique obstétricale avec le docteur DURRSSEN, qui en a obtenu d'excellents résultats. M. AUVARD, qui a eu l'occasion d'en faire avec un plein succès l'application dans un cas d'hémorrhagie grave, est disposé également à l'employer dans la septicémie puerpérale.

D'après lui, les deux indications principales du tampon intra-utérin sont pour l'instant les deux suivantes :

- 1<sup>o</sup> Les hémorrhagies utérines graves, alors que l'œuf a complètement évacué l'intérieur de la matrice ;
- 2<sup>o</sup> La septicémie d'origine intra-utérine, après curage et nettoyage préalable de cette cavité génitale.

Quant au procédé opératoire, voici, à son avis, comment on peut le résumer : Après avoir nettoyé antiseptiquement la vulve et le vagin, saisir et attirer le col de l'utérus avec deux pinces de Mu-eux (dans les cas d'hémorrhagie, de suite après la délivrance, abaisser le col est inutile; on arrive directement avec la main jusque dans la cavité de l'utérus). Débarrasser l'intérieur de l'utérus, soit des caillots en cas d'hémorrhagie, soit des débris retenus s'il s'agit de septicémie. Prendre une bande de gaze iodofor-

mée à 15 pour 100, longue de 5 mètres, large de 15 centimètres environ, assez épaisse, et l'introduire soit avec le doigt, soit avec la main (suivant les cas) dans l'intérieur de l'utérus. L'introduction doit être successive et faite en retirant et en faisant de nouveau pénétrer le doigt ou la main dans l'utérus. Quand la cavité utérine est comblée, détacher les pinces de Museux, et introduire le reste de la bande dans le vagin, jusqu'à ce qu'un simple bout vienne faire saillie à la vulve. Comprimer l'abdomen à l'aide d'une bande de toile ou d'un bandage de corps. Laisser le tamponnement vingt-quatre heures en place, l'enlever en exerçant simplement des tractions sur l'extrémité laissée à l'orifice vulvaire. — *Lyon médical.*

### Traitement des végétations chez les femmes enceintes.—

Le médecin est parfois consulté par des femmes enceintes qui se plaignent d'avoir au niveau des parties génitales externes ce qu'elles appellent "des petites excroissances de chair"; ces végétations, qui n'ont aucun rapport avec les végétations d'origine syphilitique, se développent au niveau de la vulve, du vagin: généralement discrètes et ne présentant aucun inconvénient, elles peuvent devenir confluentes et acquérir un développement exagéré: elles donnent facilement lieu à un suintement odorant qui incommode les femmes.

Presque tous les accoucheurs sont d'avis de ne pas toucher à ces végétations qui disparaissent généralement après l'accouchement, ou du moins la plupart ne conseillent l'intervention que lorsque les végétations prennent des proportions considérables. Tel n'est pas l'avis de M. DECOSTER; d'après lui, ces végétations peuvent être la source d'hémorrhagies; elles créent autant de portes ouvertes aux micro-organismes du dehors, à la lymphangite, à la septicémie, à la péritonite! L'accoucheur le plus prudent sera celui qui interviendra le plus vite et qui aura pour cette affection si bénigne, mais si trompeuse parfois, toute l'attention et tous les soins qu'elle mérite. Aussi M. Decoster conseille-t-il de commencer le traitement des végétations par des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent au 1/50<sup>e</sup>, puis au 1/25<sup>e</sup>, puis au 1/100<sup>e</sup> au moment de l'accouchement et des couches; il rappelle que son maître, M. Porak, traite volontiers ces végétations par l'acide chromique et le nitrate acide de mercure. On met à la vulve de l'ouate hydrophile, dans le vagin de la poudre d'éco ce de chêne, de façon à s'assurer que les caustiques en excès ne fuseront pas et qu'ils seront absorbés par ces agents. Sans doute ce traitement doit être inoffensif et n'expose guère à un avortement; mais le plus souvent n'est-il pas inutile? "Pourquoi, disait Callerier, fatiguer une femme grosse par un traitement inutile? En effet, quelques jours après l'accouchement, on cherche en vain la trace même des végétations; elles ont disparu avec la cause qui les avait pro-

duites et bien rarement elles reparaissent à une seconde grossesse. ” MM. Tarnier et Budin, tout en reconnaissant que l'accouchement ne fait pas toujours disparaître les végétations, répudient tout traitement énergique. M. Tarnier conseille d'appliquer une solution de tannin en consistance sirupeuse.

D'ailleurs, si les végétations persistent après l'accouchement, il est toujours temps de les traiter, soit par l'incision, le broiement, l'écrasement, soit par le raclage, soit même par les attouchements avec des substances caustiques.—Pendant la grossesse, il faut que ces végétations prennent un développement considérable, qu'elles créent un véritable danger pour les femmes, pour qu'une intervention soit nécessaire ou même utile.—G. LEPAGE, in *Gazette de gynécologie*.

**Des agents employés dans les différents états congestifs et hémorrhagiques de l'utérus.**—Les divers médicaments en usage sont surtout l'ergot, la digitale, le chanvre indien, le bromure de potassium, l'arsenic et l'acide gallique.

L'ergot est le plus employé et donne bons résultats. Il trouve son application surtout dans l'hyperhémie chronique et la subinvolution accompagnées d'hémorrhagies. Plus l'organe est ramolli et relâché, plus l'ergot est efficace; il en est de même dans les fibromes interstitiels et sous-muqueux. Les hémorrhagies suscitées par l'endométrite fongueuse, l'ovarite ou la paramétrie, ne sont guère bénéficiées par le sécalé.

La digitale se prescrit dans les hémorrhagies utérines de nature cardiaque.

Le chanvre indien est un médicament ayant une action incertaine; il excite la contraction utérine en stimulant le système cérébro-spinal.

Le bromure de potassium agit bien dans les hémorrhagies dues à l'irritation ou à la congestion ovariennes. C'est le meilleur agent assurément dans les métrorrhagies accompagnant la pelvi-péritonite sous-aiguë ou chronique.

L'arsenic, par son action tonique générale produit son effet plus tardivement que l'ergot et les bromures. Il rend de bons services chez les jeunes filles et les jeunes femmes nullipares ayant des menstrues fréquentes et prolongées sans qu'elles soient cependant profuses; dans les hémorrhagies utérines de la ménopause non-symptomatiques d'une affection maligne et dans les métrorrhagies d'origine paludéenne.

Les cathartiques actifs, surtout les cholagogues et en particulier le mercure, arrêtent quelquefois promptement une perte utérine; plus sûrement lorsque celle-ci est d'origine hépatique ou splénique, et cela en facilitant la circulation dans la veine porte.

Le fer, vu sa tendance à produire la congestion des organes pelviens, n'est pas à conseiller dans l'intervalle des époques menstruelles, à moins qu'il n'existe une anémie très prononcée.

L'acide gallique est utile dans les hémorrhagies par atonie utérine.

L'*hydrastis canadensis* est très recommandé dans toutes les hémorrhagies utérines, quelle qu'en soit la cause.

Le *gossypium herbaceum* (cotonnier) aurait été très efficace entre les mains de Garrigues, surtout dans les métrorrhagies déterminées par la présence de fibromes. Il le donne en décoction et, dans la plupart des cas, le préfère à tout autre médicament.

L'*hamamelis virginica* (noisetier de sorcière) serait inférieur à l'ergot pour contrôler une hémorrhagie soudaine, mais pour tarir un écoulement d'assez longue durée et de nature passive, c'est le remède par excellence. On donne de préférence l'extrait fluide officinal, de quelques gouttes à deux drachmes.—Dr. PALMER, in *Buffalo Medical and Surgical Journal*.

**Quelques remarques pratiques sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des tumeurs de la glande mammaire, par le professeur BILLROTH, in *Cycloped. of Obstetrics and Gynecology*.(1)**

—La disparition spontanée d'une tumeur de la glande mammaire est à peine admissible, lorsque, au dire des médecins et autres, la chose a eu lieu, il ne s'agissait que des produits d'une inflammation chronique. Mais puisque pendant un certain temps le diagnostic peut être douteux, il est avantageux d'employer des résorbants; onguent d'iode, onguent d'oxide noir de cuivre, etc.

