

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- 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.

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## De la lithotritie ;

par le Dr O. F. MEROZEE, (de Montréal, Canada).

La lithotritie, depuis Bigelow, a pris sur la taille un rang indiscutablement supérieur. L'évacuation a fait de cette opération une intervention bénigne dans la plupart des cas. Les séances de broiement, courtes et répétées, à cause des débris de calculs laissés dans une vessie souvent antérieurement enflammée, avaient causé tant d'accidents et de déboires, que cette opération, dont la supériorité est aujourd'hui presque universellement admise, faillit être complètement délaissée. Le chloroforme, la litholapaxie, lui ont donné de nouveaux pronostics, puis est venue l'antisepsie qui lui fut d'abord préjudiciable en rendant la taille plus bénigne, mais qui, depuis, a achevé de lui compléter son entière supériorité.

Le Prof. Guyon a fait subir à l'opération de Bigelow de nombreuses modifications. Il lui a appliqué les différentes règles de l'antisepsie. L'aspirateur, les sondes, les lithotriteurs dont il se sert ne sont pas ceux de Bigelow ; non seulement il broie le calcul, mais il le pulvérise, et ajoute, en nombre de cas, les lavages à l'aspiration.

Je ne veux pas insister ici sur tous les temps de cette opération qui sont connus de tous, je désire seulement rappeler quelques points importants sur lesquels l'éminent chirurgien de Necker attire souvent notre attention.

L'antisepsie doit être pratiquée dans ses plus minutieux détails. Les instruments métalliques sont bouillis ou stérilisés à l'étuve, puis placés dans un liquide antiseptique ou dans de l'eau bouillie. Les sondes sont tenues dans une solution de sublimé. Le pubis, le haut des cuisses, les bourses, la verge et le gland sont lavés au savon, puis au sublimé au 1/2000. Le canal de l'urèthre sera aussi préalablement lavé avec une solution antiseptique, (acide borique 5 o/o) que l'on injecte avec une grosse seringue, en n'enfonçant pas trop l'embout dans le méat, de manière à permettre au liquide de refluer au dehors ; alors, les parties environnant la verge seront recouvertes de compresses antiseptiques et stérilisées. Le chirurgien introduit aussitôt une sonde béquille, par laquelle sont faits les lavages de la vessie. Le Prof. Guyon insiste beaucoup dans ses cliniques sur la quantité de liquide qu'on ne doit pas craindre d'injecter pour pratiquer ces lavages. Il commence par

5 ou 6 seringues d'eau boriquée à 5 0/10, puis une couple de seringues de nitrate d'argent au 1/1000, et reprend l'eau boriquée pour garnir la vessie, car le nitrate d'argent attaque trop fortement les instruments, même nickelés.

Le chirurgien se gardera bien, sous prétexte de se donner un plus large champ opératoire, de trop remplir la vessie, car la douleur que l'on causerait par cette surdistension réveillerait des contractions vésicales des plus nuisibles, car non seulement, au cours de l'opération, la paroi vésicale enserrerait l'instrument, mais aussi dissimulerait les calculs.

Guyon et Thompson ne se servent pas des lithotriteurs de Bigelow, qui sont très puissants, il est vrai, mais beaucoup trop gros. Il est en effet beaucoup plus facile de manier un instrument dont les mors ne sont pas trop longs et dont la tige ne distende pas le canal de l'urètre. Sans doute, ces lithotriteurs peuvent écraser de plus gros calculs, mais cette force est rarement requise; presque toutes les pierres cèdent sous la pression d'un lithotriteur No. 2 à mors fenêtrés; c'est celui-là qu'emploie le plus souvent le Prof. Guyon. La pierre résiste-t-elle, il a recours alors au No. 3, mais, aussitôt qu'elle est démolie, il reprend le No. 2 pour terminer le broiement. Avec un gros instrument, il est facile de saisir un calcul volumineux et de le faire éclater, mais il n'en est pas ainsi lorsqu'il faut agir sur des fragments de calculs ou de petites pierres; non seulement un instrument léger se manœuvre alors plus facilement, mais il permet aussi de percevoir beaucoup plus exactement les sensations du tact.

Après l'aspiration, Guyon réintroduit presque toujours un lithotriteur dans la vessie, afin de bien s'assurer qu'il n'y reste plus rien; c'est un mors plat qu'il faut à ce moment employer; avec lui, on est moins exposé à saisir la paroi vésicale, chose assez difficile à éviter quand à cette révision il ne reste plus que de tout petits fragments.

Pour saisir la pierre, il est bon de se rappeler qu'on la trouve le plus souvent à droite, dans le bas-fond situé en arrière de la vessie. C'est là que doivent d'abord se porter les recherches du chirurgien, puis, si le calcul n'y est pas, il faut retourner les mors de l'instrument et chercher dans le même bas fond à gauche. Il peut aussi être bon, lorsqu'on éprouve une certaine difficulté à rencontrer le calcul, de secouer le bassin du patient, ces mouvements se communiquent au liquide vésical qui s'agite; il déplace la pierre, que l'on peut alors saisir plus facilement. Il faut agir méthodiquement et ne pas aller chercher à saisir le calcul par de nombreuses prises faites à tout hasard; cherchez-le d'abord, ce n'est que lorsque vous l'aurez mis en contact avec votre instrument que vous écarterez les mors. Rappelez-vous aussi que les débris du calcul restent généralement à l'endroit de la vessie où on a fait éclater ce dernier. Guyon l'a souvent répété: "pour bien faire la lithotritie,

“ trois qualités sont surtout nécessaires : sang-froid, patience et jugement.” L’habileté, dit-il, vient ensuite.

Lorsqu’on tient le calcul, il faut, avant de fermer l’écrrou, imprimer au lithotriteur de légers mouvements de va-et-vient et de rotation, afin de bien s’assurer qu’on ne tient pas la paroi vésicale ; si, tout en maintenant ce que l’on suppose être le calcul, ces mouvements sont possibles, on peut en toute sécurité fermer l’écrrou, tourner le volant et broyer. Quelques tours suffisent, car on ne devra chercher à vider les mors des lithotriteurs qu’à la fin de la séance, alors qu’on est pour retirer l’instrument ; des débris de calculs, tirés à l’extérieur avec le lithotriteur, pourraient blesser le canal urétral. Quelques petits coups secs de marteau et quelques tours forcés du volant suffisent à remplir cette indication.

Lorsqu’on retire le lithotriteur, il faut bien faire attention à ce que la vessie soit complètement passive ; il faut que le malade soit profondément endormi, autrement si une contraction survenait, elle chasserait avec le liquide des débris de calculs qui pourraient être bien difficiles à déloger de l’urètre.

Pour l’aspiration, le Prof. Guyon se sert de sondes argentées courbes et à deux yeux latéralement situés. De nombreuses expériences, faites par M. Desnos, ont démontré qu’avec ces sondes à deux yeux, on produisait un courant plus rapide, plus apte à déterminer le soulèvement et l’entraînement des débris de calculs. L’avantage de la courbure, à part la plus facile introduction, est qu’en tournant le bec de ces sondes, on les promène de tous côtés dans la vessie, et qu’on peut ainsi toujours les mettre le plus près possible des fragments.

Ces sondes évacuatrices ne sont pas non plus aussi grosses que celles de Bigelow. Le chirurgien américain ne pousse pas le broiement jusqu’à ses dernières limites ; il fragmente le calcul. Guyon et Thompson le pulvérisent, aussi se servent-ils tous deux de sondes moins volumineuses. Chacun sait que lors de sa découverte, Bigelow avait voulu changer le nom de lithotritie en celui de litholapaxie : pour lui, l’aspiration est la chose principale ; il n’en est pas ainsi pour l’éminent chirurgien de Necker, qui, lui, pousse la lithotritie jusqu’à ses limites extrêmes, et c’est à ce propos qu’il a dit : “ l’évacuation c’est le broiement.” Les séances n’en sont pas plus prolongées, car ici pas de réintroductions répétées de lithotriteurs et de sondes. Le broiement se fait complet après une seule introduction, et rarement après une évacuation faut il revenir de nouveau au brise-pierre et à l’aspirateur. Aussi vingt à trente minutes suffisent dans la grande majorité des cas pour broyer un calcul même assez volumineux. Les prises sont très nombreuses, mais faites rapidement ; j’ai vu le Prof. Guyon en faire jusqu’à vingt-trois en une minute ; il est vrai que les chirurgiens qui peuvent déployer une aussi grande dextérité sont rares. Néanmoins, poursuivez sans arrêt, sans sortie de l’instrument, la cap-

ture du calcul et son écrasement, jusqu'à ce qu'il soit réduit en poussière, vous gagnerez ainsi le temps qu'exigeraient les réintroductions successives du lithotriteur et de la sonde évacuatrice, et vous éviterez de plus les frottements, les éraillures, les traumatismes du canal.

Pour peu que la vessie se contracte, il faut faire précéder l'aspiration par des lavages, qui seuls peuvent déjà évacuer une grande partie des débris. C'est par la sonde de l'aspirateur que se font ces lavages, à l'aide d'une grosse seringue dont on a enlevé le petit embout pour que le liquide s'échappe plus facilement. Il est bon de se servir d'eau boriquée pour les premières seringues, et de nitrate d'argent à 1/1000 pour les deux dernières. L'aspiration est faite dans le nitrate d'argent; c'est pour cette raison que les sondes et les parties métalliques de l'aspirateur Guyon sont argentées.

On reconnaîtra qu'il reste encore quelques fragments, par les chiquetés que produisent les débris de calculs, qui attirés par le courant, viennent frapper sur le bec de la sonde où ils ne peuvent s'introduire.

La vérification avec le brise pierre à mors plat suffit le plus ordinairement à débarrasser complètement la vessie.

On fixe alors une sonde à demeure, que le chirurgien laissera en place le temps qu'il jugera à propos, suivant les circonstances.

La chloroformisation a une très grande importance. Lorsqu'on aura à opérer dans certaines vessies douloureuses se contractant fortement et contenant un gros calcul, il faudra pousser le chloroforme à ses limites. Le Prof. Guyon l'accompagne toujours d'une piqûre de morphine. Pour d'autres malades, à vessie saine, non douloureuse, le chloroforme à la reine suffit amplement, pourvu que la séance ne doive pas trop se prolonger.

\* \* \*

Il ne faudrait pas prôner la lithotritie à tort et à travers, chez tous les calculeux et contre tous les calculs; les méthodes les plus parfaites n'ont que leurs indications, dont le cadre, il est vrai, comparativement aux autres méthodes, est plus étendu. Il en est ainsi de la lithotritie; ses indications sont beaucoup plus nombreuses, mais elle a cependant ses contre indications.

Guyon a dit lui-même que les lésions rénales ne constituent pas une contre indication absolue à la lithotritie. "Elles la rendent, dit-il, incertaine dans ses résultats, mais toute périlleuse qu'elle soit, l'intervention s'impose au malade et au chirurgien. L'un a le devoir de se soumettre, et l'autre l'obligation d'agir. Les bénéfices d'opérations faites dans ces conditions peuvent être très grands, si la vessie est débarrassée. Aussi bien après la lithotritie qu'après la taille, nous avons vu cesser des menaces

“souvent fort graves, et le retour à la santé faire place à l'état le plus précaire.”

“Le débarras de la vessie a une influence manifeste sur la marche des lésions rénales, et cette influence peut aussi heureusement s'exercer par la lithotritie que par la taille, mais il ne faut pas oublier qu'elle s'exerce d'autant mieux que l'opération a déterminé le moindre traumatisme. C'est pour cela que dans ces cas la lithotritie restera supérieure à la taille.”

Ainsi donc, le Prof. Guyon ne reconnaît pas la lithotritie plus dangereuse que la taille, même au cas de lésions rénales, car pour lui, le traumatisme est tout, et le traumatisme que cause une lithotritie bien faite est sûrement moindre que celui, même fait par la taille la plus simple, l'hypogastrique, et la mieux exécutée. Nombre de malades calculeux, opérés au cours de manifestations de lésions rénales graves, se sont des mieux tirés du broiement de leur calcul. J'ai vu trois ou quatre fois M. Guyon opérer devant nous à Necker des calculeux accusant de l'hyperthermie. La lithotritie dans ces cas peut même parfois être indiquée. Débarrasser la vessie d'un patient ayant de la cystite et de la néphrite ascendante, c'est enlever la cause première; la vessie s'améliorant sous la cessation de l'irritation continue produite par le calcul, le rein, qui tient d'elle son état pathologique, ne peut lui aussi que s'améliorer. Dans ces cas de pyélonéphrite, il faut cependant être de la plus grande prudence si l'on veut intervenir. Il faut savoir préparer son malade, et surtout il faut choisir le bon moment. Si le malade a des accès de fièvre, il est absolument nécessaire pour agir que la poussée aiguë de néphrite soit calmée. Les lavages antiseptiques de la vessie, si elle n'est pas trop douloureuse, ont ici leurs indications. Le salol à l'intérieur pourra aussi rendre des services, en aseptisant les urines dès leur passage à travers le filtre rénal.

Dans ces cas le pronostic reste bien entendu toujours réservé; mais je le répète, Guyon nous l'enseigne, la lithotritie même dans ces cas est moins grave que la taille, car moins qu'elle elle traumatise la vessie. Ce qui aggravait tellement le pronostic chez les opérés par lithotritie à séances courtes et répétées, surtout lorsqu'ils étaient atteints de lésions rénales, c'étaient les débris de calculs laissés en place et qui irritaient encore davantage et pour plusieurs jours cet appareil urinaire déjà si délabré. Aussi c'est surtout chez ces malades qu'il faut tout enlever du premier coup et ne rien laisser dans leur vessie.

Si la pyélonéphrite ne constitue pas une contre-indication formelle à l'opération, mais seulement une contre-indication temporaire pendant sa période aiguë, il n'en est pas ainsi du mal de Bright. Ici la contre-indication est absolue.

La glycosurie demande aussi que l'on prépare le malade par un traitement convenable, mais elle ne contre-indique pas non plus

la lithotritie. Le Prof. Guyon a opéré heureusement par la lithotritie plusieurs diabétiques.

La cystite, qui ne contre-indique généralement pas la lithotritie, peut cependant, sous certaines de ses formes, engager le chirurgien à préférer plutôt la taille. En effet, dans certaines vessies douloureuses, à parois épaissies et ne se laissant pas distendre, surtout si, grâce à sa disposition en cellules, on a affaire à un calcul enchâtonné, il serait très difficile et dangereux de pratiquer la lithotritie; la taille serait ici préférable; le calcul enlevé, elle laisserait à la vessie un repos de quelques semaines qui lui serait des plus avantageux.

Une autre question se présente, celle des rétrécissements de l'urèthre et de l'hypertrophie prostatique. Disons de suite que cette dernière condition ne saurait devenir contre-indication qu'au cas où elle serait un obstacle absolu à l'introduction des instruments. Les rétrécissements doivent nécessairement être dilatés ou sectionnés avant l'opération. Certains chirurgiens pratiquent l'uréthrotomie interne immédiatement avant de commencer la séance de broiement. Il est, nous croyons, préférable de suivre en pareille circonstance, la pratique du Prof. Guyon, et de ne faire la lithotritie que quelques temps après avoir incisé le rétrécissement. Rappelons-nous que l'on a signalé certains cas d'infiltration fatale d'urine à la suite de la lithotritie, et que ces manœuvres sur ces urèthres depuis si longtemps malades ne sont pas sans danger. L'on conçoit qu'il peut se rencontrer des cas exceptionnels, il est vrai, où il faudrait plutôt tailler. L'étroitesse du méat n'a aucun inconvénient; on pratique une incision immédiatement avant d'introduire le lithotriteur.

Chez la femme, les indications sont plus restreintes. Les petits calculs peuvent être évacués par l'urèthre, qui se dilate facilement. D'un autre côté, pour les calculs énormes et durs, la taille vésico-vaginale est si bénigne, si simple, qu'il faudrait lui donner la préférence. Cependant tous les calculs de moyenne grosseur et attaquables par les mors du lithotriteur devront être broyés. Le chirurgien devra toutefois se rappeler qu'à l'encontre de ce qu'on serait de prime abord porté à croire, la lithotritie est plus difficile chez la femme que chez l'homme. La brièveté du canal de l'urèthre, son large calibre, font, d'un côté, que la vessie garde plus difficilement le liquide dont on la garnit pour permettre les manœuvres du broiement, et de plus la prostate, que l'on serait porté à considérer comme compliquant l'opération chez l'homme, la simplifie au contraire. En effet, derrière elle la vessie forme un cul-de-sac assez accentué où le calcul a toujours tendance à se tenir, surtout au cours du broiement. Chez la femme au contraire, le fond de la vessie est plus plan, en sorte que les calculs sont plus difficiles à saisir, se plaçant sur une plus large surface. Comme chez l'homme c'est à la méthode rapide qu'il faut recourir, et la vessie doit aussi être évacuée par l'aspiration.

L'âge, pas plus que le sexe, n'est un empêchement formel. Il faut encore ici se rappeler que c'est la lithotritie qui offre en somme le minimum de traumatisme opératoire. Le Prof. Guyon compte des succès chez des malades âgés de 80 à 85 ans, néanmoins il est plus prudent de laisser à un vieillard de cet âge son calcul qu'il tolère généralement bien. D'un autre côté, beaucoup de chirurgiens préfèrent tailler les jeunes. La cystotomie est chez eux plus facile que chez l'adulte, et la lithotritie plus difficile; chez eux, pas de bas-fond pour recevoir le calcul, parois vésicales molles et dépressibles; il faut de plus considérer la difficulté de l'outillage, qui, nécessairement moins résistant, a une action plus limitée sur des pierres résistantes.