La compression au moyen de bandages ou de compresses a été suggérée et employée dans le carcinome. Je ne puis endosser cette pratique, car on n'en obtient aucune guérison. L'onguent d'iode et la compression irritent beaucoup ces tumeurs surtout quand elles sont adhérentes à la peau, et je crois que par ces moyens, au lieu de favoriser la résorption, nous provoquons le ramollissement et l'ulcération.

Si l'on veut temporiser pendant quelque temps afin de suivre la marche de la maladie, on peut prescrire un onguent inoffensif ou des compresses d'eau de Goulard, afin que la patiente croit que l'on fait quelque chose pour elle; ou encore peut-on laisser appliquer quelque emplâtre chéri qui aurait soulagé jadis une tante ou une cousine, pourvu, toutefois, qu'il ne contienne aucun principe irritant. Par de la ouate ou une peau de chat, on protège l'ulcération carcinomateuse contre la pression et le traumatisme.

Je pose en principe, que règle générale toute tumeur à développement continu, de quelque nature qu'elle soit, exige l'extirpation.

Lorsque c'est une tumeur stationnaire (petits fibromes), ou un squirrhe atrophique survenant chez une personne âgée, il n'y a

(1) Suite et fin, voir la livraison de janvier.

pas de nécessité d'intervenir chirurgicalement, quoiqu'une opération puisse être permise.

Relativement aux tumeurs bénignes (kystes, adénomes, adénosarcomes, fibromes, et cysto-sarcome-), on doit les enlever parce que par leur présence et leur développement elles gênent et qu'à la suite d'une irritation quelconque, il n'est pas impossible qu'elles revêtent le caractère du carcinome médullaire matia, ou plus tard, du carcinome à évolution rapide; les cas ne sont pas rares où une tumeur aurait ainsi changé de nature et quoique ce fait repose plutôt sur des données de malades que sur les observations directes des médecins, il n'y a aucune divergence d'opinion à son sujet.

Le fait d'avoir une tumeur exerce toujours une influence fâcheuse sur l'état moral d'une femme, car l'idée du cancer la poursuit; il est donc humain de lui enlever cette cause d'ennui. Beaucoup de patientes préfèrent la décision ferme du médecin sur l'urgence d'une opération; leur hésitation est vaincue et elles sont soulagées.

Toute tumeur cancéreuse doit être enlevée quand l'extirpation peut en être faite radicalement sans compromettre la vie. On doit intervenir à bonne heure si l'on veut prévenir, ou au moins diminuer l'envahissement ganglionnaire. Même lorsque les lymphatiques sont atteints, mais qu'ils peuvent être extirpés, on doit opérer, car on amoindrit ainsi les chances d'infection générale. On doit opérer sur récurrence lorsqu'il y a possibilité de tout enlever. Les parties malades du pectoral doivent être excisées. Si, dans les cas opérables, les côtes étaient prises, je ne conseillerais guère une résection totale, ouvrant ainsi la plèvre et exposant le sujet à la mort par pyothorax; les portions superficielles atteintes peuvent être détruites sans risque. Les opérations sont généralement inutiles quand la peau est parsemée de beaucoup de nodules.

Lorsque les ganglions axillaires sont intimement adhérents aux vaisseaux et aux nerfs (état indiqué par l'immobilité des tumeurs, l'œdème du bras et des douleurs névralgiques) et que les ganglions sus-claviculaires sont infiltrés, il n'y a plus d'opération praticable; si dans ces cas malheureux l'œdème était très étendu et les douleurs insupportables, une désarticulation du bras soulagerait-elle? Oui, en autant que les ganglions sus-claviculaires ne seraient pas la cause des troubles.

Les caustiques (chlorure de zinc, arsenic, etc.), appliqués sur la peau non-ulcérée causent de vives douleurs; sur une peau ulcérée ils donnent quelquefois de bons résultats lorsqu'ils agissent assez profondément. J'ai peu d'expérience avec ces agents, car l'incertitude de leurs effets m'a détourné de leur emploi.

Pour le traitement du carcinome non-opérable, on conseille les pansements antiseptiques (chlorure de chaux, permanganate de

potasse, eau créosotée, charbon de bois, eau de goudron, acide carbolique, etc.), et quelquefois les caustiques pour diminuer la masse de la tumeur.

Parmi les remèdes populaires, il y a les cataplasmes de carottes, de figes, de levure de bière, de suc gastrique des hiboux, etc. Aucune de ces substances ne possède de propriétés caustiques ou résolutive. Dans un cas incurable où l'odeur avait résisté à tous les désinfectants, j'ai permis à la malade de faire une application de figes bouillies dans du lait, et, à ma surprise, l'odeur a disparu complètement avec deux pansements par jour. Dans le carcinome, Thiersch a pratiqué des injections parenchymateuses de nitrate d'argent; imitant ses procédés, j'ai fait des expériences à ma clinique avec la teinture d'iode, la liqueur de Fowler, des solutions de chlorure d'or, d'albuminate de mercure, d'acide chromique, d'acide carbolique, etc. Les résultats ont été absolument négatifs. Il en a été de même de l'électro-puncture. L'application continue d'un sac contenant de la glace, arrête la croissance et diminue souvent le volume du carcinome.

En résumé, nous devons nous en tenir énergiquement à l'axiome qui dit que le cancer du sein est guérissable s'il est opéré assez à bonne heure. Soulageons par les anodins les pauvres malheureuses incurables; laissons-les dormir, dormir encore, dormir toujours!

## PÉDIATRIE.

**De la succion.**—Clinique de M. le Dr. E. TORDEUS à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles.—Aujourd'hui je désire appeler votre attention sur une fonction qui a la plus grande importance pour le nouveau-né; je veux dire *la succion*. Or, la succion peut être plus ou moins entravée par le fait de certaines conditions pathologiques dépendant uniquement de l'enfant. Il convient donc de bien examiner cette fonction, car elle peut nous fournir des éléments très précieux pour le diagnostic.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, combien sont grandes les difficultés que l'on éprouve à recueillir chez les tout jeunes enfants les éléments d'un diagnostic complet; elles résultent principalement de l'absence totale de renseignements sur les phénomènes subjectifs éprouvés par les petits malades. L'obstacle cependant (je me hâte de le dire) n'est pas insurmontable; car une juste appréciation des phénomènes objectifs, aidée de quelques commémoratifs fournis par des parents intelligents et attentifs, suffira dans la majorité des cas, à atteindre le but désiré. J'ajouterai encore que vous pourrez d'autant plus facilement traduire le lan-

gage des signes et rattacher les éléments puisés dans l'expression des malades à l'existence d'une affection ou d'un trouble fonctionnel, que vous aurez à soigner des enfants plus jeunes, des nouveau-nés, c'est-à-dire des êtres se trouvant dans la presque impossibilité d'opposer la moindre résistance aux investigations médicales.

Sans vouloir entrer pour le moment dans de longs détails sur la manière de procéder à l'examen clinique d'un nouveau-né, je vous dirai cependant que lorsque vous êtes appelés auprès d'un tout jeune sujet, malade ou supposé tel, après quelques questions adressées à l'entourage sur la manière dont s'est fait l'accouchement, sur l'état de santé de la mère pendant sa grossesse, sur le début de la maladie actuelle, sa durée, sur le mode d'alimentation, etc., vous devez procéder incontinent à l'examen objectif qui doit, autant que possible, être pratiqué systématiquement et dans le même ordre, afin de ne pas omettre le plus petit détail qui peut avoir son importance.

Vous savez que chez le nouveau-né, l'état de veille est extrêmement restreint et qu'il passe presque tout son temps à dormir ou à teter. Si donc, au moment où vous le voyez, il est placé au sein de sa nourrice, vous profiterez de cette circonstance pour vous rendre compte de la manière dont il pratique la succion.

Un nouveau-né vigoureux et bien portant prend toujours le sein avec avidité : après trois ou quatre succions, il s'interrompt pour avaler le lait accumulé dans la bouche, puis il se remet à teter ; souvent il s'arrête fatigué, sans toutefois abandonner le mamelon ; enfin, repu et content, il ne tarde pas à s'endormir sur le sein qu'on est obligé de lui retirer doucement.

En thèse générale, un enfant robuste et bien constitué, tette promptement et énergiquement toutes les fois qu'on le met au sein, à condition, s'entend, que le mamelon soit saillant et bien conformé, que le sein renferme une quantité suffisante de lait et que la femme soit suffisamment habile dans son métier de nourrice. Il est, en effet, extrêmement rare de voir un nouveau-né complètement dépourvu en quelque sorte de l'instinct de teter et refusant obstinément de sucer un mamelon bien conformé. Je ne parle pas, bien entendu, de ces enfants âgés déjà de quelques semaines et qu'on a alimentés au moyen de la cuiller ou du biberon. Lorsqu'on est obligé, par suite d'un accident grave du côté des voies digestives, de revenir à l'allaitement naturel exclusivement, on éprouve les plus grandes difficultés à les faire teter de nouveau. Je fais allusion ici à des enfants nouveau-nés qu'on a mis au sein dès les premiers jours et qui refusent absolument de pratiquer la succion. Ces cas, je le répète, sont extrêmement rares. Paul Dubois raconte, en effet, dans ses leçons, que dans sa longue carrière, il n'a vu qu'un seul enfant qu'on n'était jamais parvenu à faire teter.

Voyons maintenant quelles sont les conditions qui tiennent à l'enfant, et qui l'empêchent de pratiquer convenablement la succion.

Vous rencontrerez souvent un obstacle à la succion chez les enfants faibles, venus au monde avant terme, chez ceux qui sont atteints d'atélectasie pulmonaire, de sclérome. Ces enfants-là dorment beaucoup, gémissent plutôt qu'ils ne crient, et ne ressentent nullement le besoin de teter. Chez eux, c'est le défaut d'activité organique qui les empêche de prendre le sein ; ils réclament donc, sous le rapport de l'alimentation, une surveillance et des soins tout particuliers.

Dans d'autres circonstances, le nouveau-né, gros, bien développé et vivace, ressent ardemment les angoisses de la faim ; on le voit qui saisit le mamelon avec avidité et qui cherche à exécuter des mouvements de succion ; mais ses efforts restant stériles, il pousse des cris de colère, de véritable rage. Aiguillonné par le besoin de prendre de la nourriture, il fait de nouveaux essais de succion, mais toujours sans résultat, et si on ne lui vient en aide, si l'on n'a pas soin d'introduire dans la bouche quelques cuillerées du lait extrait préalablement du sein de la nourrice, il ne tarde pas à dépérir et même à succomber. Ici, ce sont les organes qui président à l'acte de la succion (lèvres, langue, palais), qui sont atteints d'un vice de conformation ou d'un processus pathologique quelconque. Je mentionnerai, à ce propos, le bec de lièvre, la fissure palatine, les adhérences de la langue, les ulcérations du palais, le muguet, les fissures des lèvres, leur gonflement dans les présentations de la face, la paralysie du nerf facial à la suite de l'application du forceps, le trismus, etc.

Un autre groupe d'obstacles à la succion comprend toutes les affections accompagnées d'une gêne de la respiration. Dans la rhinite soit simple, soit spécifique, dans l'étroitesse congénitale des narines, le petit malade ne pouvant respirer que par la bouche, est obligé de lâcher le mamelon à chaque instant.

Vous observerez la même difficulté de teter, dans la bronchite grave, la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, bref, dans toutes les maladies caractérisées par de la douleur, de la dyspnée et accompagnées d'une diminution du champ respiratoire. Le besoin de respirer est plus urgent que celui de teter, l'enfant abandonne le sein, quoique à regret, pour pouvoir introduire dans ses poumons une quantité suffisante d'air.

Vous pouvez également considérer comme autant d'obstacles à la succion, toutes les affections d'origine cérébrale, dans lesquelles la sensibilité est émoussée et l'activité réflexe plus ou moins abolie. Telles sont l'anémie du cerveau qui accompagne certaines formes de diarrhée, la congestion cérébrale au début des maladies fébriles (érysipèle), péritonite, septicémie puerpérale, l'hémorragie des méninges, les épanchements dans le cerveau, etc.

En dehors de ces circonstances, il arrive parfois que des enfants bien constitués et paraissant bien portants, n'éprouvent nullement le sentiment de la faim et refusent obstinément de pratiquer la succion. Cet état de choses serait lié, d'après Jacquemier, à la plénitude de l'intestin; car aussitôt après l'administration d'un léger purgatif et l'évacuation du méconium, le besoin de teter se réveille et l'enfant s'empresse de saisir le bout de sein et d'exercer une succion énergique.

Vous verrez quelquefois le nourrisson montrer une préférence marquée pour une des mamelles, bien qu'elles présentent toutes deux la même conformation et qu'elles renferment toutes deux la même quantité de lait. Ainsi, chez un malade atteint d'exsudat pleurétique gauche, ou d'épanchement dans le péricarde, vous verrez augmenter la dyspnée, et par conséquent, aussi la difficulté de teter, toutes les fois qu'on lui présentera le sein gauche; tandis qu'en l'attachant au sein droit, il reste couché sur le côté qui est le siège de l'épanchement; la respiration devient dès lors moins gênée et les mouvements de succion peuvent être opérés avec plus de facilité.

De même, dans les cas d'épanchement dans le péritoine, d'hypertrophie du foie, de tumeur de la rate, en un mot, dans toute maladie de l'abdomen qui refoule le diaphragme en haut et diminue la surface respiratoire, le nourrisson ne pourra teter facilement, aussi longtemps qu'il sera maintenu dans la position habituelle, c'est-à-dire placé transversalement devant la poitrine de la nourrice. Au contraire, la dyspnée disparaîtra et la succion pourra s'exécuter plus aisément, si on prend la précaution de le tenir dans la position verticale, c'est-à-dire assis.

Ne négligez donc jamais, Messieurs, lorsque vous serez appelés auprès d'un nouveau-né, de vous assurer de la manière dont il pratique la succion. Vous pourrez dans certains cas, rien qu'en interrogeant cette fonction, être mis directement sur la voie du diagnostic.—*Scalpel.*

**La jaunisse chez les enfants.**—M. le Dr. BYERS, du *Royal Hospital* de Belfast, insiste d'abord sur la fausse jaunisse des nouveau-nés. Le second ou le troisième jour après la naissance, on prévient le médecin que l'enfant a la jaunisse. Si on l'observe avec soin, on remarque que les conjonctives sont blanches, que les garde-robes n'ont pas la coloration terre de pipe, et que l'urine n'est pas safranée. En résumé, sauf la coloration jaune de la peau, il n'y a pas de symptômes de jaunisse. (*The Lancet*, 16 juillet 1887.)

Si on observe un enfant qui vient d'être débarrassé, par un bain, de l'enduit qui le couvre à sa naissance, on voit que la peau a une coloration rosée. Si avec le doigt on presse sur la peau de façon à vider les petits vaisseaux cutanés, on voit distinctement

apparaître une tache jaune, qui augmente graduellement. Cette coloration jaune commence à se montrer vers le deuxième ou le troisième jour, dure environ une semaine et disparaît généralement le dixième jour. Cette jaunisse apparente est plus marquée dans les points de la peau où la rougeur était plus prononcée. Si on lie le cordon de l'enfant quand les pulsations de ce cordon ont cessé, comme le font Byers et bien d'autres, la jaunisse apparente est plus fréquente. Elle ne porte pas de préjudice à l'enfant. Elle est due à des changements dans la circulation de la peau et à la désintégration graduelle de nombreuses cellules du sang.

Quant à la vraie jaunisse, il faut distinguer deux cas : 1o. la jaunisse est légère et les enfants guérissent ; 2o. la jaunisse devient de plus en plus intense et se termine par la mort. Dans le premier cas, la jaunisse reconnaît différentes causes : froid, catarrhe gastro-duodénal, rétention prolongée du méconium, œdème et gonflement du tissu fibreux intra et péri-hépatique, conséquence d'un travail prolongé. Cet œdème comprime les vaisseaux du foie et produit la jaunisse par ce mécanisme.

La jaunisse mortelle reconnaît pour causes : la syphilis, la malformation des conduits biliaires, la phlébite ombilicale. Quand la deuxième cause entre en jeu, on note assez souvent un écoulement de sang par l'ombilic.