Le calcul lui même peut devenir contre indication. Mais il est difficile de fixer une limite numérique au volume et au nombre des calculs justiciables de la lithotritie. Il faut plutôt tenir compte de la dureté que de la grosseur de la pierre. Dans ces cas la lithotritie peut toujours être essayée, toutefois avec prudence. Le chirurgien devra aussi tenir compte de son habileté, car une main habile pourra broyer sans danger, et facilement, un très gros calcul dont le broiement, fait par un chirurgien moins expérimenté, pourrait avoir des suites fatales. Rappelons-nous cependant que c'est ici surtout que le chloroforme, l'antisepsie et la litholapaxie ont de beaucoup étendu le champ des indications opératoires.

Paris, 24 mars 1892.

---

## Corps mobiles articulaires ;

### Cas intéressant d'Arthrophite traumatique ;

par le docteur J. H. L. St-GERMAIN, St-Hyacinthe Que.

---

Sous le titre en premier lieu cité, le no. de février 1892 de "*La Gazette Médicale*" contient un travail de M. le Dr. G. B. Faribault, dont la lecture me remet en mémoire un cas très intéressant de cette nature que j'ai rencontré dans ma pratique et que je me permettrai de relater.

Cette observation est déjà vieille puisqu'elle date de 1868, il y a 24 ans.

N'ayant pas pris de notes sur le champ, ce que je regrette beaucoup aujourd'hui, j'écris de mémoire.

Je pratiquais alors à Stanfold, un jeune homme de cette localité, mu de la louable ambition de s'enrichir, partit de cette localité en



avril 1866 pour tenter fortune au Montana. A cette époque, le terminus des voies ferrées vers le Pacifique était à St Joseph, sur les bords du Mississippi; les grandes voies ferrées trans-continentales n'existaient pas. On prenait les caravanes à St-Joseph, le trajet durait de 70 à 80 jours. Mon jeune ami fit partie d'une de ces caravanes; tout fut bien jusqu'à Fort Laraméo (les Anglais écrivent Laramie, ils ont tort) dans le Wyoming. Rendu à ce fort, 36 jours de marche de Virginia City, terme et but de son voyage, il reçut une *balle* dans le genou droit, de droite à gauche.

Embarqué sur les lourds fourgons ou chariots, il fut transporté à Virginia City, sans aucun secours ou soins, si ce n'est ceux que suggère la charité chrétienne. Rendu à Virginia City, il fut mis sous les soins, plus ou moins intelligents, des chirurgiens du lieu. Il y a 30 ans, les médecins compétents étaient assez rares dans ces régions. Mais trêve de médisance et passons outre.

Notre blessé, élevé à la campagne, était fort et assez vigoureux, le *vis medicatrix naturae*, fit son œuvre, il guérit, au bout de quelques semaines les plaies étaient cicatrisées, il récupéra assez de force pour que ses compatriotes, en nombre relativement assez considérable, se cotisassent et le renvoyassent au pays, où il arriva vers la mi-novembre.

Ayant appris la date de son arrivée à Montréal, je lui écrivis et lui conseillai de consulter certains chirurgiens, notamment un de mes parents et amis qui avait servi comme tel dans l'armée américaine. L'opinion qu'il en reçut fut de laisser faire et d'attendre les événements; puisqu'il prenait du mieux, il était plus sage de ne pas intervenir, la suite donna raison à cette prudente suggestion *conservatrice*, car *petit à petit*, sous un régime convenable et approprié, l'état général s'améliora. Arrivé à Stanfold, misérablement, sur deux béquilles, bientôt après, il en changeait une pour une canne, et bref, au printemps de '67, il pouvait marcher avec une seule canne, sans trop de *usère*, suivant son expression, marchant même trois ou quatre milles par jour, sans trop de fatigue, excepté, *disait-il*, qu'il *sentait* toujours sa balle dans le genou.

Enfin, malheureusement, j'eus la triste satisfaction de constater la présence de la *fameuse balle*; car, ne tenant nullement compte des avis et conseils que je lui donnais, il fit *tant et si mal*, se surmenant de toute façon, que vers août 1867 il fut pris d'une broncho-pneumonie qu'il maltraita et négligea, et qui en définitive se termina en *phthisie galopante* qui l'emporta en mars 1868. Je dois remarquer que déjà un ou deux membres de cette famille avaient été victimes de cette maladie, j'étais jeune alors, au début de ma carrière, au milieu d'une population dont j'ignorais les antécédents, la constitution, les tempéraments, les alliances, etc., connaissances si importantes pour la pratique judicieuse et satisfaisante de la profession médicale.

La famille, aussi anxieuse que moi, me chargea de faire l'autopsie, que je fis avec le concours de deux estimables confrères, non pas tant pour constater la cause de la mort, que pour trouver la balle dans le genou. Constatation faite des lésions pulmonaires, nous ouvrimus le genou où nous trouvâmes non pas une balle de plomb, mais un fragment d'os de la grandeur de l'ongle du pouce environ, et d'une ligne ou une ligne et demie d'épaisseur, logé dans l'espace intercondylien; il était libre, lisse et poli, de même que la cavité qui le contenait. Le condyle externe présentait des traces de fractures ou craques de date relativement peu ancienne et une dépression à l'extrémité. Je le répète, j'écris de mémoire, il est possible qu'il y ait eu d'autres désordres dont je ne me souviens pas.

Maintenant, il se présente une question importante? La balle a-t-elle pénétré dans l'articulation? l'a-t-elle contournée? ou bien a-t-elle été repoussée en dehors par le contrechoque sur le condyle? J'ai toujours cru que cette dernière hypothèse était la juste, tenant compte de la position du blessé lors de l'accident. Il m'a toujours dit que s'étant séparé de la caravane, pour une raison ou pour une autre, il l'avait devancée, et qu'en l'attendant il s'était couché sur le dos, sur un tronc d'arbre, qu'en se levant, les jambes fléchies sur le tronc, il avait été atteint par une balle de carabine.

Il est vrai que cette balle n'a pas été trouvée ni dans ses vêtements ni autour de lui, peut être est-elle tombée dans l'herbe de la prairie, peut être aussi qu'entraînée par la suppuration considérable qui a dû se faire, a-t-elle été perdue en route! Autant de suppositions possibles! Evidemment les chirurgiens de Virginia City et autres, je ne m'exempte pas, ont pris pour une balle le fragment d'os que j'ai trouvé.

Quoiqu'il en soit voici son cas assez intéressant; si vous croyez qu'il en vaille la peine, veuillez lui donner place dans "L'UNION."

St-Hyacinthe, 26 mars 1892.

On parle de Gobseck, un avare à qui il vient d'arriver une drôle d'aventure. Le malheureux a avalé une pièce de vingt francs.

Le docteur a ordonné un vomitif énergique.

—Je le connais, murmure Mme Gobseck. On pourra faire ce qu'on voudra, on ne parviendra pas à lui faire rendre plus de quarante sous.

## REVUE DES JOURNAUX

## THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'anesthésie par inhalations de bromure d'éthyle, par le Dr GILLES.—Les conclusions suivantes résument les résultats des observations faites par l'auteur concernant les avantages et les inconvénients de l'anesthésie par inhalations de bromure d'éthyle :

1<sup>o</sup> Ce mode d'anesthésie se recommande par l'extrême simplicité et la commodité de son emploi ;

2<sup>o</sup> On peut admettre avec une grande vraisemblance qu'il est inoffensif quand on n'administre que de petites doses de l'agent anesthésique ;

3 L'anesthésie est prompte à survenir et aussi prompte à se dissiper :

4<sup>o</sup> Dans le plus grand nombre des cas, un état d'euphorie parfaite a coïncidé avec le réveil ;

5<sup>o</sup> Les vomissements ont été rares ;

6<sup>o</sup> Ce mode d'anesthésie peut être pratiqué sans l'assistance d'un second médecin.

D'autre part, les inconvénients que reconnaît l'auteur à l'anesthésie par inhalations de bromure d'éthyle sont : l'impossibilité d'utiliser ce mode d'anesthésie pour les opérations de longue durée, les chances qu'on a de voir se produire un stade d'excitation d'une extrême violence, enfin l'odeur alliée que dégage l'haleine du sujet et qui persiste quelquefois pendant deux et trois jours.—*Revue générale de médecine.*

Des médicaments régulateurs du cœur.—M. le professeur G. SÉE a publié un important mémoire sur les médicaments régulateurs du cœur.

Nous mettons sous les yeux du lecteur les conclusions du mémoire et nous faisons suivre chacune d'elles du mode d'administration du médicament :

1<sup>o</sup> La digitaline est le médicament de l'élasticité diastolique augmentée, ayant comme effet l'ampliation du cœur pendant la systole et la réplétion des artères. La systole n'est pas exagérée, et les vaisseaux ne sont pas toujours resserrés, de sorte que la digitaline régularise la fonction du cœur sans fortifier l'organe.

Employer la digitaline cristallisée de Nativelle à l'exclusion de toute autre, donner un demi-milligramme en teinture par jour, dose atténuée. En agissant ainsi l'effet est plus prompt ; en commençant par un quart de milligramme, l'effet curatif se produit seulement au bout d'un ou trois jours, et cela par suite d'une accumulation du remède.

2<sup>o</sup> L'iodure de potassium agit dans le même sens, il ouvre les vaisseaux plus encore et facilite considérablement la circulation périphérique, ainsi que la circulation dans les artères nourricières du cœur. A ce dernier point de vue, c'est un nutritif du cœur ; au premier point de vue, c'est un régulateur pour ainsi dire infailible, surtout si le cours du sang est entravé dans le poumon et s'il y a de l'anhélation ou de l'asthme cardiaque ;

Donner 3 grammes pendant cinq ou six jours sur sept, et continuer indéfiniment ; les donner en trois fois dans du lait, de la bière, et cela pendant les repas. L'iodure de potassium altère le goût, finit par amoindrir l'appétit et détermine quelquefois des hémoptysies,—n'étaient ces inconvénients, l'iodure serait, d'après M. G. Sée, l'idéal des médicaments régulateurs du cœur.

3 La strophanthine est un vaso-constricteur énergique, il n'élève la force du cœur qu'indirectement et sans durée.

Commencer par 1/5 de milligramme en teinture ou en granules. —Agit promptement et ne s'accrue pas.

4<sup>o</sup> La spartéine et la convallamarine sont des auxiliaires et des succédanés, souvent indispensables, des moyens précédents.

Le sulfate de spartéine ne s'accumule pas et peut être prescrit d'emblée à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, pendant huit à dix jours consécutifs.—Pour la convallamarine, il n'y a pas non plus d'accumulation, aussi peut-on la donner en pilules à la dose de 30 à 50 centigrammes par jour.

5<sup>o</sup> La caféine est surtout un diurétique rénal, à employer dans les hydropsies d'origine cardiaque ; il est aussi un excitant général, mais non spécial du cœur.

Se prescrit avec le salicylate ou le benzoate de soude, à la dose d'un gramme pendant trois jours de suite en injection sous-cutanée ou par la bouche. Action prompte, mais passagère ; outre l'excitation bulbaire ou cérébrale, on a la sécrétion urinaire augmentée. Avec la théobromine, la dose doit être cinq fois plus considérable qu'avec la caféine.

6<sup>o</sup> La lactose est également un rénal, sans la moindre action troublante du cœur et des vaisseaux.—*Bulletin de l'Acad. de médecine.*

**De l'emploi de l'oxygène et de la strychnine dans la pneumonie,** par T. LAUDER BRUNTON, et MARMADUKE PRICKET, (*British Med., Journ.* 23 janvier 1892.)

Le grand nombre de cas de pneumonie actuel a inspiré aux

auteurs de rapporter les résultats de leur expérience sur l'emploi de la strychnine et surtout de l'oxygène dans la pneumonie. Il en ressort que, l'afflux de l'air étant diminué dans le poulmon par suite de l'inflammation d'une partie du parenchyme pulmonaire, il y aura bénéfice à ce que la quantité d'air qui lui arrive soit plus riche en oxygène. M. Lauder Brunton relate à ce sujet l'observation d'un clergyman atteint de pneumonie qui, chaque fois qu'il lui fut donné de l'oxygène, sembla revenir à la vie.

Malheureusement il s'agissait d'un cas hors de la ville et la quantité d'oxygène que l'on put se procurer ne suffit pas; la mort s'ensuivit. Mais c'était là un cas très grave, et l'amélioration notable obtenue à chaque administration fait supposer qu'une médication soutenue aurait amené un excellent résultat. La strychnine avait été ordonnée au cours de l'affection sans grand succès. — *Revue générale de médecine.*

**Sur le mode d'action du gaiacol, par le Drs. HOLSCHER et R. SEIFERT.** (*Berliner Kin Wochenschrift*, 1892, No. 3, p. 48.)

Suivant les uns, la créosote et son dérivé le gaiacol agissent, dans les cas de tuberculose, comme de véritables spécifiques; suivant d'autres leur efficacité est purement symptomatique, voire que, d'après quelques auteurs, ces deux médicaments n'agiraient qu'à titre d'amers.

Les recherches des deux auteurs leur ont fourni la preuve que le gaiacol, après sa résorption, ne circule pas dans le sang à l'état de liberté, mais sous la forme d'une combinaison nouvelle non encore connue, qui est dépourvue de l'action caustique de la créosote, et qui n'influence pas les bacilles de la tuberculose. Il ne saurait donc être question d'une action spécifique exercée par le gaiacol sur les bacilles tuberculeux. L'efficacité du gaiacol serait due à ce que, tant que cette substance arrive dans le sang en quantité suffisante, le milieu sanguin se débarrasse des produits toxiques de désassimilation fournis par les bacilles.

D'autres substances voisines du gaiacol, ainsi l'eugenol, agissent de la même façon et cette action peut être qualifiée de spécifique. — *Revue générale de médecine.*

**Benzol dans le traitement de l'inflenza et de ses complications, pneumonie, etc..., par WILLIAM ROBERTSON.** (*British Med. Journ.*, 28 janvier 1892.)

Le benzol est un excellent médicament contre l'inflenza, et s'il existe une pneumonie, l'on constate en moins d'une heure l'effet du médicament sur la respiration

Voici les principaux résultats de cette substance : deux heures après, le mal de tête et les douleurs de reins disparaissent; la fièvre tombe en six heures et ne revient pas si l'on continue la

médication. Les signes de catarrhe deviennent moins accusés, ainsi que la congestion oculaire et la rougeur des pommettes. Il semble que la complication pneumonique soit évitée, ce qui s'explique parce que le benzol est un antiseptique volatil.

Le benzol peut être ordonné aux enfants ou aux adultes à des doses proportionnées et sous diverses formes. Il en faut continuer l'usage pendant trois jours au moins.—*Revue générale de médecine.*

**Un nouvel antiseptique intestinal : le benzoate de naphтол B, ou benzonaphтол,** par MM. YVON et BERLIOZ.—L'action irritante de l'acide salicylique sur les reins, et son pouvoir antiseptique plus faible que celui de l'acide benzoïque ont déterminé les auteurs à substituer ce dernier à l'acide salicylique dans la préparation connue sous le nom de bétol (Salicylate de naphтол B).

Le benzonaphтол, préparé par l'action du naphтол B et du chlorure de benzoyle, répond à la formule  $C^{10}H_7O$ ,  $C^{14}O$ . Il cristallise dans l'alcool sous forme de cristaux blancs microscopiques; très peu soluble dans l'eau dont 100 grammes n'en dissolvent que 1 centigr., il l'est au contraire beaucoup dans le chloroforme qui en dissout près de 30. gr. pour 100 à 15°. Sa saveur et son odeur sont nulles. Pur il ne doit pas donner la réaction du naphтол.

Dans l'intestin il se décompose en naphтол B qui y demeure et en acide benzoïque dont une partie se transforme dans l'économie en acide hippurique éliminé par les urines.

Son coefficient de toxicité est très faible. Il jouit de propriétés diurétiques. et diminue la toxicité des urines.

Les doses sont élevées, on peut atteindre facilement le chiffre de 5 grammes par jour chez l'adulte et de 2 grammes chez l'enfant, données par doses fractionnées de 0.50 ou même de 0,25 centigr. en cachet ou en suspension dans l'eau sucrée. (Soc. de thérapeutique, 9 décembre 1891. *Bulletin gén. de thérapeutique* 23 janvier 1892.)

**Dosage duodécimal des médicaments toxiques.**—M. POLAILLON vient de lire, devant l'Académie de médecine, un rapport sur un travail de M. Trouette, intitulé : *Une nouvelle méthode de posologie duodécimale des médicaments toxiques.*

M. Polaillon, après avoir rappelé qu'à l'heure actuelle il est fort difficile, pour le médecin, de prescrire les doses limites thérapeutiques des médicaments toxiques, ces doses étant très peu séparées des dangereuses, et montré la nécessité de préparer les alcaloïdes, de manière à ce que le praticien puisse les prescrire en toute sécurité, continue ainsi :

La méthode de posologie de M. Trouette résout le problème en supprimant les dangers des médicaments toxiques.

Elle consiste dans le fractionnement rationnel de la dose maximum qui peut être donnée à un adulte en 24 heures.

Quel que soit le degré de toxicité d'un médicament, la dose maximum sera exactement divisée en douze doses, que ces doses soient sous forme de pilules, de granules, de cachets, de capsules, etc.

Ce mode de dosage s'appliquera à tous les médicaments dangereux, de telle sorte que le médecin n'aura plus à faire aucun effort de mémoire pour se rappeler la dose maximum de tel ou tel médicament.

Il n'aura qu'à se souvenir que douze doses forment la dose maximum. C'est en raison de ce fractionnement par douze que M. Trouette a désigné la nouvelle méthode sous le nom de *dosage duodécimal des médicaments toxiques*.

Cette méthode de fractionnement par douze est très favorable pour administrer les médicaments par heure ou par deux heures. En l'adoptant, toutes les erreurs de doses et tous les dangers seront évités.

M. Polailon conclut, en conséquence, que cette méthode est excellente pour les praticiens.—*Journal des sciences médicales de Lille*.

**Du massage; étude clinique expérimentale, par M. le Dr CASTEX.**—Les résultats cliniques obtenus sont:

Dans les *contusions simples*, le massage procure la disparition rapide des divers troubles, principalement de la douleur.

Dans les *contusions articulaires*, il dissipe les contractures musculaires réflexes ou les parésies, mais surtout il prévient les amyotrophies rebelles qui en sont la complication la plus grave.

Appliqué aux *entorses*, il est remarquable par la rapidité de ses bons effets. D'après ma statistique, le résultat cherché est obtenu entre trois et quatre jours.

Dans les *luxations*, on doit y recourir dès que la réduction est assurée, car il réduit au plus vite gonflement, ecchymoses, douleurs. Il éveille la fibre musculaire de cette stupeur locale où la plonge le traumatisme. Il prévient les atrophies et raideurs tardives.

Appliqué aux *fractures juxta articulaires*, il vient rapidement à bout des douleurs et gonflement (une fracture simple, sans déformation, de l'extrémité inférieure du radius guérit en une quinzaine de jours, quand il en fallait quarante au moins avec l'immobilisation plâtrée). Si on y a recours après la levée des appareils, il assouplit les parties et dissipe les œdèmes.

Contre les *amyotrophies* acquises, le massage s'est montré impuissant. Il les prévient si on l'applique d'une façon précoce.

Les conclusions cliniques sont étayées sur des *résultats histologiques*. Car le muscle traumatisé et non massé présente une

*sclérose diffuse* avec : hypertrophie du tissu conjonctif annexe dans ses diverses parties, hémorragies interstitielles, engorgement des vaisseaux sanguins et hypertrophie de leur tunique adventice.

Le muscle traumatisé, mais massé, offre son histologie normale. C'est la *restitutio ad integrum*.

Les vaisseaux sanguins sont normaux dans le muscle massé. Dans le muscle non massé, ils offrent une hyperplasie de leur tunique externe.

Les filets nerveux normaux dans le muscle massé présentent, dans le muscle non massé, de la périnévríte et de la névríte interstitielle.

La lésion des nerfs est plus marquée que celle des vaisseaux.

En résumé, d'après les recherches de M. Castex, on constate *de visu* que le massage agit en détergeant une partie des matériaux diversement nuisibles que le traumatisme y a versés, en ramenant cette partie à son état normal et en prévenant de la sorte le processus de sclérose diffuse qui en serait résulté.

Telle est l'explication positive de l'action du massage. Elle ne pourra qu'accroître son crédit.—*Archives gén. de méd.*

---

## MÉDECINE.

---

**Traitement diététique des maladies du cœur**, par le Dr F. HIRSCHFELD.—M. Hirschfeld s'étant occupé de recherches sur les mouvements des échanges nutritifs chez les obèses, a eu l'occasion de constater que lorsqu'on soumet ces malades à une cure d'amaigrissement, en même temps qu'ils perdent de leur graisse et que leur poids corporel diminue, ils perdent aussi des quantités notables de leur substance albuminoïde. Cette déperdition de matière azotée ne peut être enrayée par une alimentation riche en matières albuminoïdes. D'où l'on peut conclure que toute cure d'amaigrissement implique une nutrition amoindrie.

Cette désassimilation exagérée de la matière albuminoïde atteint son maximum pendant la première semaine de la cure d'amaigrissement. Elle est plus prononcée chez les sujets pléthoriques que chez les anémiques. Elle contraste avec l'opinion que se font généralement les médecins de l'effet des cures lentes d'engraissement sur le système musculaire et notamment sur le cœur, effet qu'on se représente comme tonifiant. Or, il importe de ne pas perdre de vue que, dans les cas où la nutrition pêche par insuffisance, certains organes, certains muscles notamment, et le myocarde est de ce nombre, ne subissent pas de perte de poids. C'est ce qui se voit aussi pour le sterno-mastoïdien, par exemple chez les phthisiques.



Des expériences faites par l'auteur démontrent que chez des sujets sains on peut réduire la ration alimentaire de moitié et même des deux tiers, pendant une semaine et deux sans que l'organisme s'affaiblisse d'une façon bien notable, que par conséquent le cœur dans ces conditions n'est pas atteint dans sa capacité fonctionnelle. Voire que par suite de la diminution de la masse du sang, le cœur se trouve soulagé dans sa tâche. C'est là une notion dont on peut tirer parti dans le traitement diététique des maladies du cœur, lorsqu'il s'agit de combattre des troubles circulatoires survenus brusquement. Le régime lactée agit en pareils cas surtout à titre de cure d'inanition.

Quant à la tonification du cœur, obtenue au moyen de l'exercice musculaire, elle ne doit être poursuivie que d'une façon lente et progressive, contrairement à ce qui a lieu à Marienbad ; pour cette raison l'auteur condamne la cure telle qu'elle est pratiquée à cette station.—*Revue générale de médecine.*

**Contribution à l'étude de l'épilepsie**, par M. A. PARIS. Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Belgique.—D'une étude fort intéressante sur l'épilepsie, l'auteur tire les conclusions ci-après :

1o Il y a un rapport entre l'état mental de l'épileptique et le sens de la chute ;

2o Le sens de la chute peut donner quelques indications au point de vue de l'appréciation de la tare héréditaire ;

3o La règle générale d'après laquelle un épileptique tomberait toujours de la même façon comporte quelques exceptions ;

4o Il est admis à tort que les épileptiques tombent généralement en avant ;

5o Il existe un rapport entre le sens de la chute et le nombre des accès ;

6o On constate un rapport entre le nombre des accès et l'agitation ;

7o L'influence de la menstruation est beaucoup plus importante qu'on ne l'admet généralement ;

8o Ce qu'on appelle épilepsie partielle n'est pas de l'épilepsie ;

9o L'épilepsie n'est pas une affection du bulbe : elle est plutôt cérébrale et c'est une dégénérescence ;

10o Elle est surtout passible d'un traitement hygiénique, ayant principalement pour objet l'atténuation pour les premiers descendants et la préservation pour les suivants.

**Des paralysies consécutives aux maladies infectieuses**, par JOHN FERGUSSON, in *The Journal of the American Medical Association*, 9 janvier 1892.—On attribue ces paralysies : 1o soit à l'action directe du virus spécifique ; 2o soit à un poison laissé dans l'organisme par la maladie et agissant après que la maladie est

guérie ; 3<sup>o</sup> soit à quelque autre poison agissant simultanément, ou s'associant à la maladie, mais pouvant se communiquer en dehors d'elle à d'autres personnes.

Avec 13 cas personnels, M. Fergusson discute ces trois théories.

Il confirme la première à l'aide des cinq observations suivantes :

1<sup>o</sup> Diphthérie grave ; au déclin, paralysie faciale, suivie d'autres phénomènes paralytiques. Guérison partielle ;

2<sup>o</sup> Diphthérie grave. Le dix-huitième jour, paralysie de la gorge et du pharynx, etc., etc. ;

3<sup>o</sup> Fièvre typhoïde moyenne. Pendant la défervescence, paresthésie des pieds et des mains, puis paralysie ;

4<sup>o</sup> Grippe légère ; au huitième jour, impossibilité de marcher. Fourmillements dans les membres. Réflexes affaiblis. Cœur battant 30 à 40. Intelligence diminuée, etc., etc. ;

5<sup>o</sup> Grippe. Dix jours après les premiers symptômes, phénomènes de polynévrite, paralysie, etc.

Dans ces cinq cas, l'auteur fait remarquer que les accidents paralytiques se sont produits au cours de l'affection première ; et que, par suite, on peut invoquer, pour les expliquer, l'action directe du virus spécifique sur le système nerveux.

Voici trois observations à l'appui de la seconde théorie :

1<sup>o</sup> Rougeole. Quatre semaines après guérison confirmée, paralysie des muscles de la région antérieure de la jambe ;

2<sup>o</sup> Fièvre typhoïde moyenne. Guérison. Six semaines après, à la suite d'exposition au froid et à l'humidité, développement brusque de phénomènes paralytiques ;

3<sup>o</sup> Diphthérie grave. Guérison. Deux mois après, exposition au froid et à l'humidité. Paralysie s'étendant à tous les membres, et enfin au diaphragme.

Dans ces trois cas, on ne peut admettre que le virus spécifique, incapable alors de contagion, ait put rester dans le corps et affecter le système nerveux tant de temps après la disparition de la maladie. Peut-être dans deux cas, le froid a-t-il altéré davantage un système nerveux déjà malade ; mais bien plutôt y a-t-il lieu de croire qu'il s'est opposé à l'élimination d'un poison laissé par la maladie, poison qui a déterminé alors des accidents nerveux.

M. Fergusson, avec ses dernières observations, conteste l'opinion émise par M. Boissarie (*Gazette hebdomadaire* No. 20 et 21, 1881), qu'il existe un virus s'associant à la diphthérie, pouvant produire la paralysie et l'albuminurie et se transmettant, en dehors de la diphthérie elle-même, à d'autres personnes :

1<sup>o</sup> Dans une famille, trois cas de diphthérie. Une autre personne, sans avoir aucun symptôme de diphthérie, se plaint de troubles de la vue : cycloplégie ; vision mauvaise pour les objets proches et petits. Un peu d'albumine. Le tout rentre dans l'ordre neuf semaines après ;

2<sup>o</sup> Un garçon de 10 ans a une sœur prise gravement de

diphthérie. Il est pris, vingt trois jours après sa sœur, de parésie. Pupilles dilatées et s'accommodant mal. Aucun symptôme de diphthérie ;

3° Une jeune fille a un père qui meurt de diphthérie. Elle est prise de paralysie faciale, sans aucun autre symptôme. Albumine dans les urines ;

4° Cinq cas de diphthérie et de rougeole dans une famille ; un enfant n'est atteint de rien, d'aucun signe diphthéritique, mais devient paralysé pendant plus d'un mois. Cœur sain, muscles de la respiration atteints. Rien autre ;

5° Plusieurs cas de diphthérie dans une maison humide et malsaine. La maison est évacuée. Quelque temps après une nouvelle famille y vient habiter et l'un de ses membres est pris de paralysie sous diverses formes sans aucun signe de diphthérie. Un peu d'albumine.

Ces cas rentrent dans les faits décrits par M. Boissarie, mais M. Fergusson affirme qu'il n'y a là rien autre chose que la diphthérie, que celle-ci est une maladie générale d'abord, et non locale ; et qu'ainsi qu'il peut manquer l'éruption dans la scarlatine, il peut manquer la localisation sur la gorge dans la diphthérie. Tous les symptômes de paralysie relevés plus haut sont donc franchement diphthéritiques.

M. Fergusson, de ses treize observations, conclut ainsi :

1° La paralysie consécutive à des affections contagieuses n'est point due à un virus associé, comme le prétend Boissarie ;

2° Dans quelques cas, la paralysie est due à l'action directe du virus spécifique de l'affection ;

3° Quelques cas de paralysie se montrent à une époque où l'on ne peut plus croire à la persistance de ce virus. Ils peuvent alors être produits a), par quelque poison ou impureté laissé dans l'organisme ; b), par un état de faiblesse du système nerveux que bouleverse complètement le froid, l'humidité ou la fatigue.

**Effets nerveux et mentaux consécutifs à l'influenza, par MM. LELYED et SAVAGE.**

Voici les conclusions auxquelles arrivent les auteurs :

1° L'influenza, comme les autres affections fébriles, peut déterminer des psychopathies ;

2° L'aliénation peut apparaître à une époque variée de l'attaque ;

3° L'influenza peut produire toutes les formes d'aliénation ;

4° Il n'existe pas de symptômes propres à l'influenza ;

5° Le rôle de l'influenza dans la détermination de l'aliénation est très variable ;

6° L'influenza peut être une cause prédisposante ou déterminante ;

7° Dans tous les cas, il y a une prédisposition héréditaire ou acquise ;

8° L'aliénation est le résultat d'une nutrition altérée du cerveau, peut-être par produits toxiques ;

9° Le début des accidents est souvent brusque, et n'a pas de rapport avec le degré de l'attaque grippale ;

10° La curabilité dépend plutôt de conditions générales que de conditions spéciales ;

11° Les aliénés sont moins sujets à contracter l'influenza que les sujets sains ;

12° Rarement l'influenza a guéri des psychoses ;

13° Les aliénés peuvent présenter des rémissions mentales durant une attaque de grippe ;

14° Il n'y a pas d'indications spéciales pour le traitement ;

15° L'influenza peut conduire à des crimes et par suite à des enquêtes médico-légales.—*Medical News.*

**Traitement de la fièvre typhoïde**, par le docteur WOLFF.—M. Wolff publie les résultats obtenus à l'hôpital allemand de Philadelphie, dans 100 cas de fièvre typhoïde traités par la naphthaline. Toutes les quatre heures, administration interne de 30 centigrammes de naphthaline pulvérisée ; dans l'intervalle de deux prises, quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Au début de la maladie, calomel à doses purgatives.

Résultats : Sur les 100 cas traités, 10 se sont terminés par la mort. En arrivant à l'hôpital, un malade a succombé à une paralysie bulbaire, un autre à un érysipèle de la face, un troisième à la phthisie pulmonaire, un quatrième aux suites d'une lésion organique du cœur. Bref, sur les dix cas de mort, 2 seulement pouvaient être imputés à la fièvre typhoïde.

Des 90 cas terminés par la guérison, dans 16 la défervescence est survenue à la fin de la seconde semaine, 3 ont eu des hémorragies intestinales, dont 2 dès le début de la maladie, avant l'emploi de la naphthaline. Il importe de continuer l'administration de la naphthaline après la chute de la fièvre, de peur que la température interne ne remonte.

Le traitement a toujours été bien supporté. Quelquefois la naphthaline constipe, et alors il faut avoir recours aux purgatifs.

Si l'avocat du pharmacien X. de Grenoble, condamné à cinq cents francs d'amende pour avoir dans une ordonnance substitué la naphthaline au naphthol B., avait connu le mémoire du docteur Wolff, sans doute que les juges se fussent montrés plus indulgents.

**La dyspnée des cardiopathes.** (*Société médicale des hopitaux* 14 mars 1892)—M. HUCHARD.—Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de la dyspnée dans la cardiopathologie. Elle y joue un rôle plus marqué que les syncopes et les palpitations, car la syncope n'est presque jamais un signe de lésion organique du

cœur, et les palpitations les plus rebelles sont souvent l'apanage de troubles réflexes ou fonctionnels. Par contre la dyspnée est un des accidents les plus constants, les plus pénibles, les plus tenaces des cardiopathies. Mais, au point de vue pathogénique, elle offre deux variétés importantes: la dyspnée mécanique et la dyspnée toxique.

Je ne m'occuperai pas ici de la première, connue depuis longtemps, mais à laquelle on a fait jouer un rôle prépondérant. Il n'en est pas de même de la dyspnée toxique, qu'aucun auteur ne signale et que j'ai distraite, il y a environ six ans, de la dyspnée cardiaque proprement dite, de par les résultats de l'observation clinique.

On rencontre en effet très souvent, dans la pratique, des cardiopathes artériels affectés d'une dyspnée intense, paroxystique, survenant sous l'influence de la marche, d'un mouvement, du moindre effort et se traduisant aussi pendant la nuit d'une façon spontanée par des accès souvent intenses. Or à l'examen on ne trouve l'existence de cette dyspnée d'effort (dyspnée de travail des Allemands) ni dans les poumons, ni dans le cerveau, ni dans le cœur, et l'examen des urines est négatif au point de vue de l'albumine. Cette dyspnée est due à un état d'imperméabilité relative du rein, qui élimine incomplètement les toxines développées ou introduites dans le tube digestif, et cela en vertu de cette loi fondamentale que j'ai formulée: l'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.

Nous en avons la preuve dans le prompt succès de la médication qui consiste à prescrire dans ces cas un régime alimentaire d'où sont exclues toutes les substances renfermant des toxines ou des ptomaines (viandes, bouillons et potages gras—qui sont de véritables décoctions de ptomaines, ou des solutions de poison, comme l'a si bien dit notre collègue Gaucher—poissons, fromages faits, charcuterie). Le régime lacté absolu remplit ces conditions et, en quelques jours, même en vingt-quatre heures, avec une rapidité parfois surprenante, il fait disparaître cette dyspnée toxique ou ptomainique.

On peut objecter qu'il s'agit là d'une sorte de dyspnée urémique survenant dans toutes les cardiopathies artérielles sous l'influence du brightisme latent. Cela est possible et même vraisemblable. Mais c'est là une dyspnée urémique d'un genre particulier puisqu'elle se montre au début même de ces cardiopathies, puisqu'elle ne s'accompagne d'aucun autre accident urémique, puisqu'elle cède si facilement et si rapidement au régime lacté, sans le secours d'aucune autre médication. En tous cas c'est une forme de dyspnée souvent méconnue.

M. Tournier, mon interne, a confirmé par des expériences la nature toxique de cette dyspnée. Injectant dans la veine de l'o-

reille d'un lapin l'urine de cardiopathes artériels, n'ayant ni albumine, ni lésions pulmonaires, et se nourrissant de l'alimentation ordinaire, il a trouvé que leur coefficient urotoxique était de 0,273 à 0,370, alors que le coefficient normal est, d'après Bouchard, 0,464.

Dans certaines cardiopathies artérielles, cependant, le coefficient urotoxique atteint la normale ou la dépasse. Dans ces cas le foie est atteint et n'arrête plus les poisons venus de l'intestin et qui peuvent s'éliminer en totalité par l'urine.