Dans la forme simple de la jaunisse, il faut veiller à ce que les garde-robes soient régulières. En cas de malformation des conduits biliaires, il n'y a rien à faire. En cas de syphilis, donner le traitement spécifique. On évitera la phlébite en pratiquant l'antisepsie.—*Scalpel.*

**De l'administration de l'huile de foie de morue chez les enfants.**—M. le Dr YELDHAM préconise, dans le *Medical Record*, une méthode simple et pratique pour administrer l'huile de foie de morue aux enfants. La nourrice engage le bout de son petit doigt dans l'huile, et le place dans la bouche de l'enfant. Cette opération doit être répétée cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures. Prendre en si petite quantité, non seulement l'huile n'est pas désagréable à l'enfant, mais on peut constater même qu'il suce le doigt avec une grande avidité, et un évident plaisir. Ce facile expédient a toujours réussi, suivant notre confrère américain, pour l'administration de l'huile de foie de morue, et nombre d'enfants qui dépérissaient faute de nourriture, devinrent, en peu de temps, gras et potelés, sous l'action même de l'huile, qui leur permettait de digérer facilement toute autre nourriture quo, sans son aide, ils n'eussent pu supporter.

**VIN DE CHASSAING :** Dyspepsie.

**BROMURE FALIERES :** Affections nerveuses.

**PHOSPHATINE FALIERES :** Alimentation des Enfants.

**VOIR**

**aux**

**annonces.**

**Les nouveaux traitements de la coqueluche.**—Dans ces derniers temps, la pathogénie de la coqueluche s'est sensiblement modifiée. Presque tous admettent que la maladie est due à un microbe, mais, pour les uns, il agit directement sur les voies respiratoires, tandis que pour les autres il agit sur les fosses nasales et la maladie, dans ce cas, devient une névrose réflexe. Le traitement s'est ressenti de ces nouvelles données, et c'est cette médication que le Dr Chéron passe en revue dans les derniers numéros de l'*Union médicale*.

1<sup>o</sup> MÉDICATIONS ANTIPARASITAIRES.—*Acide phénique*. Burchard, Thuner, Scheiderig, Roberts, Pick, Davezac, Goldschmidt, Ortille, Smith emploient une solution phéniquée variant de 1 pour 500 à 5 pour 100, tantôt en inhalations, tantôt en pulvérisation dans l'air de la chambre du malade. Ce traitement abrégé la durée de la maladie; mais Hagenbach attribue les bons effets non à l'acide phénique, mais à la vapeur d'eau. Vogel déclare, en outre, n'avoir obtenu aucun résultat par cette méthode.

Cory, Suckling donnent l'acide phénique à l'intérieur (25 milligrammes dans un mélange de glycérine et de menthe poivrée pour un enfant d'un an), et considèrent ce médicament comme un véritable spécifique. Illingworth, tout en déclarant que ce médicament ne suffit pas, affirme qu'il diminue les vomissements et les quintes de toux en anesthésiant les muqueuses gastrique et pharyngée.

*Thymol*.—Bouchut et surtout Paulet ont employé ce médicament. Ce dernier fait évaporer dans la chambre un mélange de: Ess. de thym 10 gr.; alcool 250 gr.; eau 750 gr.; placé au-dessus d'une veilleuse. Il donne en même temps à l'intérieur du sirop de goudron ou des sirops phéniqué, de pin, d'eucalyptus, etc.

*Acide salicylique*—Otto et Moncorvo ordonnent chaque jour cinq minutes d'inhalation d'une solution bouillie à 2 pour 100. Neubert conseille le séjour dans une atmosphère saturée d'une solution de salicylate de soude au  $\frac{1}{10}$ .

Mirande et Nodet donnent le salicylate à l'intérieur à des doses variant de 1 à 4 grammes, prises dans la soirée dans un peu d'eau ou de kirsch. Nodet a vu ainsi les quintes nocturnes tomber de 17 à 3 et les vomissements cesser complètement.

Ces deux corps ont aussi été employés en inhalations, mélangés à d'autres médicaments par Lasinski et Justi.

*Sels de quinine*.—Thornton, Parkes, Misrach, Sauerhering, Campbell ont donné le sulfate de quinine à des doses variant de 5 centigr. à 1 gr. 50 *pro die*, les uns à doses réfractées, les autres à dose massive, et tous se louent de son usage. Deniau préférerait pour l'estomac des malades le chlorhydrate ou le lactate. Binz et Hagenbach emploient le tannate de quinine, l'administrent, par doses réfractées, toutes les deux heures, de façon que l'enfant prenne par jour 4 fois autant de décigrammes qu'il compte d'au-

nées. Paskin emploie le même sel, mais il donne des doses massives de 50 centigr. à 1 gr. 50, le soir.

Kollower projette, toutes les deux heures, sur le voile du palais avec une seringue, la solution suivante :

Sulfate de quinine.....	3 gr. 50.
Acide sulfurique.....	XXX gouttes.
Eau distillée.....	180 grammes.

Lasinski insufflait deux fois par jour une poudre contenant : chlorhydrate de quinine 0 gr. 25 et acide salicylique 0 gr. 10, dilués dans du sucre en poudre et du bicarbonate de soude.

*Résorcine*.—Moncorvo touche la glotte avec une solution de cocaïne à 10 pour 100, puis il la badigeonne avec une solution de résorcine de 1 à 3 pour 100. Hedger fait, toutes les trois heures, une pulvérisation de 5 minutes d'une solution de résorcine à 2 pour 100.

*Essence de térébenthine*.—Employée en évaporation soit au feu doux, soit à l'aide de linges imbibés suspendus autour du lit du malade ; par Baugel, Bodier et par Legroux ; elle est donnée à l'intérieur, par Otto Ringh, sous la forme suivante : ess. de térébenthine 10 gr. ; sirop de mauve 80 gr.

Keppler fait respirer l'eau térébenthinée 3 à 4 fois par jour ; Widerhoffer la vaporise pendant cinq ou six séances par jour, et Schliep donne par jour 4 grammes de térébenthine en émulsion jusqu'à saturation de l'organisme.

*Acide sulfureux*.—Mohn recommande d'éloigner l'enfant de sa chambre et d'y enfermer tout ce qui est à son usage. On brûle alors 25 gr. de soufre par mètre cube et on laisse la pièce fermée pendant 5 heures, puis on aère largement et l'enfant reprend sa chambre le soir. Mohn et Schonberg prétendent que cela suffit pour guérir la maladie ; mais Kaurin déclare que, en employant ce traitement, le malade passe une bonne nuit, mais que la maladie reparaît le lendemain. Cependant Schliep recommande la même méthode ; Féréol et Vigier ont vu chacun un cas de guérison.

Enfin Bergeon déclare diminuer les quintes par son traitement par les lavements chargés d'acide sulfureux.

2<sup>o</sup> MÉDICATIONS AGISSANT SUR LA MUQUEUSE NASALE.—Pour les auteurs qui considèrent la muqueuse nasale comme le siège du microbe de la coqueluche et la toux comme le résultat d'un réflexe, c'est à la muqueuse nasale qu'il faut s'attaquer. Michael est l'un des premiers qui usa des insufflations de poudres dans le nez. L'action de ces poudres est en partie purement mécanique, comme le prouvent les succès obtenus en insufflant de la poudre de marbre porphyrisée ; il paraît établi que c'est la poudre de benjoin qui réussit le mieux. Il suffit d'une seule pulvérisation

par jour; la première est parfois suivie d'une quinte de toux, mais les malades s'habituent vite au traitement.

Au Congrès de Wiesbaden de 1887, Michael apportait une statistique de 250 cas. Dans 25 % des cas, il n'y a aucun résultat, dans 75 %, les effets sont plus ou moins prononcés et quelquefois surprenants. Dans 7 % des cas, il y eut guérison en 2 ou 3 jours; dans 23 % en moins de 21 jours. La mortalité fut de 1 %, tandis qu'ordinairement elle est de 11 à 18 %. Si le nombre des accès est invariable pendant les 8 premiers jours ou s'il augmente peu, c'est que le traitement est inactif; si le nombre des quintes diminue, on peut annoncer que la coqueluche aura une évolution bénigne; si, au contraire, il y a une grande augmentation, c'est que la maladie aura une courte durée.

Voici, avec le nom des auteurs, les différentes poudres employées :

BOCHEM.		GUERDER.	
Chlorhydrate de quinine...	3 gr.	Acidé borique.....	} â à p. c.
Gomme arabique.....	1 —	Café torréfié.....	
Chlorhydrate de quinine...	100 —	GUY.	
Poudre de benjoin.....	5 —	Chlorhydrate de quinine....	2 gr.
MOIZARD.		Poudre de benjoin.....	1 gr. 80
Poudre de benjoin.....	} 5 gr.	CARTAZ.	
Salicylate de bismuth....		Sous-nitrate de bismuth....	2 gr.
Sulfate de quinine.....		1 gr. ââ	Poudre de benjoin.....