Ce passage incessant des toxines, qui est d'abord une sauvegarde de l'organisme, finit par irriter le rein et déterminer une néphrite. Il existe donc dans les cardiopathies artérielles deux sortes de néphrites; l'une interstitielle, l'autre épithéliale d'origine hépatique. Ces deux sortes de néphrites se compliquent souvent l'une l'autre. Dans ces cas l'insuffisance hépatique s'ajoute à l'insuffisance rénale, et la dyspnée toxique procède de ces deux causes. Au début, quand la dyspnée était simplement d'origine cardio-rénale, le régime lacté exclusif suffisait à la faire disparaître. Il n'en va plus de même à la fin, quand l'imperméabilité du rein s'est compliquée d'insuffisance hépatique et surtout lorsque, par les progrès de la cachexie artérielle, les déchets de l'assimilation encombrant le liquide sanguin. Alors tout traitement échoue; c'est la période grave de la dyspnée hypertoxique.

On peut expliquer de cette façon la production pendant la nuit des accès dits de faux asthme aortique: l'élimination des poisons subit en effet pendant le sommeil un ralentissement notable.

La thérapeutique confirme cette manière de voir. La dyspnée disparaît quand on traite non le cœur mais le foie et le rein. La digitale est le plus souvent contre-indiquée parce qu'elle substitue ou plutôt ajoute un empoisonnement à un autre.

La dyspnée dans les cardiopathies artérielles est d'origine alimentaire; il faut donc s'adresser à l'alimentation. Celle-ci doit être composée seulement de laitage à la dose de trois ou quatre litres par jour, pendant une huitaine de jours.

Après cette époque, la dyspnée a disparu, quelquefois même au bout de 24 ou 48 heures, alors il est indiqué de prescrire une alimentation composée de laitage sous toutes ses formes (à la dose d'un litre et demi par jour), de quelques œufs frais, de légumes, et en dernier lieu de viandes très cuites. On défendra les salaisons, les conserves, la charcuterie, les fromages faits, les bouillons et les potages gras. Dès que la dyspnée reviendra de nouveau, il est indiqué de recourir encore au régime lacté absolu pendant cinq à huit jours, et, du reste, j'ai pour coutume de soumettre systématiquement tous les mois, pendant trois jours environ, les malades à cette alimentation exclusive par le lait.

Il faut avoir recours à l'antisepsie intestinale: salicylate de bismuth, salol, bétol, naphtol, benzo-naphtol. Quelquefois il faut

donner l'acide chlorhydrique, les cardiopathes artériels étant des hypochlorhydriques chez lesquels les fermentations gastro-intestinales sont fréquentes.

Enfin dans les périodes d'accalmie il faut traiter l'artério-sclérose par la médication iodurée et plus spécialement par l'iodure de sodium, car les sels de potasse ont une action toxique bien plus prononcée que les sels de soude.

**Classification des dyspepsies.** (*Société médicale des hôpitaux.*)—M. A. MATHIEU, en son nom et au nom de M. RÉMOND (de Metz), qui a précédemment étudié la dyspepsie hyperchlorhydrique, continue l'exposé de sa classification par l'étude de la dyspepsie nervo-motrice, de la dyspepsie avec hyperacidité organique et de la dyspepsie par stase.

Si on envisage d'abord les faits de dyspepsie nervo-motrice, on observe qu'ils présentent trois caractères distinctifs :

1o L'acidité totale est normale ou inférieure à la normale ;

2o Il n'y a pas, dans l'estomac, de stagnation marquée, ni en particulier de liquide dans l'estomac à jeun ;

3o L'acide chlorhydrique, libre et combiné, présente un taux normal ou inférieur à la moyenne physiologique.

Lorsque la digestion gastrique est, autant qu'on en peut juger, normale, on ne voit pas bien à quoi on pourrait attribuer les symptômes accusés par les malades, si on ne les rapporte pas à des troubles nerveux, et, sans doute, nervo-moteurs. Les mêmes manifestations peuvent se constater chez des hyperchlorhydriques, ce qui démontre que le fait fondamental est représenté par les phénomènes nervo-moteurs.

La dyspepsie observée dans ces conditions correspond à l'ensemble symptomatique que l'on rencontre si fréquemment chez les neurasthéniques : pesanteur après les repas, sensation de malaise, flatulence gastro-intestinale, renvois, aigreurs, quelquefois pyrosis, le plus souvent constipation. A l'examen extérieur, on trouve souvent de la distension gazeuse de l'estomac, qui paraît remonter vers le thorax plus que s'abaisser dans l'abdomen. Les vomissements sont rares chez ces malades.

Il n'est pas probable que l'hypochlorhydrie constitue une circonstance aggravante lorsque l'état général reste satisfaisant et que le pancréas et l'intestin paraissent suffire à mener à bien la digestion des substances albuminoïdes. Du reste, des faits d'ordre clinique et d'ordre expérimental démontrent que, dans certains cas, la digestion stomacale peut être très faible et même nulle sans grand dommage pour les malades.

Dans une autre catégorie de dyspepsies, on rencontre, ou bien une acidité exagérée, due à des acides de fermentation, ou bien une stase gastrique accusée. Il y a du reste, sans doute, une relation entre l'hyperacidité organique et la stase, car les fermenta-

tions acides ne peuvent guère se comprendre lorsque l'estomac évacue rapidement son contenu dans l'intestin.

Quand il y a hyperacidité organique (2 à 4 pour 1,000 et même plus), on trouve des aigreurs plus marquées, du pyrosis, quelquefois des vomissements, une sensation de brûlure au creux épigastrique. Les douleurs commencent assez rapidement après l'ingestion des aliments; elles vont en augmentant pendant une ou deux heures sans présenter l'acuité extrême des douleurs d'origine hyperchlorhydrique. Exceptionnellement, elles peuvent être tardives comme ces dernières.

Dans le cas de stase il y a le plus souvent des vomissements, parfois de grands vomissements évacuateurs, dans lesquels on retrouve des substances alimentaires ingérées la veille ou les jours précédents; parfois aussi il y a des crises, plus ou moins prolongées et se répétant dans la même journée, d'intolérance gastrique et de vomissements. Parfois—et c'est caractéristique—on trouve le matin à jeun une grande quantité de liquide dans l'estomac, à tel point, qu'on peut se demander, en pareil cas, s'il n'y a pas rétrécissement du pylore, cancéreux ou non.

En terminant, MM. Mathieu et Rémond expliquent pourquoi, dans leur classification, ils n'ont donné place ni à la gastrite, ni à la dilatation de l'estomac, ni aux crises gastriques.

La gastrite, disent-ils, est souvent d'un diagnostic difficile et incertain. La persistance de l'hypochlorhydrie, l'apparition de la stase, les hématuries, l'éthylisme antérieur rendent, cependant, son existence vraisemblable.

La dilatation de l'estomac peut se rencontrer avec des états chimiques très différents: hyper ou hypochlorhydrie. La démonstration expérimentale de la toxicité du contenu gastrique consacrerait sa signification pathologique.

Quant aux crises gastriques, ce sont des incidents qui ne sont nullement particuliers aux affections gastriques et aux diverses formes de la dyspepsie. Elles sont très souvent symptomatiques d'une maladie extra-stomacale.—*Concours médical.*

---

Le bromisme, M. Lépine, réagit contre la tendance moderne à donner de fortes doses de bromure; on sait que Féré administre facilement 15 gr. par jour et que Gowers est allé jusqu'à 31 grammes par jour d'une façon intermittente. Il montre que si le naphthol permet d'éviter les éruptions, la dépression nerveuse n'en persiste pas moins et peut même être mortelle comme le prouvent les observations de Hambeau et d'Eigner. Exceptionnellement, le bromisme s'est traduit par de l'excitation qui se rattache peut être simplement à l'épilepsie.



## CHIRURGIE.

**La mastoïdite suppurée.** — Clinique de M. le professeur DUPLAY à l'hôpital de la Charité. — Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une affection très commune en ce temps d'influenza, la mastoïdite suppurée; elle est encore plus fréquente pendant cette épidémie que lors de celle qu'il y a deux ans.

Presque toujours la mastoïdite est une complication de l'otite moyenne suppurée aiguë. Quelquefois, elle survient sans qu'il y ait eu antérieurement d'affection de l'oreille moyenne, mais c'est là un cas rare et dont je n'ai pu, pour ma part, observer qu'un seul exemple.

La maladie débute donc presque toujours par une otite moyenne aiguë qui se propage ensuite aux cellules mastoïdiennes. L'otite elle-même est secondaire à une pharyngite, une laryngite ou une rhinite, et celle qui se produit à la suite de l'influenza entraîne plus fréquemment que toute autre l'apparition d'une mastoïdite.

Les théories microbiennes nous ont éclairé sur la pathogénie des otites. M. Netter nous a montré qu'il y avait dans le pus de ces otites des microbes que l'on ne rencontre jamais dans les liquides normaux de l'oreille moyenne. On trouve le streptocoque, le pneumocoque, le staphylocoque pyogènes, le bacille encapsulé de Friedlander. Le streptocoque est le microbe le plus commun; c'est aussi celui qui produit les suppurations les plus graves; celles qui dépendent du pneumocoque sont beaucoup moins à redouter. L'otite à streptocoque est presque toujours suivie de mastoïdite, et cela nous explique la fréquence de cette complication de l'influenza, l'inflammation de l'oreille moyenne dans cette maladie infectieuse dépendant presque toujours de ce micro-organisme.

Dans les cas où les symptômes de la mastoïdite sont évidents, voici comment les choses se passent. Vers la fin de l'influenza survient l'inflammation de l'oreille moyenne, qui s'accuse par ses symptômes habituels, douleurs vives, etc., sur lesquels je n'insiste pas. Qu'on ouvre le tympan, ou qu'il se rompe spontanément, bientôt le pus fait irruption au dehors par le conduit auditif externe. Puis, vers le cinquième, sixième, septième jour après que le tympan est perforé, se montre la mastoïdite; elle peut même n'apparaître que le vingtième, le trentième jour même.

Les symptômes de la mastoïdite sont loin d'être absolument nets. C'est ainsi que, chez quatre malades que j'ai eu récemment l'occasion d'observer, le début de la complication s'est fait silen-

ciousement et il faut que vous sachiez que ce début insidieux est fréquent.

Dans les cas où les phénomènes symptomatiques sont évidents, il se produit une douleur derrière l'oreille, au niveau de la région mastoïdienne; cette douleur est spontanée et provoquée. La douleur spontanée ne reste pas limitée au niveau de l'apophyse. Souvent, il y a des irradiations qui occupent la moitié correspondante du crâne.

Le gonflement est encore un symptôme sur lequel je dois attirer votre attention. Ce gonflement augmente la saillie normale de l'apophyse et le sillon qui la sépare de l'oreille paraît accusé; il y a œdème inflammatoire des parties molles. Il est rare que la rougeur des téguments soit très nette; le plus généralement, il y a simplement une teinte rosée. Plus tard, si l'abcès devient sous-cutané, la rougeur est manifeste.

Les phénomènes généraux de la mastoïdite sont quelquefois très intenses; il y a une fièvre vive à exacerbations vespérales, et parfois des phénomènes de compression ou d'excitation du côté du cerveau: vertiges, étourdissements, vomissements, troubles de la vue.

Très fréquemment, les symptômes de la mastoïdite sont beaucoup moins aigus. La douleur est alors un des meilleurs signes de la maladie, mais cette douleur cesse le plus souvent d'être spontanée et il faut la rechercher avec soin par la pression. Il y a alors certains lieux d'élection où cette pression lui donne presque invariablement naissance, et une courte étude des dispositions anatomiques de l'apophyse mastoïde va vous permettre de comprendre la cause de la localisation des phénomènes douloureux. En effet, les cellules mastoïdiennes sont disposées sur deux plans, l'un vertical, l'autre horizontal. Sur le plan horizontal, qui répond à la paroi supérieure du conduit auditif externe, se trouvent les cellules les plus volumineuses décrites le plus souvent sous le nom d'antre mastoïdien. On comprendra facilement que la pression à ce niveau provoque de la douleur. On peut aussi lui donner naissance en appuyant fortement en arrière de l'apophyse, à un peu de douleur spontanée, mais cette douleur ne peut guère faire penser à la mastoïdite, car il s'agit alors d'élaucements névralgiformes dans la tête.

Dans ces cas douteux, il n'y a pas de gonflement, pas de rougeur, pas d'œdème; c'est à peine si parfois on perçoit un léger empatement. Tous les signes locaux se réduisent alors à la douleur que l'on provoque dans les lieux d'élection que je vous ai indiqués.

Il faut naturellement chercher à compléter le diagnostic à l'aide des signes rationnels. J'appelle votre attention sur le symptôme suivant, qui est important. Dans le cas de mastoïdite,

on constate que l'écoulement qui se fait par l'oreille externe est très abondant. Dans l'otite moyenne sans mastoïdite, il s'écoule beaucoup de pus pendant les premiers jours, puis bientôt cet écoulement se réduit considérablement. Dans le cas contraire, si l'abondance du pus reste considérable, on peut presque sûrement diagnostiquer une inflammation des cellules mastoïdiennes. Chez les quatre malades auxquels je donne en ce moment mes soins, cette abondance prolongée de l'écoulement m'a permis de poser le diagnostic.

Dans des cas beaucoup plus rares, on peut encore s'appuyer sur le signe suivant : Lorsque le conduit auditif étant détergé, on applique le spécul m, on constate que l'on provoque un écoulement du pus dans l'oreille en appuyant sur la partie postérieure de l'apophyse mastoïde.

L'examen au spéculum du conduit externe et de la membrane est, du reste, très important; il permet de constater que, lors de suppuration mastoïdienne, il y a gonflement et rougeur de la paroi postérieure du conduit auditif et souvent même on peut voir une voussure.

Le diagnostic de la mastoïdite suppurée une fois posé, il est difficile de faire la confusion avec une autre maladie. Cependant, la périostite suppurée de l'apophyse peut être confondue avec la suppuration des cellules. Très rarement la pathogénie de cette périostite est la même que celle de la mastoïdite et, le plus habituellement, elle se développe consécutivement à une otorrhée chronique. Dans le cours de cette dernière, il survient une exacerbation causée généralement par le froid, et il se développe une ostéopériostite qui se propage jusqu'à l'apophyse. Les phénomènes locaux de cette périostite sont des plus nets; on constate un gonflement énorme qui s'étend jusque sur l'écaille du temporal, et il est facile, en explorant soigneusement, de s'apercevoir que ce gonflement dépasse les limites de l'apophyse.

Dans la mastoïdite, le sillon rétro auriculaire est plus profond, tandis qu'il est effacé dans la périostite qui détache, pour ainsi dire, le pavillon et le porte en avant. Enfin, dans l'inflammation périostée, la fièvre est intense et il n'y a pas de phénomènes cérébraux.

Cependant il y a des cas où les deux maladies coexistent; le diagnostic est alors plus difficile, car il y a à la fois les deux séries de symptômes.

La mastoïdite suppurée peut guérir spontanément; le pus tend à se faire jour au dehors, mais y arrive plus ou moins vite selon l'épaisseur de la paroi externe des cellules. Quand les conditions anatomiques sont favorables, l'os s'uso et l'abcès interosseux s'ouvre. Malheureusement, le plus souvent, la paroi à traverser est très épaisse et atteint 1 centimètre 1/2; vous comprendrez facilement qu'il faudra alors un long temps au pus

pour pouvoir arriver au dehors. La paroi interne des cellules mastoïdiennes est, au contraire, très mince dans la grande majorité des cas, réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, de telle sorte que le pus aura beaucoup plus de facilité pour se frayer une voie dans l'intérieur du crâne. Or, la paroi interne répond au lobe cérébral postérieur, au cervelet, elle est côtoyée par le sinus latéral; l'issue du pus vers ces organes sera donc suivie d'abcès du cerveau, de thrombose des sinus, de pyohémie, accidents presque toujours, sinon toujours, mortels.

La collection purulente peut encore se diriger vers un autre point et aboutir en arrière et en bas, au-dessous de la gouttière digastrique; le pus s'épanche alors presque toujours dans la gaine du sterno-cléido-mastoïdien et l'abcès siège au-dessous de l'apophyse. Quand on appuie au-dessous et en arrière, on refoule du pus dans la caisse, et ce refoulement, dont je vous ai parlé au début de cette leçon, indique la manière dont s'est faite l'ouverture de l'abcès. Dans ces cas, il faut, au moment de l'opération, faire une contre-ouverture; quelquefois, cependant, même dans ces conditions, la trépanation ordinaire suffit.

Lorsque vous vous trouvez en présence d'une mastoïdite, il n'y a pas à hésiter, il faut faire la trépanation. C'est la une opération qui n'offre aucun danger, surtout depuis que nous appliquons la méthode antiseptique. Je n'ai perdu qu'un de mes opérés et encore l'intervention avait-elle été trop tardive, car il avait certainement un abcès cérébral au moment où j'ai été appelé.

Lorsque l'on redoutait encore la trépanation, on avait conseillé de faire une incision sur l'apophyse et d'attendre quelques jours; on n'intervenait que si les symptômes ne rétrocédaient pas. Je ne vous conseille pas d'agir ainsi, et, dès que votre diagnostic sera posé, vous devez recourir à la trépanation.