(à suivre.)

## TOXICOLOGIE.

**Toxicité du bismuth.**—Depuis qu'en chirurgie le sous-nitrate de bismuth est employé comme antiseptique, on a constaté à plusieurs reprises, par l'usage de ce mode de pansement des accidents de néphrite, d'entérite et une stomatite avec coloration noire des gencives, pouvant devenir gangréneuse, accidents imputables à une intoxication par ce sel. Ce fait est d'autant plus remarquable, que jamais par l'usage interne du bismuth, même aux doses les plus élevées, on n'a observé d'intoxication. MM. les docteurs Dalché et Villejean publient sur cette question, dans les *Archives de médecine*, un travail dans lequel ils démontrent que cette différence d'effets tient à une différence d'absorption. Les auteurs ont fait en effet sur les animaux de nombreuses expériences qui leur ont démontré que, tandis qu'il était impossible d'obtenir l'intoxication par les voies digestives, on pouvait la provoquer par des injections sous-cutanées.

Qu'il s'agisse de résultats expérimentaux ou d'accidents toxiques dus à l'absorption du bismuth sur une plaie, voici ce qu'on observe : le plus frappant de tout est la stomatite caractérisée par un liséré gingival, brun violacé, noirâtre, luisant, et des taches de même couleur sur la face interne des lèvres et des joues ; la muqueuse du rebord gingival peut se sphacéler, la muqueuse des taches se sphacèle à son tour, et il en résulte des plaques pulpeuses, grises, entourées d'une mince aréole noirâtre. Cette stomatite a plus d'une analogie avec la stomatite mercurielle ; la salivation est abondante, l'odeur de la bouche fétide ; après la guérison, la coloration persiste fort longtemps, non seulement des semaines, mais des mois.

Les fonctions rénales sont le plus souvent troublées ; l'urine devient noirâtre, laisse se former un précipité de même couleur et contient du bismuth. Fréquemment, en outre, l'urine contient de l'albumine en quantité variable, des éléments épithéliaux et des cylindres, indices d'un certain degré de néphrite.

Enfin il se développe une entérite avec diarrhée.

Pourquoi maintenant le bismuth, anodin lorsqu'on le donne à l'intérieur, devient-il toxique quand on l'introduit dans le tissu musculaire ou sous la peau ? L'explication de ce fait paraît fournie par la vitesse de l'absorption, très-différente dans les deux cas. Dans l'intestin, le bismuth n'est presque pas absorbé et de plus ne séjourne qu'un temps relativement court. Sous la peau, au contraire, ou en présence des surfaces dénudées, il y a continuité de l'absorption du sel, qui ne peut être éliminé comme il l'est dans l'intestin ; de plus, mis en présence d'un liquide riche en albumine, le bismuth forme des combinaisons qui favorisent beaucoup son absorption. Telle est la double explication qu'on peut donner de cette différence d'effets dans l'emploi du sous-nitrate de bismuth.

—*Répertoire de pharmacie.*

**L'acide salicylique dans les aliments et les boissons.**—Les bières, surtout le lager, renferment de 12 à 15 grains par gallon, ou de 1 à 1½ grain par verre ; les vins, de 6 à 8 grains par gallon. Or un homme qui ingurgite de 20 à 25 verres de bière par jour, absorbe de 25 à 37 grains d'acide salicylique. Les conserves alimentaires en contiennent, mais en plus petite quantité généralement. Si l'on se rappelle l'action irritante de l'acide salicylique employé pendant une longue période (dérangements gastriques, irritation et inflammation des reins, etc.), et la dose médicinale (de 10 à 20 grains), on verra qu'il y a de sérieuses objections à opposer à son introduction dans les boissons et les aliments. De plus, l'acide salicylique, tiré aujourd'hui presque exclusivement de l'acide carbolique, contient toujours, à moins d'extrêmes précautions dans sa préparation, des quantités notables de ce dernier. On croit même que la plupart des accidents mortels attribués à

l'acide salicylique, sont dus en réalité à la présence de l'acide phénique. Les autorités devraient donc prohiber l'emploi de l'acide salicylique dans les boissons et les conserves alimentaires; car si l'acide, chimiquement pur, offre moins de danger pour l'adulte en santé, il n'en est plus ainsi pour les vieillards et les sujets affaiblis.—*Medical and Surgical Reporter.*

**Des propriétés toxiques des sels de cuivre.**—La toxicité des sels de cuivre, admise comme un dogme depuis la fin du siècle dernier, a été mise en doute par nombre d'expérimentateurs modernes. On sait avec quel acharnement M. Galippe a essayé d'établir l'innocuité des combinaisons cupriques introduites dans les voies digestives. M. G. H. ROCHER, préparateur de la faculté de Paris, a de nouveau analysé cette question dans la *Revue de Médecine*, et ses expériences ont abouti aux conclusions suivantes :

Les sels de cuivre sont très toxiques quand on les injecte directement dans le torrent circulatoire. Ils ne sont presque pas toxiques quand on les introduit dans le tube digestif; la différence des résultats tient à ce qu'une partie du poison est rejetée par le vomissement, une partie neutralisée dans l'estomac, particulièrement au contact de la glycose, une partie enfin arrêtée et emmagasinée par le foie. Les sels de cuivre amènent des accidents paralytiques suivant, chez les animaux supérieurs, une marche régulièrement ascendante et déterminant la mort par arrêt respiratoire. La contractilité des muscles se perd rapidement, mais il existe des troubles concomitants du système nerveux qui empêchent de considérer le cuivre comme un poison exclusivement musculaire.—*Gazette médicale de Nantes.*

**Dangers de la gélatine dans la nourriture.**—L'usage assez généralement répandu d'adjoindre de la gélatine à certains desserts et à quelques plats sucrés, ne serait pas sans exercer une influence assez pernicieuse sur la santé, si l'on doit s'en rapporter aux conclusions du Dr Bartley dans le *Anti-adulteration Journal*. L'emploi de la gélatine dans les crèmes glacées ou fouettées, dans la charlotte russe ou autres pâtisseries, est loin d'être inoffensif; sans parler même de la substitution que font certains commerçants peu consciencieux, de gélatine de bœuf à la gélatine pure, ce produit est tout particulièrement apte à subir une putréfaction dangereuse, soit par suite de l'humidité, soit aussi par les temps de grande sécheresse. Les germes putrides ne sont pas anéantis, comme on pourrait le croire, par la glace, et les bactéries ne sont pas tuées par les températures même les plus basses, si bien que ces germes retrouvent dans notre corps, après l'ingurgitation de la crème, leur activité nocive, et causent de graves maladies.—*Répertoire de pharmacie.*

**Symptômes et prophylaxie du nicotisme chronique,** par FAVARGER.—Les symptômes du nicotisme chronique ne se montrent généralement pas avant une dizaine d'années, ou même plus, d'usage de tabac fort, et ils se manifestent surtout quand on fume des cigares. On reconnaît quatre types de fumeurs :

1o. Ceux qui avalent la fumée ; la nicotine agit directement sur l'estomac ;

2o. Ceux qui aspirent la fumée et la rejettent, l'action de la nicotine est limitée au pharynx et au larynx ;

3o. Certains fumeurs gardent constamment leur cigare entre les lèvres et avalent avec leur salive une certaine quantité de nicotine ;

4o. Certains fumeurs emploient des porte-cigares qui sont toujours rempli de nicotine.

L'empoisonnement chronique se manifeste par des troubles de la circulation et de la digestion. Les symptômes les plus fréquents sont les palpitations, puis l'asthme cardiaque et plus rarement l'angine de poitrine. L'examen physique du cœur ne donne pas de résultat : cependant il révèle parfois l'existence d'une myocardite chronique ou d'une dégénérescence graisseuse. Parmi les troubles digestifs il faut noter la perte de l'appétit, les douleurs dans la région épigastrique, la diarrhée ou la constipation. Les symptômes nerveux sont l'insomnie et des attaques de syncope.

Comme traitement du nicotisme chronique, Favarger recommande les moyens prophylactiques suivants :

1o. Ne jamais fumer à jeun, mais toujours après le repas. Le nombre de cigares doit être limité ; l'estomac étant plein, la nicotine rencontre comme antidote le tanin que renferment le vin, le thé, le café. D'après Favarger, le tanin est le meilleur contre-poison de la nicotine ;

2o. Le fumeur ne doit pas tenir longtemps son cigare à la bouche ;

3o. Le porte-cigare doit être souvent nettoyé. Il convient d'éviter les cigares trop forts.—*Nouveaux remèdes.*

**La fin de la Kairine.** — Une correspondance d'Allemagne adressée au *Chemist and Druggist*, annonce que la kairine est abandonnée par la maison qui avait lancé ce produit, non seulement on ne la fabrique plus, mais on a même " je suis autorisé à le dire (ajoute le correspondant) " refusé des ordres qui étaient venus. Cela prouve que cet antipyrétique n'a pas justifié, dans la pratique, les réclames dont il avait été le prétexte.—*Union pharmaceutique.*

## FORMULAIRE.

### Dentition.—*Quincerat.*

P.—Tannin .....	2 drachmes
Teinture d'iode.....	75 gouttes
Iodure de potassium.....	15 grains
Teinture de myrrhe... ..	6¼ onces

M.—En mettre une cuillerée à thé ou une cuillerée à soupe dans un verre d'eau et appliquer sur les gencives le matin et après la tétée.—*Maryland Medical Journal.*

### Rhumatisme aigu.—

P.—Huile de gaulthérie.....	2 drachmes
Mucilage.....	2 onces
Glycérine.....	} aa 1 once
Eau.....	

M.—*Dose* : Une ou deux cuillerées à thé au besoin — *World's Medical Review.*

### Rachitisme.—*Canali.*

P.—Phosphore .....	¼ grain
Huiles d'amandes douces.....	1 once
Gomme arabique en poudre.....	} aa 1 "
Sucre de canne .....	
Eau distillée.....	1½ "

M.—*Dose* : Deux ou trois cuillerées à thé par jour.—*Revue internationale des sciences médicales.*

### Diabète avec tendance au coma.—*Stadelmann.*

P.—Acide citrique .....	2 drachmes
Carbonate de soude.....	4½ "
Glycérine .....	5 "
Eau distillée.....	37½ "
Essence de menthe poivrée.....	3 gouttes

M.—A prendre 2 ou 3 fois dans les vingt-quatre heures.—*Maryland Medical Journal.*

**Blemorrhagie chronique.**—*Unna.*

P.—Beurre de cacao.....	100 parties
Cire jaune.....	5 “
Nitrate d'argent.....	1 “
Baume du Pérou.....	2 “

M. S. A.—Enduire une sonde en étain de cette préparation et l'introduire dans l'urèthre. Si après 3 ou 4 applications il n'y a point d'amélioration, on attend quelques jours pour recommencer.  
—*Revue internationale des sciences médicales.*

**Dysménorrhée.**—*Calvin.*

P.—Teinture de gelsémium.....	} àâ 2 drachmes
“ “ camphre.....	
“ d'opium déodorisée.....	

M.—*Dose* : 30 gouttes toutes les deux heures à effet.

**Dysménorrhée.**—*Bartholow.*

P.—Extrait de stramoine.....	} àâ 6 grains
“ “ jusquiame.....	
“ d'opium.....	

M.—Faire 12 pilules.

*Dose* : Une pilule toutes les 3, 4 ou 6 heures.

**Gale.**—*Kaposi.*

P.—Naphтол.....	15 parties
Savon vert.....	50 “
Craie blanche pulvérisée.....	10 “
Axonge.....	100 “

M. S. A.—Frictionner une seule fois les parties malades, puis les saupoudrer d'amidon.—*Revue internat. des sc. médicales.*

**Erysipèle.**—*Fothergill.*

P.—Acétate de plomb.....	10 grains
Teinture d'opium.....	4 drachmes
Eau.....	20 onces

M.—Appliquer sur de la charpie et recouvrir d'une soie huilée.  
—*Leonard's Medical Journal.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, MARS 1888.

## Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui renvoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

## La maladie du prince héritier d'Allemagne.

Si nous n'avons pas encore entretenu nos lecteurs de ce sujet désormais fameux, ce n'est pas que l'occasion nous ait manqué. Nous avons seulement voulu attendre qu'un diagnostic à peu près précis eût été porté sur la maladie, et que la nature de celle-ci eût été discutée dans les journaux scientifiques. Voici quelle a été, en résumé, d'après l'*Allegmeine Medinitzch Central Zeitung*, la marche de l'affection dont souffre le Kronprinz.

Déjà, dans l'hiver de 1886, le prince impérial souffrit d'un enrouement qui résista à l'emploi des moyens ordinaires, sans qu'un examen laryngoscopique, pratiqué à cette époque, eût pu signaler rien de particulier. Un peu plus tard, on découvrit dans le larynx une petite tumeur qui fut enlevée au moyen de l'anest-

caustique. Malheureusement il y eut récurrence, puis emploi du même moyen, après quoi le prince fut envoyé à Ems pour une cure définitive. Cette récurrence, redoutée par les médecins traitants, donna l'idée de la malignité de la tumeur, et après une consultation entre les docteurs Wegner, Schröder, Gerhardt, Bergmann et Tobald, une opération immédiate, la fissure du larynx, fut conseillée. La nature carcinomateuse de l'affection était donc déjà reconnue unanimement par ces cinq médecins. Mais au moment où l'on allait opérer, M. le professeur Bergmann demanda la réunion des spécialistes célèbres de toutes les nations, qui devaient donner une sorte d'avis suprême. MM. les professeurs Rauchfuss, de Saint-Petersbourg, Stoerck, de Vienne, et Mackenzie, de Londres, furent mandés.

À cette consultation générale, le diagnostic de la maladie et le mode de traitement suggéré par les spécialistes allemands furent approuvés par tous les médecins consultants, sauf le docteur Mackenzie qui, loin de se rendre à leur opinion, déclara que la tumeur existant dans le larynx du prince n'était point de nature carcinomateuse, et exprima le désir que le diagnostic définitif et la conduite à tenir ne fussent arrêtés qu'à la suite de l'examen anatomopathologique, par M. Virchow, d'un fragment de la tumeur à enlever.

Encore que les autres médecins ne pussent approuver la nécessité d'un examen, ils ne pouvaient, dans les circonstances actuelles, résister directement à la proposition de M. Mackenzie, bien qu'ils fussent décidés à conserver leur opinion, quelque fût le résultat de l'examen de M. Virchow. Ce résultat fut bientôt connu : M. Virchow, après examen de deux ou trois fragments de la tumeur, déclara très positivement qu'on avait affaire à un simple papillome, ou, si l'on préfère, à une verrue de la muqueuse laryngée (*pachydermia verrucosa*), et nullement à une affection cancéreuse. Cependant, les médecins allemands persistèrent dans leur projet d'intervention (fissure du larynx), même alors que M. Mackenzie, en se basant sur le rapport de M. Virchow, eût proposé une extirpation intra-laryngée, capable, d'après sa promesse, de débarrasser l'illustre malade.

Le prince eût donc à choisir entre les spécialistes allemands qui, opinant pour le cancer, conseillaient la section du cartilage thyroïde qu'ils considéraient comme étant le moyen le plus approprié de parvenir à l'extirpation du néoplasme, et M. Morell Mackenzie qui, rejetant, avec Virchow, toute idée de cancer, penchait pour l'extirpation intra-laryngée totale.

Le choix tomba sur M. Mackenzie qui entreprit le traitement ultérieur du prince, non à Berlin, mais en Angleterre d'abord, puis en Écosse, à Toblach, Borono, et enfin à San-Remo, sans que, depuis la fin d'août jusqu'à la fin de novembre, aucun spécialiste allemand l'eût examiné. Le traitement de M. Mackenzie consista

surtout dans l'ablation intra-laryngée du néoplasme, au fur et à mesure que celui-ci se reproduisait. Quatre ou cinq excisions furent ainsi faites, qui n'empêchèrent cependant pas la néoplasme de proliférer et de s'étendre à la presque totalité de la cavité thyroïdienne. Ce fut alors qu'une nouvelle consultation eut lieu à San-Remo, à laquelle prirent part MM. les professeurs Schroetter (de Vienne), sur le désir du prince, le docteur Krause (de Berlin) sur le désir de M. Muckenzie et le docteur Schmidt (de Francfort sur-le-Mein) sur le désir de l'empereur. Malheureusement, le jour même de la consultation, un violent œdème du larynx et du voisinage se produisit au point de rendre la trachéotomie imminente. Puis, l'œdème disparu, l'examen commun amena cette conclusion attristante que, comme MM. Bergmann, Gerhardt et Tobald l'avaient déjà constaté en mai, la maladie du prince était de nature cancéreuse.