Les perforateurs spéciaux, les poinçons sont inutiles ou dangereux. Les instruments nécessaires sont une gouge, un maillet, un petit ciseau et une cuiller tranchante. Vous ferez votre incision immédiatement en arrière du pavillon sans le décoller; elle doit être placée de manière qu'un tiers de sa longueur soit au-dessus des cellules horizontales et les deux tiers au-dessous. Presque toujours on coupe une branche de l'artère auriculaire sur laquelle on placera simplement deux pinces. Une fois arrivé sur le périoste, vous le décollerez de façon à mettre à nu la surface externe de l'apophyse mastoïde; puis, avec le ciseau et le maillet, vous enlèverez en dédolant une lamelle d'os, de manière à arriver dans le tissu spongieux. Quelquefois un simple coup de ciseau suffit pour ouvrir les cellules; le plus souvent, il faut aller plus ou moins profondément. Pour cela, on prend la gouge et l'on creuse, en allant d'arrière en avant et de dehors en dedans, en suivant la direction de la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Bientôt, le pus apparaît, et, avec la cuiller, on enlève les fongosités qui existent souvent dans les cellules.

Quelquefois on ne trouve pas de pus ; il ne faut pas trop s'en étonner, et l'amélioration dans l'état du malade ne s'en produit pas moins.

Le traitement consécutif est simple. Pendant les premiers jours, il est utile de placer un petit drain dans les cellules et d'y faire des injections quand on renouvelle les pansements. Généralement, elles ressortent par l'oreille ; même, quand ce fait ne se produit pas, cela peut tenir à un simple gonflement de la muqueuse de l'orifice de communication, et il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Après une huitaine de jours, on pansera à plat, et la guérison surviendra rapidement.—*Union médicale.*

**De l'intervention chirurgicale dans l'appendicite**, par Thomas JONES.—M. Thomas Jones établit les règles de l'opération et les préceptes de l'intervention dans le cas d'appendicite. Nous résumons ainsi ce qui suit ce travail fort intéressant :

Le traitement chirurgical dans l'appendicite doit être adapté à une période hâtive du processus morbide, beaucoup plus hâtive qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il consiste à ouvrir largement la cavité de l'abcès, à en faire un lavage soigneux et à introduire un drain. L'on ne doit point faire précéder l'opération d'une ponction exploratrice quelconque, ni la faire suivre en général de l'ablation de l'appendice. Dans la majorité des cas, on peut ouvrir l'abcès sans intéresser le péritoine. Dans certains autres, le pus se trouve renfermé dans des diverticules péritonéaux souvent multiples et cloisonnés ; il faut alors les ouvrir, les vider, les drainer, car l'issue du pus dans le péritoine, par la rupture d'une de ces poches, entraînerait une péritonite généralisée mortelle.—*Medical Chronicle.*

**Traitement des phlegmons graves**, par le professeur HULDERICH.—Le traitement préconisé par l'auteur, dans un cas de phlegmon de l'avant-bras par exemple, est le suivant ; intervention immédiate. Le malade est baigné, couché sur la table d'opération, dans une position qui laisse un accès facile vers le membre malade. Anesthésie profonde. Désinfection en règle du membre. Le bras est ensuite maintenu élevé dans une direction verticale ; application de la bande d'Esmarch, incision de la peau après que le membre a été remplacé dans sa position naturelle ; un aide maintient écartés les bords de la plaie avec des crochets. On ouvre le foyer purulent en guidant le bistouri et les ciseaux à l'aide d'une sonde, et en ayant soin de ménager les tendons, les nerfs et les gros vaisseaux.

Une fois l'opération terminée, c'est-à-dire le pus mis à jour partout où il infiltre le membre, M. Helferich se borne à arroser et à laver la plaie avec une solution stérilisée de chlorure de sodium à 0,6 0/0, pour éloigner le sang et les restes du pus. Puis, quand tous les vaisseaux visibles ont été liés, il introduit dans la plaie

des fragments plus ou moins considérables de gazo iodoformée, de façon à combler tous les creux, toutes les anfractuosités. Application d'un pansement humide circulaire autour de la région de la plaie, et par-dessus, d'une couche de papier gutta-percha. Le membre est ensuite installé dans une gouttière convenablement capitonnée.—Guérison rapide et conservation des fonctions du membre.

### Traitement des cystites par le sublimé, par le prof. GUYON.

—Le sublimé a été employé en lavages et en instillations. Sur 10 cas, les lavages ont donné 2 guérisons, 2 améliorations, et 6 insuccès.

Sur 18 cas, les instillations ont donné 8 guérisons, 6 très grandes améliorations, 2 améliorations moyennes et 2 améliorations n'ayant porté que sur l'élément douleur. Ce dernier procédé a donc donné des résultats bien meilleurs.

Les cystites traitées comprennent :

—10 *cystites tuberculeuses*, sur lesquelles il y a cinq très bons résultats. Ce fait est intéressant à noter en raison des insuccès obtenus jusqu'à présent par l'emploi du traitement topique dans cette forme de cystite ;

—7 *cystites blennorrhagiques* dont 5 traitées par les instillations, comprenant 4 succès, et 2 traitées par le lavage avec 2 insuccès ;

—2 cas de *cystite chez les prostatiques* améliorés par les instillations, après insuccès des lavages ;

—6 cas de *cystite d'origines diverses* dont deux traitées par les lavages avec une guérison, une amélioration et 2 insuccès.

—Une *cystite pseudo-membraneuse*, lavée et guérie.

Les recherches que M. Hallé a faites sur l'action antiseptique du sublimé l'ont amené aux résultats suivants :

1. Le sublimé possède une action préservatrice puissante contre les microbes de l'air.

2. Son pouvoir antiseptique est plus faible sur les microbes urinaires que sur les microbes pyogènes vulgaires.

3. Son pouvoir désinfectant est faible sur les urines purulentes, sur lesquelles il n'agit qu'à doses énormes.

4. Son action générale est plus intense que celle du nitrate d'argent.

Les données expérimentales prouvent qu'on court à un échec si on veut agir sur l'urine, car il faut des doses considérables pour désinfecter les urines purulentes et amener le contact du sublimé avec les parties malades. C'est pourquoi les instillations donnent de meilleurs résultats que les lavages, qui ont en outre l'inconvénient de distendre la vessie ; les instillations permettent de plus d'employer des solutions plus concentrées.

Ces doses maniables de sublimé s'étendent de 1 pour 5.000, à 1 pour 1.000. Cette dernière solution est très douloureuse. Les solutions seront faites sans alcool.

L'instillation doit être faite dans l'urèthre postérieur, à doses d'abord de 20 à 30 gouttes, et peut ainsi arriver à abandonner dans la vessie 4 grammes de liquide.

La règle est d'ailleurs de subordonner la quantité de gouttes à la douleur; c'est ainsi que, dans les cystites blennorrhagiques, M. Guyon n'emploie que 10 à 15 gouttes.

Pour que l'instillation ait tout son effet, il faut que la vessie soit vide, et si l'on n'est pas sûr de ce fait, il ne faut pas hésiter à user de la sonde.

Ainsi employé, le sublimé n'a jamais provoqué aucun accident local ou général.—*Annales des mal. des voies génit.-urin.*

**De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles de la hanche, par le Dr VAUTRIN.**—L'auteur pose les conclusions ci-après :

1<sup>o</sup> Dans les luxations irréductibles de la hanche, l'expectation, l'électrisation et le massage permettront de faire recouvrer au malade, dans la majorité ces cas, un membre utile dont les fonctions s'amélioreront avec l'exercice :

2<sup>o</sup> Lorsque la nature de la lésion, assez longtemps observée, ne permet pas d'espérer le retour des fonctions; lorsque la luxation s'accompagne de douleur par compression nerveuse, de position vicieuse du membre, d'impossibilité de la marche, l'intervention chirurgicale s'impose, pourvu que le sujet n'ait pas dépassé l'âge adulte;

3<sup>o</sup> La ténotomie sera considérée comme insuffisante pour préparer la réduction;

4<sup>o</sup> L'arthrotomie permettra, dans les luxations récentes, de faire la réduction et d'obtenir aussi de beaux succès. On devra toujours recourir à elle avant de pratiquer la résection. Cette dernière opération est capable d'améliorer beaucoup l'état du sujet et de lui rendre l'aptitude au travail, sinon une démarche facile et à peu près normale;

5<sup>o</sup> L'ostéotomie et l'ostéoclasie seront réservées pour les cas où la tête du fémur est fixée dans une position vicieuse incompatible avec la marche.—*Revue médicale de l'Est.*

**Technique des injections iodées interstitielles dans le traitement du goître, par M. DUGUET.**—Les goîtres charnus récents, les goîtres kystiques récents sont ceux qui donnent les meilleurs résultats; on réussit moins bien avec les goîtres anciens.

Le liquide employé est la teinture d'iode du Codex, l'instrument une simple seringue de Pravaz. L'important est de préserver l'aiguille contre la rouille. Pour cela elle est lavée dans une solution ammoniacale légère qui enlève tout l'iode, puis plongée dans de l'huile phéniquée au dixième.

L'aiguille est introduite perpendiculairement à la peau. S'il ne

s'écoule pas de sang au bout de quelques secondes, on peut être sûr qu'on n'est pas dans une veine. L'injection d'iode est faite lentement et avec précaution ; puis l'aiguille est brusquement retirée.

Quelques malades présentent des douleurs d'oreilles, du torticolis, de la courbature avec fièvre. Mais ces phénomènes disparaissent au bout d'un jour.

La dose varie de une demi à une seringue, l'injection, selon les malades, peut se faire dans les huit ou quinze jours.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

**Infection gonococcique**, par M. BEDFORD-BROWN—Il existe, suivant l'auteur, deux voies par lesquelles le gonocoque pénètre dans le système général ; l'une est constituée par la muqueuse des voies urinaires depuis l'urèthre jusqu'aux reins, l'autre par cette partie du système lymphatique prenant origine dans l'urèthre pour se rendre aux ganglions inguinaux, puis se mêlant enfin à la circulation générale. Il croit que le microbe, ainsi transmis, se colonise en divers points de l'organisme. Le gonocoque dont l'extension se fait sur la muqueuse des voies urinaires produit invariablement des suppurations spécifiques, tandis que son passage à travers les lymphatiques n'amène pas toujours une inflammation suppurative, mais au contraire détermine des lésions à types variés. C'est ainsi que le contact du microbe avec les muqueuses cause des prostatites suppurées, des cystites, des urétérites, des pyélites, des néphrites suppurées, et que son introduction par les voies lymphatiques se marque d'abord par de la lymphangite des lymphatiques uréthraux, puis de la lymphadénite des glandes de Cowper, des ganglions inguinaux et des vaisseaux de même ordre qui leur sont annexés. Que l'absorption dépasse ces limites et on pourra voir, à la cuisse, des phlébites septiques, plus loin de la synovite, de l'endocardite et l'ophtalmie destructive interne. M. Bedford-Brown pense aussi que, dans certains cas, une véritable septicémie peut se développer au cours de cette infection. Il insiste sur l'urétérisme gonococcique consécutive à la cystite, urétérisme qui est une manifestation du processus inflammatoire dans sa marche ascendante vers le rein. Cette complication s'accompagne de douleurs, généralement sourdes et profondes, parfois très aiguës et paroxystiques, s'irradiant alors vers le rein, et non point en bas vers la vessie, comme cela se voit dans la colique néphrétique. Il existe de la sensibilité sur le trajet de l'uretère, sensibilité exagérée par la pression. L'urétérisme, dans l'infection gonococcique, précède toujours la néphrite quand celle-ci se produit.—*Journal of the Amer. Med. Assoc.*

---

D'après EICHHOFF, l'anitol constitue le meilleur antiseptique à appliquer dans les cas de lupus et d'ulcères syphilitiques tertiaires.



**Traitement chirurgical du tic douloureux de la face (névralgie du trijumeau) par M. V. HORSLEY.**—L'auteur passe en revue les divers traitements médicaux et chirurgicaux du tic douloureux de la face, et tire la conclusion suivante :

“Dès lors que les moyens médicaux et l'électricité sont restés impuissants pour faire disparaître la douleur, il y aura lieu d'exciser le tronc nerveux malade. La rapidité avec laquelle la cicatrisation se fait, l'absence totale d'eschare montrent qu'il n'existe pas de contre-indication sérieuse à ce traitement, qui apporte un soulagement réel en comparaison avec les autres méthodes. Ce soulagement est tel qu'une fois ainsi opéré le patient ne voudra plus entendre parler d'un autre traitement, si un nouveau filet nerveux devient malade à son tour.”—*British Medical Journal*.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**La frigidité génésique chez la femme.**—À mesure qu'on avance en âge, on devient le confident de bien des misères physiques et morales. La facilité de certains aveux aurait même lieu de nous surprendre, si nous n'avions pas souvent à remplir simultanément les fonctions de médecin du corps et de l'âme.

Les femmes en particulier, à qui on a fait à tort ou à raison la réputation d'être fort bavardes, de ne savoir rien cacher que leur âge, en arrivent facilement à dévoiler leurs secrets les plus intimes, à montrer les replis les plus ténébreux de leur cœur. Elles posent devant le public, elles se guident, pour ressembler à un certain idéal de grâce délicate et de chasteté sentimentale ; mais pour se reposer, pour être à leur aise, comme un guerrier qui quitte son armure, elles aiment à causer, à se familiariser, à avoir un confident impassible, devant qui elles puissent laisser voir, sans se gêner, leurs laideurs, leurs aspirations, leurs désenchantements, leurs infirmités et même leur bêtise.

Par destination, le médecin est tout particulièrement bien placé pour entendre et voir ce qui ne doit être ni vu, ni entendu. C'est un privilège qui n'est pas toujours enviable, et, au sujet duquel il faut généralement dépenser beaucoup de tact et de patience ; mais enfin, il permet de faire un peu de bien, de remédier à bien des faiblesses humaines sans en être éclaboussé.

Je n'étonnerai donc aucun de mes lecteurs, qui doivent être plus ou moins fixés là-dessus, en disant que s'il y a des femmes passionnées, qui se livrent avec transport, qui braveraient tout pour donner et se procurer la suprême ivresse ;—en revanche, il en est pas mal d'autres, sortes de débitrices insolubles, de succubes insaisissables.

sables, qui, au lieu de l'expansion rêvée, persistent dans une froideur rebuante. Elles ne sont pas illuminables; elles ne s'animent pas et restent nonchalantes. Leur sensibilité indécise semble figée; leur tendresse est fuyante, immatérielle. Elles en sont réduites à rester passives, ou plutôt à être menteuses, à jouer la comédie, comme l'une de nos grandes tragédiennes, qui, d'après d'indiscrètes confidences, a toujours conservé son sang-froid et sa placidité, malgré les hôtes innombrables qui ont traversé son boudoir hospitalier.

J'ai soigné, l'été dernier, une dame qui, comme un arbre dont la sève est prématurément tarie, a cessé d'être réglée à 28 ans, et qui n'a jamais rempli ses devoirs conjugaux qu'avec une certaine résignation mélancolique, comme une corvée, ne comportant aucune récompense attrayante, aucune satisfaction complète.

Une deuxième, autre coffre-fort également incombustible, — et quel coffre splendide! — n'est devenue incandescente que trois ans après son mariage, pour se transformer de nouveau en bûche économique, sans calorique, dix ans après, vers 35 ans, au moment de la plénitude des sensations chez les autres femmes, qui voudraient alors se multiplier, se renouveler sans cesse et verser autour d'elles, comme d'urnes intarissables, des voluptés sans fin! — Elle n'a pas eu d'enfant, quoique bien conformée, et on peut se demander si cette inaptitude à s'émouvoir n'a pas empêché sa ceinture de s'élargir. Mais puisqu'elle a fini par prendre, comme les allumettes de la régie, m'objectera-t-on?... J'entends bien; mais, comme on ne nous initie pas à tous les mystères des alcôves, je suppose que, comme les dites allumettes, prises pour terme de comparaison, ma cliente a dû donner plus de fumée que de feu!

Une troisième, pourtant pâte docile et serve, désireuse de courber le front et d'adorer, est âgée de 26 ans et s'est mariée à vingt ans. Elle a attendu en vain jusqu'à ce jour un bébé, ce qui la désole, et la pousse à raconter simplement, sans arrière-pensée, que ses relations avec son mari, qu'elle aime pourtant beaucoup, lui ont apporté plus d'absinthe que de miel. — Elle ne les subit qu'avec une vague lassitude et une certaine sensation de sacrifice.

Elle est timide et douce, de nature très droite, et souhaite ardemment de devenir mère. Elle ne demanderait donc pas mieux que d'être entraînée, mais elle ne parvient pas à se laisser conquérir, à connaître les élans de l'être entier vers un autre être. — Elle se sent humiliée de cette paresse de ses sens et voudrait dissiper les déceptions de son seigneur et maître, qui se plaint de ne tenir qu'une ombre dans ses bras et déplore sa solitude dans l'ivresse. — Peut-être est-ce lui qui est inhabile à animer Galathée!

Inutile de multiplier les exemples; le fait n'est que trop connu et il n'y a lieu d'en parler que pour chercher le remède à cette infirmité contre nature. Au moment où on se plaint partout que la natalité ne cesse de baisser en France, il est opportun de s'inté-

resser aux épouses qui souhaitent ardemment de donner des citoyens au pays. Leur nombre est extraordinairement élevé, et, en le diminuant, on dissipera bien des tristesses, tout en faisant acte de bon patriotisme.

C'est évidemment l'affaire des gynécologistes et je ne prétends pas empiéter sur leurs attributions; mais, en pareille matière, tout médecin peut être appelé à donner un bon conseil, ne serait-ce que pour écarter le calice dont s'abreuvent les ménages qui ont épousé le malheur, pour empêcher les femmes stériles de s'abîmer dans leur détresse et de réclamer trop tard l'intervention médicale qui pourrait les sauver. Je suis en effet convaincu que les débuts du mariage ont des conséquences désastreuses pour bien des jeunes femmes, et qu'il serait possible d'y remédier, en s'y prenant de bonne heure.