Que faire ? On conclua à l'extirpation totale du larynx. C'était là en effet la seule opération praticable dans les circonstances, attendu que le moment favorable pour la fissure du larynx était irrévocablement passé, mais le prince s'est, ju-qu'à l'heure où nous écrivons ces lignes, opposé à toute intervention de ce genre. Tout dernièrement, un sérieux accès de suffocation, dû à un œdème du larynx, rendit nécessaire l'opération de la trachéotomie qui fut pratiquée avec succès et eut pour effet de conjurer le danger.

Quelle sera l'issue de ce cas ? Une intervention chirurgicale est-elle encore possible ? N'a-t-on pas déjà attendu trop longtemps ? Si l'on opère, ce qui semble peu probable, fera-t-on une ablation totale ou une extirpation partielle du larynx ? Tous les yeux sont en ce moment tournés vers San-Remo, et l'on suit avec anxiété les péripéties de ce drame dont le dénouement, si nous nous en tenons aux données les plus élémentaires de la science, ne saurait être douteux.

### Question d'honoraires.

L'espèce humaine, a dit quelqu'un, peut se diviser en deux catégories : ceux qui exploitent et ceux qui se laissent exploiter. Depuis longtemps, nous le savons, il est convenu que les médecins appartiennent à la deuxième de ces catégories, d'abord par le fait du peu de soin que beaucoup d'entre eux mettent à percevoir leurs honoraires, ensuite en vertu de cet autre fait que ceux qui réclament leurs services ne semblent connaître ni la valeur, ni l'importance des soins qui leur sont prodigués.

D'un côté, on nous paie volontiers d'ingratitude, et de l'autre, nous semblons nous contenter de celle-ci et la prenons, non moins volontiers, pour monnaie courante. En d'autres termes, ce n'est

pas au client seul que nous devons nous en prendre si nous sommes insuffisamment rétribués, mais bien aussi à nous-mêmes qui professons, parfois, tant d'insouciance quand il s'agit de la perception de nos honoraires, et qui ne prenons pas toujours les moyens de nous les assurer.

Nous constatons tout d'abord que l'absence presque absolue d'entente entre les médecins est une des principales causes du mal dont nous parlons. Si nous nous entendions à l'amiable pour adopter un tarif uniforme, avec promesse formelle de ne pas nous en écarter, si la médecine *au rabais*, en un mot, était sévèrement proscrite du milieu de nous; si nous avions soin de ne pas nous escamoter mutuellement nos clients; si, appelés auprès d'un malade naguère traité par un confrère, nous avions le bon esprit d'exiger que les honoraires dûs à ce ci-ci lui fussent payés au préalable; si enfin nous observions, à l'égard les uns des autres, les règles d'une véritable *protection mutuelle*, le client serait, croyons nous, moins tenté de nous refuser notre dû; en outre il nous respecterait et nous craindrait davantage, ce qui ne serait pas de trop. Nos confrères du Barreau, qui savent si bien s'entendre quand il s'agit de prendre les intérêts de la veuve et de l'orphelin, nous donnent à ce propos un exemple dont nous pourrions faire notre profit.

L'absence d'un tarif légal est aussi une des causes de notre pénurie. Sur quelle base pouvons-nous appuyer nos demandes d'honoraires si nous n'avons pas un tarif qui les sanctionne? On nous en avait donné un il y a quelques années, mais le caprice parlementaire nous l'enleva au moment précis où nous commencions à croire que nos plus mauvais jours étaient passés. Depuis, nulle tentative n'a été faite pour le remplacer par un autre, et nous avons été livrés à l'arbitraire du premier magistrat venu. En général, on le sait, les juges ne sont pas tendres envers les médecins qui réclament leur dû.

Mais même en supposant que nous eussions un tarif, encore faudrait-il l'appliquer, et, pour ce faire, voir de plus près à ce que nous appelons la *collection*. D'une façon ou d'une autre, habituons le client à payer chaque année ou même plus souvent encore, suivant le cas. Une fois habitué à la chose, il ne songera pas à s'en plaindre. Quant au client qui prendrait le procédé à cœur et ferait plus que se laisser tirer l'oreille pour payer, nous ne devrions pas le regretter s'il nous quittait tout-à-fait. Il appartient à cette classe de malade qui s'accommodent d'un médecin tant que celui-ci n'aborde pas la question des honoraires, mais qui sont tout prêts à lui tirer leur révérence si cette question vient sur le tapis, et qui, alors, vont s'adresser au confrère voisin, sauf à laisser ce dernier quand la note sera présentée. Ici encore il faudrait qu'il y eût entente parfaite entre les médecins; ce serait le seul moyen de nous débarrasser des *oiseaux de passage* qui vont d'un médecin à l'autre et dont le moindre souci est de payer les consultations qu'il demandent.

A plusieurs reprises on a tenté de publier un *livre noir* dans lequel étaient inscrits les noms des clients douteux ou positivement mauvais. Ces sortes d'entreprises n'ont pas réussi, attendu que ceux qui s'en étaient chargés ont trop cherché avant tout à y faire un profit pécuniaire. L'idée a du bon, cependant, et celui qui réussirait à publier et offrir à la profession, au prix de un à trois dollars, un *livre noir* convenablement fait et renfermant tous les renseignements désirables, nous rendrait un réel service. Il est bien entendu qu'il ne peut être question, dans ce dernier cas, que de la profession médicale exerçant dans les grands centres où la population, très dense, est plus ou moins flottante. A la campagne, le médecin peut plus facilement mettre la main sur ses clients et leur faire rendre gorge au besoin.

Les idées que nous venons d'émettre ainsi, au fil de la plume, nous les livrons à l'examen de la profession en priant nos lecteurs de nous faire connaître leur manière de voir au sujet d'une question qui intéresse à un si haut degré tout le corps médical.

### Notre Journal.

---

Au cours de sa correspondance publiée dans notre numéro de février, M. le docteur BROUSSEAU décerne à la rédaction de L'UNION MÉDICALE DU CANADA, des éloges dont nous ne prenons notre part qu'en toute humilité, et pour le plus grand honneur du journal que nous dirigeons. C'est également cette dernière considération qui nous a engagé à donner à la lettre de notre ami une publicité dont on ne saurait nous savoir mauvais gré, laissant nos lecteurs et abonnés juges du mérite de notre œuvre et de nos travaux.

L'entreprise de fonder un journal comme le nôtre n'a pas été petite. Celle de le conduire sain et sauf jusqu'à cet âge heureux où l'on voit tout en rose et où la vie est si belle—*sweet seventen*—a également eu ses difficultés, et ceux qui ont passé à la rédaction avant nous en ont peut-être connu les plus mauvais jours. Aujourd'hui la tâche est un peu plus facile, et elle l'est d'autant plus que nous sommes mieux secondés par de laborieux collaborateurs; nous ajouterons volontiers qu'elle n'en est pas plus rémunératoire pour tout cela. Mais si, à la rédaction de L'UNION MÉDICALE, on a, de tout temps, travaillé pour la gloire seulement, nos collaborateurs eux, n'ont travaillé que pour la science et pour le plus grand bien de la profession. C'est aussi au nom de la science et au nom des intérêts professionnels que nous leur demandons de vouloir bien continuer à venir nous aider dans nos labeurs. Comme l'a fait remarquer M. le docteur BROUSSEAU, que de sujets peuvent être

traités convenablement avec un peu d'étude et de travail ; c'est dans un journal de médecine que doivent être exposés les résultats de l'expérience, etc.

Nous le répétons, les colonnes de l'UNION MÉDICALE sont ouvertes à tous ceux qui se sentent en état de tenir une plume et qui désirent communiquer à leurs confrères les observations scientifiques recueillies dans la pratique de tous les jours. Beaucoup n'ont à vaincre qu'un peu de timidité ; un certain nombre invoqueraient peut-être le manque d'habitude, mais ce ne sont pas là des obstacles insurmontables, et avec du bon vouloir et le désir d'être utile, il devient facile de réussir.