On l'a dit devant moi et sur tous les tons : Une jeune fille élevée dans le rêve des tendresses futures et dans l'attente d'un mystère inquiétant, deviné indécent et gentiment impur, mais distingué, doit demeurer bouleversée, quand la révélation des exigences du mariage lui est faite par un rustre.

Or, qui pourrait supputer ce qu'il y a de rustres par le monde, de mâles farouches, faunes en délire, mis hors d'eux-mêmes par l'abstinence de fiançailles? — Ils se précipitent sur leur proie comme le dogue affamé sur l'os qu'on lui donne à ronger et leur victime, souvent frêle et mariée trop tôt, qui avait besoin d'initiations graduées, qui aurait voulu s'habituer peu à peu, bâtir du bonheur brin à brin, expiera par des traumatismes excessifs et des souffrances de toute sa vie ces spasmes dévergondés et ces violences frénétiques.

Comment ne serait-elle pas brisée par ce triste réveil? — Quel désarroi!

Étonnez-vous, après cela, que l'horreur d'un pareil assaut, de cette bataille soudaine, sans combats d'avant-garde, ait refroidi sa chair, qu'elle reste pâle de dégoût sous la meurtrissure triomphale de muscles trop robustes! — On ne peut songer qu'avec pitié au troupeau pathologique que l'homme, berger impitoyable, chasse devant lui. Cette sombre et gémissante cohorte laisse sur le sol une longue ligne de sang. — Chez les riches, emmitoufflées de soies et de velours, les yeux peuvent sourire; mais, derrière ce masque, veille, lancinante et muette, la douleur, cachée comme une plaie hideuse sous un bandage tressé d'or.

Quant aux pauvresses, qui ne mentent pas, celles-là, filles des champs qui expient dans les hôpitaux spéciaux leur crédulité d'un jour, femmes du peuple, qui ne déguisent pas leurs souffrances dans les gazes et les dentelles, leurs traits tirés, jaunis avant l'âge, disent assez haut qu'elles sont marquées de la même croix, imprimée dans leur chair vive, qu'elles ont la même blessure faite par l'homme....., qu'elles ne maudissent pas cependant.

Je n'ai abordé qu'un des côtés de la question de la stérilité; bien d'autres éléments entrent en ligne de compte et je ne m'en occuperai pas aujourd'hui; mais enfin le vaginisme, les vulvites et les métrites du début ne sont pas étrangères aux déconvenues de certains maris, justement punis par où ils ont pêché.

.....  
 .....  
 Comme corollaire à ce qui précède, qu'il me soit permis, après tant d'autres, de m'extasier une fois de plus sur les étonnants mystères de la génération, sur les myriades de germes nécessaires pour aboutir à la reproduction. Que de sacrifices inutiles, que de gaspillage, avant que le but des gestations futures soit atteint.

Et cependant, de tout ce peuple serpentin d'infiniment petits, il suffit d'un seul élu, d'un seul atome, d'un rien imperceptible, qui ne mesure pas cinq centièmes de millimètre, pour que le huis-clos matriciel, école d'humanités, tressaille à se sentir violé. — Quelle responsabilité pèse sur ce spermatozoïde: — "Ce qu'il porte, écrivait récemment Maurice de Flourey, c'est l'ananké, c'est le fatum, c'est le péché originel, c'est l'atavisme et c'est l'hérédité, tout ce qui est irrémédiable, tout ce qui soufflette et dénie notre liberté d'âme, la malédiction d'une race, l'impossibilité d'être bon.

"Par lui, par cette molécule, tu assassineras, enfant, parce que ton père est un ivrogne; toi, tu auras, fillette, un signe noir sous le sein gauche, parce que l'aïeule l'avait; vous maigrirez de la phtisie, petits, et vous cracherez vos poumons, parce qu'un grand-père a fait la noce; et tu feras de beaux livres tristes, jeune homme, parce que ton grand oncle fut un aventurier; ou tu seras trois fois infâme, en mémoire d'un certain ancêtre, après dix générations!

"Oui, ce globule fécondé, ce sera, dans trente ans, toute la machine achevée, formidable de complexité, un tout d'inépuisables merveilles... Ça aura des amours aussi, des rêveries et des bassesses, une logique!

"Ce germe à son tour fera des germes et multipliera. Puis, quand il aura fait, tout au long d'une vie, dans l'amertume et la douleur, sa besogne fatale, il lui faudra rentrer aux origines, se remêler à tout le reste, pour resurgir infatigablement dans l'une quelconque des manifestations de la vie!"

.....  
 .....  
 Voilà, certes, une belle page consacrée à la cellule indifférente et souveraine, à la cellule où le monde est latent, à la cellule pleine d'avenir et gorgée d'espairs humains.

Je croirais la déflorer par des commentaires et je laisse mes lecteurs sous l'impression de rêverie éfarée qu'elle a dû provoquer en leur cerveau! — Dr GRELLET, in *Concours médical*.

**Le fer rouge en gynécologie**, par W. STOLIPINSKY.—À un moment où les nouvelles méthodes de traitement font fureur en gynécologie, comme partout ailleurs du reste, Stolipinsky croit devoir rappeler un moyen très ancien, le fer rouge, dont l'emploi est à la fois très simple et très efficace, et qui ne mérite pas la désuétude dans laquelle il est tombé. L'instrumentation pendant les opérations est très simplifiée, puisqu'on n'a à s'inquiéter, ni de l'hémostase, ni des sutures, ni, par conséquent, de leur enlèvement consécutif, ce qui simplifie le traitement post-opératoire. Il ne faut pas oublier non plus l'action désinfectante du fer rouge qui, non seulement détruit les microbes et leurs spores, mais enlève aux tissus tant d'eau et coagule si fortement leur albumine, qu'ils deviennent impropres à une pullulation nouvelle de bactéries. Les indications du fer rouge sont: les érosions du col et la métrite parenchymateuse chronique (le plus souvent avec déchirure de l'orifice externe), l'endométrite chronique du col et du corps de l'utérus, les néoplasmes, l'hypertrophie du col, la vaginite granuleuse, les papillômes des organes génitaux externes et du périnée, etc. En outre, on applique la cautérisation au fer rouge: à la muqueuse des trompes dans la salpingotomie, à la muqueuse cervicale dans les amputations sus-vaginales, au pédicule des polypes muqueux et fibreux, aux surfaces saignantes du col après la discision, à la plaie résultant de l'énucléation de kystes vaginaux, aux fistules génito-urinaires, aux granulations exubérantes. On peut donc employer le fer rouge: 1<sup>o</sup> comme caustique (superficiel ou profond); 2<sup>o</sup> comme moyen d'exérèse, pour enlever des tissus pathologiques; on doit ranger à part l'ignipuncture proposée par Courty contre la métrite chronique.

La technique ne présente point de difficultés: le vagin doit être largement dilaté à l'aide de quatre valves de Sims; l'entrée du vagin garnie de ouate trempée dans du sublimé à 1/1000; le champ opératoire irrigué de temps en temps avec une solution antiseptique froide; les applications du thermocautère très rapides. Pour la cautérisation de la muqueuse cervicale, il faut la débarrasser du mucus mécaniquement ou à l'aide de dissolvants alcalins, tels qu'une solution concentrée de soude. L'amputation de la portion vaginale peut se faire de deux manières: 1<sup>o</sup> suivant une ligne perpendiculaire à son axe; 2<sup>o</sup> suivant une ligne oblique, de manière à obtenir un cône dont le sommet regarde l'orifice interne.

Le traitement post-opératoire est très simple: tampon de gaze iodoformée dans le vagin (si la muqueuse cervicale a été cautérisée, on fait pénétrer le tampon dans le col, pour éviter son oblitération) restant en place pendant sept à huit jours, puis injections vaginales antiseptiques matin et soir; les malades se lèvent le huitième ou le dixième jour, après l'amputation conique seulement le douzième ou quatorzième jour.

Les résultats thérapeutiques sont excellents. Après la cautérisation de la portion vaginale, celle-ci se recouvre, ainsi qu'a pu le constater l'auteur, d'épithélium pavimenteux stratifié qui est particulièrement résistant et s'oppose aux récives des érosions. Dans quatre cas, après avoir appliqué sans succès d'autres caustiques, tels que l'acide pyroligneux, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, Stolipinsky a vu guérir les érosions du col après une seule application du fer rouge.

Enfin, l'amputation de la portion vaginale au thermo-cautère est indiquée dans les cas de cancer incipient du col, quand le médecin se trouve éloigné des ressources d'un grand hôpital et hors d'état d'entreprendre l'hystérectomie totale; le fer rouge est ainsi appelé à rendre de grands services à la clientèle pauvre des campagnes.—*Gazette de gynécologie.*

**Des manipulations intra-utérines.**—KALTENBACH conseille vivement de ne jamais répéter trop souvent les manipulations intra-utérines, telles que : irrigation, sondage, dilatation, introduction d'instruments quelconques. Les dilatations forcées et répétées sont surtout à rejeter comme devant occasionner presque toujours, à la longue, l'introduction d'agents nocifs par les petites érosions artificielles, agents qui, se propageant par les voies lymphatiques, peuvent atteindre le paramétrium et le péritoine des organes du petit bassin. Même en dehors du danger d'infection, les patientes traitées de la sorte deviennent nerveuses à un haut degré, et l'on voit survenir chez elles de la céphalalgie, des palpitations de cœur, de l'insomnie et souvent des troubles psychiques importants.

---

## PÆDIATRIE.

---

**Le pronostic chez les enfants.**—Clinique de M. le Dr J. SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Si la clinique est un art difficile, exigeant avec un ensemble de connaissances théoriques immenses une éducation spéciale de l'intelligence et des sens, c'est surtout dans les questions relatives au pronostic qu'éclatent bien ces difficultés. Toujours très délicat chez l'adulte, le pronostic l'est certainement plus encore chez l'enfant. L'enfant n'a pas, sans doute, de maladies particulières, la médecine infantile n'est pas une spécialité au sens propre du mot. Cependant les maladies de l'enfant présentent une marche, une symptomatologie, des complications particulières qui déroutent singulièrement le clinicien, s'il n'a pas l'habitude de ce terrain, si nouveau pour lui.

Rappelez-vous, pour prendre un exemple, ces phénomènes que je vous ai souvent montrés chez des enfants du premier âge. A peine existe-t-il un peu d'accélération des mouvements respiratoires, un léger battement des ailes du nez, un peu d'abattement, de la fièvre. La toux paraît absolument insignifiante, les signes stéthoscopiques manquent au début. J'ai souvent comparé ces pneumonies insidieuses et masquées aux pneumonies également insidieuses et adynamiques des vieillards. Dans les deux cas il faut, malgré la bénignité apparente des symptômes, savoir porter le pronostic le plus réservé et souvent le plus sérieux.

Il serait superflu d'insister sur l'importance du pronostic. Seul il vous permet de mesurer le degré, l'intensité des moyens thérapeutiques qu'il convient de mettre en œuvre. Seul il vous permet d'apprécier l'effet de ces moyens. En clientèle, c'est sur le pronostic que vous serez particulièrement, souvent, hélas ! injustement jugés. La famille de l'enfant ne peut contrôler votre diagnostic ; elle manque d'éléments pour apprécier votre thérapeutique. Tout dépend donc, à ses yeux, de la façon plus ou moins exacte dont se réalisera ce que vous avez fait craindre ou ce que vous avez fait espérer.

Pour établir votre pronostic chez l'enfant, vous avez des règles générales et toute une série de signes particuliers. Les règles générales sont surtout relatives : 1<sup>o</sup> à la résistance spéciale de l'enfance ; 2<sup>o</sup> au milieu de famille ou milieu d'hôpital dans lequel il est soigné. Les signes particuliers vous sont surtout fournis par l'âge, la température, le pouls, les forces, les sécrétions, le groupement des accidents morbides, enfin par l'hérédité.

A.— *La résistance des enfants est véritablement merveilleuse.* C'est elle qui, dans les affections les plus graves, permet de conserver encore une lueur d'espoir, alors qu'un adulte, dans des conditions analogues, n'aurait plus aucune chance de salut. Souvent, d'ailleurs, chez l'enfant, les accidents sont en apparence plus graves, plus bruyants, plus terribles qu'en réalité. J'aurai plus loin l'occasion de vous montrer qu'il faut se défier moins des manifestations à grand éclat, fièvre, délire, agitation, que des manifestations contraires : abattement et torpeur, de l'ataxie que de l'adynamie.

Nous venons d'avoir dans nos salles trois beaux exemples d'enfants qui ont, à notre grande joie, fait appel du pronostic grave et presque fatal que nous avons porté chez eux. Dans le premier, il s'agit d'un érysipèle ayant chez un enfant de six ans envahi la face, le cuir chevelu, le pharynx, le palais. Au neuvième jour, la température restait à 41<sup>o</sup>, non seulement il n'y avait pas d'amélioration, mais l'agonie paraissait commencer. L'enfant devenait froid, bleuâtre, insensible, puis tout d'un coup et sans qu'on ait pu le prévoir, la température tombait à 35<sup>o</sup>. L'enfant, pourtant, surmonta cette crise violente et finit par guérir.

Dans le second cas, il s'agit d'un pauvre petit enfant tuberculeux, rachitique, chez qui l'affection primitive vint se compliquer d'une pneumonie diffuse de tout le côté droit. Certes, cet enfant n'est pas guéri de sa tuberculose, mais, en dépit de toutes nos craintes, il a survécu à sa poussée pneumonique.

Dans le troisième, c'est une fièvre typhoïde avec accidents nerveux tellement violents que vous m'avez vu discuter le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Là encore la guérison a été obtenue au bout de trois longues semaines d'incertitudes.

À côté de ces faits, que vous avez vus, je pourrais citer bien d'autres exemples. L'an dernier, en ville, j'allais voir un enfant atteint de diphtérie laryngée et bronchique secondaire au cours d'une dysenterie. L'agonie paraissait proche. Une tante qui le soignait s'occupait déjà de préparer la chambre mortuaire. Au tirage progressif succédèrent des accès de toux qui, petit à petit, détachèrent les obstacles muco-membraneux et en 24 heures la situation était si heureusement modifiée que l'enfant jouait sur son lit sans offrir de signes dyspnéiques et finit par guérir. J'ai même guéri une petite fillette atteinte de broncho-pneumonie chez qui les parents avaient cru, non plus à l'agonie, mais à la mort, et que j'avais trouvée un crucifix sur la poitrine, deux cierges allumés de chaque côté du lit. J'eus peine à convaincre la famille que l'enfant respirait encore, et cependant, après une série d'accidents divers, la guérison complète put être définitivement assurée et affermie.

B.— Une deuxième règle générale est l'extrême différence entre le pronostic en ville et à l'hôpital. Autrefois cette gravité du pronostic résultait surtout de la promiscuité des maladies les plus contagieuses. Aujourd'hui ces dangers sont diminués par l'isolement. Mais cet isolement si nécessaire a créé pour les malades ainsi agglomérés de véritables foyers d'infection réciproque. C'est surtout pour les petits rubéoliques que l'aggravation produite par l'encombrement et la réunion dans des salles défectueuses a été manifeste. La mortalité par la rougeole était de 20 à 30 0/0 avant l'isolement, elle atteint actuellement 42 0/0. C'est surtout de la fréquence et de la gravité des broncho-pneumonies que résulte cette énorme augmentation de la mortalité. En ville, d'ailleurs, l'encombrement peut dans quelques cas produire les mêmes résultats néfastes. Dans une famille où les cinq enfants atteints de coqueluche avaient été réunis dans la même chambre, j'ai vu la coqueluche se compliquer, sans imprudence ni écarts de régime, de broncho-pneumonies aussi graves que celles de l'hôpital. Deux des enfants succombèrent malgré les mesures que j'avais immédiatement fait prendre pour ventiler la pièce avec les ménagements et les précautions d'usage en pareille circonstance.

Les autres éléments généraux du pronostic sont beaucoup moins importants.



Au point de vue du *sexe*, le seul fait à retenir est que les petites filles, surtout celles des grandes villes, sont plus nerveuses, plus excitables que les petits garçons. Les accidents ataxiques, l'agitation, le délire, la fièvre surviennent chez elles plus facilement à l'occasion d'indispositions légères, et en imposent aisément pour des accidents redoutables. Au point de vue des *climats* et des *saisons*, les affections des voies respiratoires sont naturellement plus sérieuses dans les contrées et par les saisons humides et froides. Les affections de l'appareil digestif sont au contraire plus graves dans les contrées et par les saisons chaudes.

Les règles plus spéciales à chaque affection portent sur deux points principaux : la maladie d'une part, le malade d'autre part. Prenons pour exemple une diphtérie. Il s'agit évidemment d'une affection toujours sérieuse, exposant, même dans ses formes les plus bénignes au début, à des complications graves. En dehors de cette notion générale, la maladie peut se présenter avec des caractères, des localisations rendant d'emblée le pronostic extrêmement sombre : infection générale intense, engorgement ganglionnaire considérable, angine gangréneuse, croup. Le pronostic est encore très sombre chez tout diphtéritique qui ne mange pas, chez tout diphtéritique ayant de la fièvre. Les caractères bactériologiques de la fausse membrane constituent un élément nouveau et important du pronostic. Toute fausse membrane riche en bacilles de Klebs comporte un pronostic très réservé, sur quelque point qu'elle siège et si minime que soit son étendue. M. Roux, dans les recherches bactériologiques qu'il a faites sur des fausses membranes diphtéritiques qui lui étaient envoyées de cet hôpital, a souvent de cet examen conclu, sans avoir vu le malade, que l'enfant de qui provenait la fausse membrane était atteint d'une diphtérie bénigne ou grave. Cette conclusion bactériologique s'est toujours trouvée d'accord avec la conclusion clinique.

Voici pour la maladie. On pourrait pour chaque affection vous indiquer des règles analogues, mais il faudrait pour cela passer en revue toute la pathologie infantile. Envisageons donc seulement la question du malade, et voyons les éléments spéciaux que peuvent nous fournir l'âge, la température, le poids, les forces, les sécrétions, le groupement des accidents morbides, enfin l'hérédité.

En ce qui concerne l'âge, les enfants peuvent être rangés en deux groupes : les enfants au dessous d'un an et demi (les enfants à la mamelle) et les enfants au-dessus de deux ans. Chez les premiers, toutes les maladies peuvent être graves, les maladies infectieuses en particulier, coqueluche, rougeole, diphtérie surtout, qui deviennent facilement mortelles. Au-dessus de deux ans commence déjà la résistance particulière de l'enfance ; comparez, pour prendre un seul exemple, l'extrême gravité des diarrhées à un mois et leur bénignité après trois ans.

La température chez les enfants est souvent très élevée sans

avoir de signification particulièrement grave. Un coryza, une angine simple, une entérite peuvent produire une température vespérale de 39° et 40°, cependant il faut convenir que 40°,5, 41° constituent toujours un signe d'un caractère sérieux, quelle que soit l'affection.

L'absence de rémission matinale, la persistance de la fièvre sans défervescence constitue comme chez l'adulte un élément de pronostic réservé. Mieux vaut une température de 40°,5 le soir avec abaissement à 38°,5 39° le matin, qu'une température se maintenant presque sans rémission matinale à 40° et 39°,5.

Une gravité spéciale s'attache encore aux températures élevées, persistant après le temps ordinairement nécessaire pour juger une maladie ou réapparaissant dans la convalescence. Exemple : Toute pneumonie qui ne fait pas sa défervescence le 8, 9<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup> jour devient suspecte. Une pleurésie chez l'enfant s'accompagnant de fièvre après la cinquième semaine est presque certainement une pleurésie suppurée. La fièvre qui apparaît dans la diphtérie au troisième ou quatrième jour de la trachéotomie est souvent d'un pronostic très alarmant.

Le *pouls* vous renseignera d'abord par le nombre, la résistance, l'amplitude des pulsations. Pour le rythme et la régularité, vous devez savoir que, chez les enfants, les émotions et en particulier l'émotion de la visite du médecin, les inspirations profondes ou courtes produisent une accélération et une irrégularité très marquées du pouls. Si l'irrégularité n'est pas accidentelle, si le pouls est tantôt intermittent, misérable, tantôt plein, ralenti, trahissant les signes de la méningite, ces mêmes symptômes, réunis à d'autres éléments sérieux, inspirent les craintes les plus légitimes au point de vue du pronostic.

Les *rapports du nombre des pulsations* et de l'*élévation de la température* offrent aussi un grand intérêt. Un pouls à 140 ou 130 avec une fièvre à 39°,5 indique une fièvre intense. A la période extrême de la méningite, le dénouement fatal est annoncé par le pouls à 160, la température à 41°. Par contre, chez les typhiques, avec température montant le soir à 40°, 40°,5, vous voyez assez souvent le pouls ne pas dépasser 100. Cette faible accélération du pouls, en comparaison de l'élévation thermique, est un signe favorable indiquant que l'organisme n'est pas touché profondément. Elle ne se rencontre que quand la rémission matinale est notable.

Cette dissociation, ce pouls peu accéléré, avec une température élevée, se retrouve au contraire comme signe fâcheux dans les tuberculoses latentes, les suppurations sournoises. Mais alors vous observez aussi de temps à autre le rapport inverse, le pouls accéléré fréquent au moment où la rémission thermique tombe à son minimum.

Les *forces* chez l'enfant malade peuvent être perverses, exaltées,

amoindries. L'ataxie, l'agitation sont toujours moins inquiétantes que l'adynamie et l'affaïssement. Chez l'adulte, une fièvre typhoïde qui débute par un délire furieux, de l'agitation, une révolte générale de l'économie est extrêmement grave. Chez l'enfant, rien de plus commun que de voir ce début bruyant, accompagné même de convulsions, suivi d'une fièvre typhoïde bénigne. Dans la pneumonie de l'enfant, le délire, les convulsions n'indiquent pas un dénouement fatal; l'affaïssement, au contraire, persistant au delà du 9<sup>e</sup> jour, sans rémission thermique, est encore un signe de suppuration. Vous connaissez aussi toute la gravité des accidents adynamiques du choléra infantile.

Quand les sécrétions sont normales, que l'élimination par le rein, la peau, la salive évolue régulièrement, la gravité du pronostic se trouve très atténuée. En revanche, quand la peau est sèche, âcre, mordicante, craquelée, que toute moiteur a disparu, que la langue est sèche, vernissée, fuligineuse, comme rôtie, que les urines sont rares, le pronostic devient des plus sérieux. Pour l'urine, vous aurez soin, bien entendu, d'examiner la distension vésicale pour bien distinguer l'oligurie et l'anurie de la rétention. Je ne fais que vous signaler les renseignements fournis par l'albumine, le sucre, la diminution ou l'augmentation de l'urée, des phosphates et des urates.

La putridité de l'haleine, des matières fécales est toujours un indice d'affection non bénigne. En revanche, les hémorrhagies, épistaxie, mélena, purpura même ne sont pas, alors même qu'ils surviennent au début des maladies fébriles, dans le cours de l'albuminurie, des diarrhées, d'un pronostic aussi sérieux que chez l'adulte. Tant que ces hémorrhagies ne s'accompagnent pas d'adynamie, elles ne sont pas trop inquiétantes. J'ai même vu une rougeole des plus malignes s'atténuer brusquement au moment de l'apparition d'abondantes épistaxis.

Pour l'ordre de groupement des accidents morbides, je vous ai déjà signalé ce qui a trait aux rapports du pouls et de la température. Défiez vous toujours de tout symptôme singulier, bizarre, anormal, quelque insignifiant qu'il paraisse.

Les tares héréditaires, tares syphilitiques, tuberculeuses, alcooliques aggravent souvent le pronostic. Exceptionnellement elles permettent de porter un diagnostic un peu moins grave que celui auquel on pensait tout d'abord. Des accidents, méningitiques en apparence, survenant chez des descendants d'alcooliques, de syphilitiques, céderont quelquefois. Certes, la rémission ne sera bien souvent qu'incomplète; il persistera un état chronique de sclérose cérébrale. Mais vous aurez moins à redouter la méningite aiguë fatale à brève échéance que chez les descendants de névropathes et de tuberculeux.

À côté des tares héréditaires, je dois vous signaler les tares morbides antérieures. Vous connaissez toute la gravité des

*affections secondaires* survenant dans la convalescence d'une autre affection. Les croups, les broncho-pneumonies consécutives à la rougeole laissent en particulier bien peu d'espoir.

Vous voyez donc de quels éléments multiples difficiles à recueillir, plus difficiles encore à apprécier, se composera votre pronostic. C'est vous dire avec quelle réserve vous devrez toujours le formuler. Sans sentir et sans apprécier les difficultés de votre tâche, les familles jugeraient sévèrement et injustement toute prédiction de votre part qui serait en bien et surtout en mal démentie par les faits.—*Progrès médical.*

**Pansement de l'ombilic chez le nouveau-né.**—Le Dr GODEWSKI a fait une étude comparative des moyens de pansement de l'ombilic chez le nouveau-né :

1o Pansement avec de la *gaze iodoformée* (30 0/0), deux fois par jour ; sur 29 cas, 5 fois séparation du cordon par la voie sèche ; dans les 24 autres cas, la séparation se fit par la voie humide avec ulcération de l'ombilic, et dans la moitié des cas développement de sarcomphale ; la chute du cordon s'est effectuée en 10 jours 3.

2o Pansement avec de la *toile trempée dans de l'huile*, une fois par jour. Sur 52 nouveau-né, 16 ulcérations de l'ombilic, ou sarcomphale.

3o *Toile sèche* usitée dans 32 cas ; ulcérations dans 11 cas. Le temps nécessaire pour la chute est en moyenne 5 jours 3.

4o D'après la méthode de *Soutouguine*, l'auteur a appliqué la *poudre de gypse* dans 53 cas. La séparation du cordon se fit par la voie sèche et durait en moyenne 4 jours 86. Chez 4 nouveau-nés seulement, il se produisit de la sarcomphale. Le pansement consiste en ce qu'après avoir coupé le cordon on enveloppe l'appendice dans de l'ouate saupoudrée avec de la poudre de *gypse* ; pansement deux fois par jour.

5o Pansement à l'*acide salicylique* avec de l'amidon (1 : 5) sur de la ouate. Chez les 22 nouveau-nés, la cicatrisation était sèche en 4 jours ; ulcération dans 4 cas. L'auteur a encore expérimenté l'emplâtre, l'acide borique, sulfate de magnésic, etc. Toutes les expériences ont été faites dans le même établissement, par conséquent dans des conditions identiques. Il est donc incontestable que le moyen de pansement exerce une influence sur les ulcérations de l'ombilic. De la comparaison des résultats obtenus par les divers pansements il résulte que le meilleur pansement est celui qui est fait avec une poudre hygroscopique, la poudre de *gypse* occupe la première place. Le gypse absorbe l'eau et, en desséchant le cordon, il empêche le développement des microbes.—*Praticien.*

## FORMULAIRE

**Gerçures du sein.**

P.—Baume du Pérou.....	
Teinture d'arnica.....	4 drachmes
Huile d'amandes douces.....	1 once
Eau de chaux.....	4 drachmes

M.—En applications plusieurs fois par jour.—*Weekly Medical Review.*

P.—Aristol.....	4 grammes.
Vaseline liquide.....	20 “

Appliquer après chaque tétée, en ayant soin de pincer la base du mamelon pour étaler les papilles et découvrir toutes les gerçures.—VINAY, in *Gazette d Gynécologie.*

**Cancer utérin.—Gillette.**

P.—Iodoforme.....	6 parties
Charbon de Belloc.....	5 “
Sulfate de quinine.....	1 partie
Essence de menthe.....	q. s.

M.—Pour tampons.—*Gazette de Gynécologie.*

**Végétations.—Uriola.**

P.—Acide salicylique.....	1 partie.
Acide acétique.....	15 parties.

M.—Appliquer au moyen d'un pinceau.—*National Druggist.*

**Acné.—Stelwagon.**

P.—Soufre sublimé.....	2 drachmes.
Ichthyol.....	1 drachme.
Acide salicylique.....	30 grains.
Vaseline.....	1 once.

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

**Eczéma anal.—Unna.**

P.—Huile de lin.....	1 once.
Eau de chaux.....	1 “
Oxyde de zinc.....	1 “
Iodoforme.....	1½ drachmes.

M.—Usage local.

**Leucorrhée des petites filles.**

P.—Iodoforme.....	25 centigr.
Beurre de cacao.....	1 gramme.

M.—Pour un suppositoire ; à appliquer matin et soir.

# 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, AVRIL 1892.

---

---

## BULLETIN.

### Calomel et fièvre typhoïde.

Smakovsky a fait subir au traitement *spécifique* de la fièvre typhoïde, tel que vanté par Liebermeister, une modification importante. Au lieu de donner 10 grains de calomel en une seule dose, le premier jour, puis 8 grains par jour durant les trois ou quatre jours suivants, il fractionne les doses et conclut, de l'observation de 700 cas, que cette méthode est la plus simple en même temps que la plus efficace. Il donne  $\frac{3}{4}$  gr. toutes les heures, pendant dix heures s'il le faut, ou encore jusqu'à ce qu'il se soit produit des selles abondantes, molles et vertes. Un gargarisme de chlorate de potasse est prescrit en même temps dans le but de prévenir la stomatite. Dans les cas où il y a déjà de la faiblesse cardiaque, on donne l'infusion de digitale avant de commencer la médication au calomel. Après un intervalle de 24 heures, on peut recommencer l'administration du calomel tel qu'il vient d'être dit.

De Simone, qui préconise aussi le calomel dans la dothiéntérie, l'emploie à titre d'antiseptique intestinal et le donne à petites doses ( $\frac{3}{4}$  grain) tous les deux ou quatre jours, l'associant à l'opium (1/7 grain par dose). Les bons effets de cette médication ne seraient appréciables, dit De Simone, qu'à la seconde période de la maladie, c'est-à-dire au moment où l'action antiseptique commence réellement à se faire sentir. La fièvre peut même alors être absolument jugulée.

Cette méthode de traiter la fièvre entérique donne-t-elle en réalité les succès que lui attribuent les allemands? Elle abrègerait la durée de la maladie, si l'on en croit Liebermeister, et réduirait le chiffre de la mortalité. Mais n'oublions pas, comme l'a si judicieusement fait observer M. Bouchard, que le traitement

au calomel détermine une convalescence longue, une anémie profonde, et expose aux hémorrhagies intestinales. A ce point de vue, la modification suggérée par Smakovsky loin d'augmenter ne doit, à notre avis, qu'accentuer davantage les inconvénients et les dangers du traitement.

Au cours de sa longue carrière de maître de l'hôpital de la Rotonde, Lombe Atthill n'a jamais employé d'autre anesthésique que le chloroforme dans les cas d'accouchement, ceux-ci dépassant le chiffre de trois mille. Jamais un accident, jamais même une simple alerte ne sont survenus. Dans les opérations de la chirurgie gynécologique, il ne s'est également servi que du chloroforme (dans environ quatre mille cas) et n'a eu qu'un seul cas de mort qu'à la rigueur il est plus rationnel d'attribuer à une autre cause qu'à l'anesthésique.

Pour lui, le chloroforme doit prendre le pas sur l'éther, agissant mieux et plus rapidement. L'inhalation de l'éther est très désagréable et fatigante pour le malade; les vapeurs éthérées sont très irritantes pour les voies respiratoires; le vomissement survient plus souvent qu'avec le chloroforme; les effets subséquents, notamment la nausée et la saveur désagréable de l'éther dans la bouche, durent plus longtemps, parfois même plusieurs jours; enfin l'éther doit être administré sans accès d'air atmosphérique, ce qui donne lieu à une demi asphyxie.

Dans l'administration du chloroforme, ajoute l'illustre accoucheur irlandais, trois conditions sont nécessaires: 1o Employer du chloroforme absolument pur; 2o ne se servir que d'un appareil laissant pénétrer l'air atmosphérique dans les poumons; 3o faire administrer le chloroforme par une personne sûre, qui s'occupe exclusivement de sa besogne et surveille attentivement les mouvements respiratoires et le pouls.

\* \* \*

Les empoisonnements par les sels de barium sont assez rares pour qu'ils soit intéressant d'en signaler un cas arrivé récemment à Londres. Environ 150 grains de chlorure de barium furent administrés à une jeune fille aux lieu et place du sel de Carlsbad. Les vomissements se manifestèrent au bout de vingt minutes et la mort survint quatre heures et demie après l'ingestion de la dose.

\* \* \*

Le correspondant parisien de la *Tribune* de New-York a donné dernièrement le compte-rendu d'une leçon de M. Durand-Fardel sur la morphinomanie et a signalé le fait qu'à l'heure qu'il est, les jolies parisiennes morphinomanes, et elles sont nombreuses, en

sont rendues à faire figurer la seringue hypodermique au milieu de leurs bijoux. Il ne s'agit plus ici de l'humble et primitif instrument de Pravaz, mais d'une jolie petite seringue montée en or et enrichie de diamants, faisant aussi office de crayon et pouvant servir à inscrire les noms des danseurs sur les carnets de bal. Durand-Fardel affirme en outre le fait que l'habitude de prendre de la morphine se contracte souvent au sein des réunions de dames—et du plus grand monde—où l'on se livre à diverses expériences et où sont décrites les sensations multiples éprouvées par les adeptes.

Que nos lecteurs se donnent la peine de lire "Morphinae" de Dubut de Laforest, et ils n'auront plus rien à apprendre au sujet des progrès de la morphinomanie en France, et de la manière dont *ça se fait*.

\*\*\*

Nous apprenons avec plaisir que nos amis MM. les Docteurs Arthur Desjardins, de Ste-Anne de Lapocatière, et Joseph Langlois, de Trois Pistoles, viennent d'être nommés coroners conjoints du District de Kamouraska. M. le Dr. Euclide Tremblay, de la Pointe aux Esquimaux, a aussi été nommé coroner pour le district de Saguenay. Si le gouvernement de Boucherville continue sur cette note là, nous pourrions espérer voir bientôt Montréal enfin dotée d'un coroner médecin, et même d'un inspecteur d'anatomie également médecin. Ces deux postes appartiennent tout naturellement à la profession médicale, laquelle—disons-le tout de suite—n'a jamais été des plus favorisées au point de vue du patronage politique.

\*\*\*

Nos lecteurs trouveront plus loin, à la *Revue bibliographique*, une appréciation aussi juste qu'élogieuse du *Traité de Médecine* que M. le Dr W. Osler vient de livrer à la publicité. L'éloge n'est pas de trop. M. le Dr Osler est à la fois un savant et un praticien, et si, dans la description des maladies, le pathologiste se révèle dans toute l'étendue de son érudition, il n'en est pas moins pour cela un observateur pratique. Le succès de l'ouvrage ne fait pas pour nous le moindre doute et nous faisons des vœux pour que la profession médicale canadienne fournisse aux éditeurs une liste de souscripteurs des mieux remplies.