Nous nous permettons donc d'espérer que les bonnes paroles de M. le docteur BROSSÉAD ont réveillé l'apathie et l'indifférence de tous ceux qui, pouvant faire mieux, nous ont cependant négligés jusqu'à aujourd'hui, et que son exemple généreux aura de nombreux imitateurs.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

DELORME.—*Traité de chirurgie de guerre.*—M. Delorme, professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre au Val-de-Grâce, vient de publier, chez l'éditeur Félix Alcan, le premier volume d'un important *Traité de chirurgie de guerre.*

Ce livre commence par une introduction développée dans laquelle l'auteur tout en rappelant l'action exercée par les chirurgiens militaires français sur les progrès de la chirurgie en général et de la chirurgie d'armée en particulier, montre en outre les causes persistantes et multiples qui, à la guerre, influencent le résultat des traitements et les modifient souvent d'une façon profonde.

Après une description très détaillée des *projectiles* actuellement en usage, tant dans l'armée française que dans les autres armées de l'Europe, et l'analyse des causes qui en modifient la puissance vulnérante, M. Delorme aborde l'histoire générale des *plaies des parties molles* et de leurs complications immédiates et secondaires.

L'auteur annonce, pour la fin de l'année, le second volume qui complètera l'ouvrage et dans lequel il traitera les *traumatismes des os* et les *lésions des articulations*, et terminera par l'exposé du *fonctionnement de la chirurgie militaire en campagne.*

Le premier tome forme un beau volume in-8 de près de 700 pages, avec de nombreuses figures dans le texte, et une planche en chromo-lithographie. Prix 16 fr., Félix Alcan, éditeur.

TROISFONTAINES.—*Manuel d'antisepsie chirurgicale*, par le Dr. Paul Troisfontaines, in-octavo 260 pages. Prix 3 francs. Paris, G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, 1888.

**Annals of Surgery.**—Les “*Annales de chirurgie*,” le seul journal anglais consacré exclusivement à la chirurgie, vient d’entrer dans sa quatrième année de publication.

Les Drs L. S. PILCHER, de Brooklyn, N. Y., et C. B. KEETLEY, de Londres, Angleterre, en sont les rédacteurs-en-chef, et ont pour collaborateurs tous les chirurgiens éminents de ce pays et de l’Europe; c’est là la meilleure garantie du mérite littéraire du journal. Nous sollicitons, pour les “*Annales*,” la coopération de tous les membres de la profession qui s’intéressent aux progrès de la chirurgie.

J. H. Chambers & Co., de St. Louis, Mo., en sont les éditeurs, et méritent des éloges pour avoir entrepris la publication d’un journal aussi important, et pour la manière artistique dont ils s’acquittent de leur tâche.

**La Mère et l’Enfant.**—Journal illustré d’hygiène de la première et de la seconde enfance.—Rédacteur en chef: Docteur Th. CARADEC.

Sommaire du No. 2.—Février 1888.—4<sup>me</sup> année.—*Causerie du Docteur: L’Hygiène dentaire chez les enfants*, par le docteur Caradec. — *Médecine maternelle: Les calmants chez les femmes et les enfants*, par le docteur Caradec.—*Hygiène maternelle: L’hygiène d’une femme comme il faut*, par T. C. — *Notes et impressions*, par le docteur Caradec.—*Les enfants gâtés: Comment on se préserve de la variole*, par le docteur G. Lefebvre.—*Chirurgie maternelle: L’entorse des enfants*, par le docteur G. Lefebvre.—*Variété: Middelkerke*, par Ernestine Van Hasselt.—*Correspondance: Les Noci*, par T. C. —*Chronique*

Abonnements: Départements et Union postale, un an, 6 francs.

Envoi franco d’un numéro spécimen sur demande affranchie.

Administrateur: Mme Joannard, 35, rue Vivienne, Paris.

**Le Monde Illustré.**—Journal hebdomadaire illustré, publié à Montréal, Berthiaume & Sabourin, propriétaires. Bureaux: 30 rue St-Gabriel. Abonnement: Un an, \$3 00; six mois, \$1.50.

Le *Monde Illustré* est le seul journal illustré de langue française publié en Canada. Il a sa place toute trouvée dans le salon d’attente de tout médecin.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite de graves désordres, l’Université de Saint-Petersbourg a été fermée pour près d’un mois.

Le *Journal of Reconstructives* vient de changer son nom pour celui de *Dietetic Gazette*, et se présente avec une toilette neuve qui lui va on ne peut mieux.

La Faculté de médecine de Paris a désigné M. STRAUS, en première ligne, comme remplaçant de feu M. VULPIAN, à la chaire de pathologie expérimentale.

M. le docteur BERNUTZ, de Paris, décédé récemment, a légué une somme de cent mille francs à l'hôpital de la ville de Sédan, où son père avait été médecin, sous la clause expresse que le service continuerait à y être fait par des religieuses.

Il vient de se fonder, à Paris, une société médicale dite " Société de stomatologie." Elle a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. M. le docteur MAGITOT en a été élu le premier président.

Un incendie s'est déclaré, le 6 février, à l'École de médecine de Paris. Le feu, occasionné par un calorifère surchauffé, s'est communiqué au matériel du grand amphithéâtre qui a été aux deux tiers détruit. Les cours ont été suspendus dans cet amphithéâtre, pendant plusieurs jours.

C'est par erreur que nous avons annoncé, dans notre avant dernière livraison, que l'ouvrage de M. le docteur S. LACHAPELLE avait été adopté, comme livre de récompense, pour les écoles et lycées. La vérité est que le Conseil d'hygiène de la province ayant décidé de demander au Conseil de l'Instruction publique que l'hygiène soit enseignée dans les écoles et collèges, M. le docteur S. Lachapelle a été chargé de préparer un traité élémentaire d'hygiène devant remplir ce but, et sujet à l'approbation du Conseil de l'Instruction publique. Ce dernier devra se réunir en mai prochain, à Québec, et donnera alors sa décision tant sur l'opportunité du nouveau cours que sur le choix de l'auteur.

**Nécrologie.**—A Londres, Arthur FARRE, M. D., F. R. S., chirurgien-accoucheur de Son Altesse Royale la Princesse de Galles.—A Paris, M. le docteur Achille F VILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance, médecin aliéniste distingué.—A Cambridge, Mass., M. Asa GRAY, professeur de botanique à l'Université de Harvard.

**Congrès allemands de chirurgie et de médecine interne.**—Le dix-septième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 4 au 7 avril prochain.

La veille au soir, 3 avril, la Société allemande de chirurgie et la Société de médecine berlinoise tiendront une séance commune pour célébrer l'anniversaire de la mort du président d'honneur de la Société, B. de Langenbeck.

Le septième Congrès de médecine interne se tiendra à Wiesbaden, du 9 au 12 avril prochain, sous la présidence de M. le professeur Leube (de Würzbourg).

Voici les trois questions à l'ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Les maladies chroniques du myocarde et leur traitement ;
- 2<sup>o</sup> L'alcool considéré comme un médicament ;
- 3<sup>o</sup> La prophylaxie et le traitement du choléra asiatique.

**Congrès français de chirurgie.**—La troisième session du Congrès Français de Chirurgie se tiendra du 12 au 17 Mars 1883, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M le Professeur VERNEUIL.

#### QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses)

II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévand et d'Estlander), indications, contre indications et résultats définitifs

IV. De la récurrence des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.

**Une vaccination au Harem.**—L'*Indian Medical Gazette* du mois de juin rapporte que 150 femmes du sérail du sultan à Constantinople viennent d'être vaccinées. L'opération eut lieu dans une vaste salle, sous la surveillance de deux gigantesques eunuques. Le médecin italien qui fut chargé de ce soin fut placé devant un large paravent au milieu duquel on avait percé un trou juste suffisant pour laisser passer un bras. C'est ainsi que le vaccinateur vit passer rapidement sous ses yeux, une série de bras de couleur et d'apparence très variable. Il lui était naturellement impossible d'apercevoir ses patientes ; mais pour éviter même la possibilité d'un regard indiscret à travers l'ouverture du paravent, les deux eunuques lui recouvraient la face d'un voile épais dès qu'il avait terminé ses piqûres sur un bras et ne l'enlevait qu'après l'apparition d'un nouveau bras à travers l'écran protecteur.

---

#### NAISSANCE.

GAUTHIER.—A Montréal, le 19 février, la femme du docteur J. D. Gauthier, un fils.

---

#### DÉCÈS.

BOLDUC.—A Beauport, le 9 février, Dame Marie Eugénie Lavoie, épouse du docteur J. B. Bolduc.