\*\*\*

Le *Medical World* a attiré l'attention sur certaines méprises et erreurs auxquelles le médecin est parfois exposé et qu'il importe d'éviter :

1. Promettre une guérison certaine.
2. Promettre une visite à heure fixe.
3. Promettre que la maladie ne récidivera pas.



4. Promettre de rendre au patient plus de services que ne le ferait un autre confrère.

5. Promettre que les pilules ne seront pas amères et que le coup de bistouri ne sera pas douloureux.

6. Promettre que le frisson ou la fièvre ne sera pas aussi marqué demain.

7. Permettre au malade de vous indiquer les méthodes de traitement et les remèdes à prendre.

8. Se laisser émuouvoir par les critiques ou les flatteries des parents du malade.

9. Se permettre de ranimer la confiance et l'espoir du malade alors que le cas est désespéré.

10. Faire étalage de vos instruments.

11. Vous livrer à des expériences inutiles ou déployer des *capacités* qu'on ne vous demande pas.

12. Vous permettre, au cours d'une consultation avec un confrère, de prendre un air mécontent et de faire voir que si vous aviez été appelé plus tôt, les choses se seraient mieux passées.

13. S'adonner à l'usage des alcools.

14. Ne baser un diagnostic que sur les symptômes subjectifs.

15. Vous laisser aller à dire au malade que vous ordonnez du *sucre blanc* quand en réalité vous prescrivez du *calomel*.

16. Se permettre de donner de la quinine et de l'arsenic quand un simple placebo : eau claire ou pilule de mie de pain, peut suffire.

17. Se laisser aller à confier à M. Smith les côtés faibles et les habitudes irrégulières de la famille Jones.

18. Donner ses services et ses avis sans avoir la certitude ou l'assurance d'honoraires raisonnables.

N'est ce pas qu'il y aurait encore beaucoup à ajouter à cette énumération déjà longue ?

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

OSLER.—*The Principles and Practice of Medicine, designed for the use of Practitioners and Students of Medicine*, par William OSLER, M.D. professeur de médecine au Johns Hopkins University, et médecin-en-chef du Johns Hopkins Hospital, ex-professeur d'Institutes de médecine à l'Université McGill, Montréal, ex-professeur de Clinique médicale à l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie—Octavo-royal de 1079 pages—prix \$5.50, \$6.50, \$7.00—suivant la reliure. Publié par Dr. Appleton & Co., 1, 3 & 5 Bond Street, New York. Ne se vend qu'aux souscripteurs.

Voici la classification adoptée par l'auteur et l'espace consacré aux différents sujets : Maladies infectieuses spécifiques ; maladies infectieuses de nature douteuse 219 pages—maladies constitutionnelles, 53 p.—maladies du système digestif—des intestins—du foie—du pancréas—du péritoine, 150 p.—du système respiratoire—du larynx—des bronches—des poumons—de la plèvre—du médiastin, 106 p.—du système circulatoire—du cœur—des artères, 102 p.—du sang et des glandes sans canal excréteur, 32 p.—des reins, 67 p.—du système nerveux, 219 p.—des muscles, 6 p.—des intoxicants—l'insolation et l'obésité, 21 p.—maladies parasitaires animales, 33 p.

L'ouvrage du Dr. Osler sera reçu avec beaucoup de plaisir par toute la profession canadienne pour qui le nom de l'auteur est déjà une garantie. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre à Montréal et qui ont suivi ses travaux au Johns Hopkins et dans la presse médicale, ont droit de s'attendre à un ouvrage de première excellence et de fait c'en est un précis, clair, concis, au courant de la médecine du jour dans ses moindres détails, le tout écrit dans un style qui fait reconnaître l'homme également brisé à l'enseignement et à la pratique, l'homme qui a vu, analysé et apprécié par lui-même—l'observateur érudit à qui rien n'échappe. Le lecteur est frappé par la bonne foi scientifique et l'esprit pratique de l'auteur qui, laissant de côté les théories plus ou moins vageuses dont le praticien n'a que faire, admet de suite qu'on n'a pas sur tel sujet les connaissances suffisantes.

La disposition des matières et la typographie sont claires et nettes—table des matières parfaite, en un mot un chef-d'œuvre du genre qui sera, nous n'en doutons pas, d'ici à long temps le *text book* du praticien américain ; nous le recommandons instamment à nos lecteurs, sûr d'avance qu'ils l'estimeront autant que nous.

L.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

—M. le Dr J. B. A. Lamarche a transféré sa résidence au No. 342 rue Craig.

—Le chirurgien anglais Sir William Thompson vient d'être élevé à la pairie et prendra le nom de Lord Kelvin.

—Par suite de la mort de M. le Dr. J. A. Thacker, de Cincinnati, le *Cincinnati Medical News*, dont ce médecin était l'éditeur, a cessé de paraître.

—Bokai vient de découvrir que le permanganate de potasse est le meilleur contrepoison chimique du phosphore. Une solution contenant 2 à 5 parties pour 1000 est, dit-on, bien tolérée par l'estomac.

—Durant la semaine terminée le 9 avril, on a rapporté au Bureau Sanitaire de la ville de New-York les nouveaux cas de maladies contagieuses comme suit :

Typhus .....	7
Pièvre typhoïde. ....	11
Scarlatine .....	250
Méningite cérébro-spinale. ....	6
Rougeole.....	502
Diphthérie .....	143
Variolo .....	16

**Faculté de médecine de Paris.**— Par décret en date du 29 mars 1892, M. le docteur Gabriel POUCHET, agrégé, est nommé professeur de Pharmacologie en remplacement de M. REGNAULT, mis à la retraite.

**Les étudiants-femmes à Paris.**—De cent cinquante-deux qu'il était en 1890 dans nos Facultés, le chiffre des étudiants du sexe féminin s'est élevé à deux cent cinquante-deux; soit cent de plus. A la Faculté de Médecine, il y a dix-huit Françaises, six Anglaises, trois Roumaines, deux Turques, une Grecque, une Américaine et cent trois Russes. A la Faculté des Sciences, les Françaises sont au nombre de cinq; il y a quatorze étrangères. A la Faculté des Lettres, les Françaises sont en grande majorité; elles sont quatre-vingt-deux contre quinze étrangères. Trois femmes, trois Russes, ont mérité le diplôme de docteur en médecine.

**Nécrologie.**—CANADA.—A St-Vincent de Paul, M. le docteur J. T. POMINVILLE, ci-devant médecin du Pénitencier.

—ÉTRANGER.—A Philadelphie, M. le docteur D Hayes AGNEW, professeur (*Emeritus*) de chirurgie à l'Université de Pensylvanie. —A Londres, M. le docteur Meymott TIDY, professeur de chimie et de médecine légale au *London Hospital*, et bien connu par son "Traité de médecine légale" publié en collaboration avec le Dr Woodman.—A Leipsick, M. le docteur Carl CRÉDÉ, professeur à l'Université de Leipsick, une des gloires de la gynécologie contemporaine.—A Vienne M. le docteur Ernest Wilhelm Von BRUCKE professeur de physiologie à l'Université de Vienne.—A Bordeaux, M. le docteur Armand DE FLEURY, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

**Madame Bouline contre M. Bidoche.**—M. Bidoche est poursuivi pour exercice illégal de la médecine, sur la plainte de Mme Bouline, à laquelle il a administré à trop forte dose l'*Eau mystérieuse des Pères de la Montagne-Sainte*, et l'a ainsi rendue trop féconde. Voici la déposition de Mme Bouline devant le tribunal de Grasse :

“Messieurs !... Après douze ans de mariage, je n'avais pas d'enfant. M. Bidoche, que j'allais consulter en cachette de mon mari, m'ordonna une eau qui contenait, selon lui, les germes de la génération universelle. Je bus de cette eau et je fus bien satisfaite, puisqu'au bout de deux mois je devenais enceinte ; mon mari fut aussi très content. Mais M. le Président, ça a mal tourné, car après mon enfant, j'en ai eu un second, puis un troisième. Je fus obligé de voir de nouveau M. Bidoche et de lui demander d'arrêter cela, son eau produisant trop d'effet. M. Bidoche me répondit : “Je n'y puis rien, vous pouvez faire douze enfants !” Et Mme Bouline s'est écriée : “Je suis en droit de me plaindre, M. Bidoche a trop forcé la dose.”

Malgré l'explosion de rires fous causée par cette simple et touchante exposition, malgré tout l'intérêt qu'auraient dû porter à l'infortuné Bidoche les magistrats soucieux de toute découverte propre à donner des défenseurs et des mères à la patrie, ces derniers ont condamné le malheureux à 200 francs d'amende.—  
(*Progrès méd.*)

**Association des médecins étrangers en France.**—Il vient de se fonder à Paris une association des médecins étrangers exerçant en France. Le nombre de ceux-ci est difficile à préciser; on estime qu'à Paris seulement ils sont environ 250, soit plus du dixième du nombre total des médecins. La plupart d'entre eux ont fait leurs études médicales en France et sont docteurs français, et un petit nombre seulement sont venus s'établir dans notre pays après avoir exercé quelques années à l'étranger.

Notons à ce propos que l'on estime environ à 100 par an le nombre des médecins étrangers qui transmettent leur diplôme au ministre pour être autorisés à exercer en France. La moitié de ceux-ci à peine se soumet aux examens exigés, les autres y renoncent, et parmi ces derniers, quelques uns reçoivent du ministre de l'Intérieur l'autorisation d'exercer.

Il est vrai que presque toujours, dans ce cas, ils sont astreints à s'établir dans une localité déterminée (une station hivernale le plus souvent) et l'autorisation est toujours révocable.

Si quelques spécialistes d'origine étrangère ont brillamment réussi, il est loin d'en être toujours de même, et l'on en a vu qui ont dû renoncer à la clientèle. Ainsi, un professeur d'Université russe est devenu journaliste; un professeur suisse, après plusieurs années est parti pour la République Argentine; un laryngologiste de grande valeur, après un séjour de deux ans en France, a dû retourner dans son pays natal.

L'Association en question a pour but de rapprocher les uns des autres les médecins étrangers pour qu'ils s'entraident. Un comité composé de MM. Thyphen, de Christmas, E. Berger, Faure-Miller et Boiland a été chargé de préparer la rédaction des statuts. Il

avait été question de fonder un cabinet de lecture médical et international, mais les difficultés ont été telles que l'on a dû y renoncer.—*Bulletin médical.*

**Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.**—Les examens de Pâques ont eu lieu à la Faculté, du 21 mars au 2 avril 1892, en présence de MM. les Drs. D. Marsil et J. B. Gibson, assesseurs du Bureau Provincial de médecine. Ont été admis :

**BACHELIERS EN MÉDECINE.**—MM. Arthur Asselin, N. J. B. Aubin, Joseph Beauchamp, Fortunat Belleau, John Bergeron, J. R. Bellemare, Victor Bourdeau, Henri Béland, E. A. Charron, E. G. Courteau, Isidore Côté, J. A. Charrette, H. E. Chaput, Albert Dufresne, G. A. H. Dufresne, Albert Duhamel, F. L. Désilets, J. E. Dubé, E. F. Flashmann, H. Fréchette, C. H. Godin, J. A. Gélinas, André Gallant, G. A. Girard, H. Lortie, Arthur Lefebvre, J. B. Tessier dit Lavigne, Albert Lesage, Nap. Lambert, Nap. Landry, Ernest Milot, Jas. McNally, S. V. Masse, Zénon Malo, Alphonse Mercier, S. J. Alfred Ouellette, D. Plouffe, J. E. Robillard, H. Ricard, David Roberge, J. D. Salvail, H. St. Germain, Louis Trudeau, I. M. R. Trudeau, Arthur Trudeau, Hector Valois et J. D. W. Vézina.

**DOCTEURS EN MÉDECINE:** — MM. Jules Arrault, D. S. Bélanger, E. A. Barrette, J. A. E. Beaudoin, Ls. Bergevin, H. Beauchemin, E. Bourbonnais, A. H. Bellerose, J. A. Brien, E. P. Benoit, R. Beaudry, A. Charbonneau, C. Cholette, F. Choquette, A. Daigle, E. G. Dagenais, F. Dussault, Touss. Demers, O. D. Duckett, Aldège Ethier, H. Ermatinger, Jos. Frenette, A. C. Forest, A. Fontaine, H. Gaboury, R. Gervais, A. Guertin, J. P. Gadbois, J. M. A. Gravel, W. Gauthier, Armand Hudon, René Hébert, R. C. Laurier, J. A. Lapiere, C. Leblanc, D. Landry, F. Lefils, S. Leboeuf, A. J. H. Levasseur, C. Lapointe, H. Lapointe, J. D. Ladouceur, W. Morin, E. D. Nolin, J. M. P. Pichette, Frs. Plourde, J. C. Prieur, R. X. Plouffe, O. Paiement, H. Picard, J. A. Ranger, Ths. Toutant, L. J. Trudeau, Aimé Vary.

---

### Naissance.

PHÉNIX.—A St-Sébastien, le 26 mars dernier, la dame du Dr Phénix, un fils.

---

### Mariage.

DÉSY-DESPATIES.—A Montréal, le 18 avril 1892, M. le Dr Louis Désy, de Montréal, à Mademoiselle Marie Forget-Despaties.

---

### Décès.

MIGNAULT.—A St-Simon de Bagot, le 8 avril, à l'âge de 22 ans, Marie Emélie Moreau, femme du Dr J. A. Mignault et fille unique du Dr Moreau, de St-Simon.

## VARIÉTÉS.

## Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT. (1)

*Ce que le médecin doit à ses Confrères.*

Si vous ne pouvez rien faire pour démolir un confrère et capturer ainsi indirectement sa clientèle, vous ne pouvez pas davantage attirer directement ses clients chez vous ou les aller voir chez eux : Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'ils vous fissent. Du reste, bien mal acquis ne profite pas, et le malade que vous auriez détourné par des petits moyens pas très adroits, ne vaut pas la peine que vous vous seriez donné; il vous quittera avec la même désinvolture que votre prédécesseur : qui supplante, mérite d'être supplanté.

La jalousie des médecins est proverbiale; on dirait que l'exercice de la profession prédispose à cette infirmité, comme la chasse au marais, aux rhumatismes. Les jeunes déjà se jalouent entre eux mais les anciens surtout jalouent les jeunes : ils ne leur pardonnent pas qu'on aille à eux, et leurs succès les irritent comme une injure personnelle. Ils ont cependant été jeunes aussi et n'ont pas commencé, pour ne blesser aucune susceptibilité, par ne traiter que des orphelins au biberon ! Ils ont donc profité, eux aussi, des infidélités, déjà pas rares de leur temps.—Soyons philosophes et résignons nous à ces déplacements de la vogue, qui sont aussi bien dans la nature des choses que les changements des saisons.

On connaît ces histoires de vieux médecins fatigués de la profession qui parlent toujours de se retirer, appellent un jeune docteur auprès d'eux pour lui repasser le fardeau... et, aussitôt le jeune docteur arrivé, se remettent à pratiquer avec plus d'ardeur que jamais. La fable de la Mort et le Bûcheron semble faite exprès pour eux. Qui voudrait expliquer la jalousie des vieux médecins par des raisons d'argent, se tromperait complètement et leur ferait injure; elle tient à des causes plus nobles : au fond, ce qui les peine, c'est la confiance qui se déplace, c'est avec le cercle des relations, le commerce des dévouements accoutumés et des sentiments affectueux et reconnaissants qui se rétrécit !

(1) Suite. Voir la livraison de mars 1892.

Les jeunes doivent être prévenus de cet état d'esprit—par lequel ils passeront peut-être eux mêmes plus tard — et éviter, dans la mesure du possible, d'irriter des susceptibilités très chatouilleuses, mais respectables au fond.

—Le cabinet de consultation ouvert à tout le monde est semé d'écueils qu'une grande correction d'attitude permet seule d'éviter.

Vous n'avez pas à vous enquerir du nom de celui qui se présente, ni des raisons qui l'amènent chez vous, ni du nom des médecins qu'il a consultés déjà, ni des traitements qu'il a subis: tout cela ne vous regarde pas et ne peut qu'entraver votre liberté, si vous le laissez dire. On vous demande votre avis sur la nature d'une maladie ou les moyens à employer pour la combattre. Examinez le client de passage avec soin, donnez l'avis demandé... et *punctum*.

Il arrive qu'au moment où vous formulez le traitement on vous dise: "Mais c'est exactement ce que l'on m'a ordonné déjà!" Répondez: "Tant mieux, cela prouve que vous étiez dans de bonnes mains!"

Si l'on vous dit: "Mais c'est précisément le contraire de ce qu'on me faisait faire jusqu'ici!" répliquez: "Je n'ai pas à juger ou à discuter les avis des autres: vous m'avez demandé *mon avis*, le voilà!"

—Un confrère malade ou désireux de se payer soit un voyage d'agrément, soit quelques jours de repos, vous prie de vous charger de sa besogne. C'est un témoignage de haute estime qu'il vous donne et le service qu'il vous demande, il doit être disposé à vous le rendre à l'occasion. Est-il besoin de dire qu'abuser de sa confiance pour essayer de lui prendre de ses clients, serait tout simplement une malpropreté frisant l'escroquerie? Vous devez à son retour, lui remettre intact le dépôt confié à votre honneur; le renseigner sur la manière dont vous avez rempli votre mission intérimaire et lui fournir la liste des visites que vous avez faites pour lui, et dont c'est à lui de toucher le prix.

Vous pouvez être appelé à remplacer un confrère absent sans en avoir été prié par lui. Il faut toujours vous prêter de bonne grâce à cette besogne imprévue, souvent urgente et parfois très ingrate. J'ai traité la question il y a quelques années dans la *Revue médicale* de Louvain (v. 1886, p. 385). J'envisageais uniquement l'*accoucheur remplaçant*. Mais tout ce que j'ai dit de l'*accoucheur* s'applique au médecin en général.

### *La Consultation.*

"Deux avis valent mieux qu'un" sans doute!... surtout s'ils sont bons tous les deux.

Les médecins ont presque tous les jours l'occasion de se mettre

à plusieurs, soit pour partager une responsabilité trop lourde pour un seul, soit pour s'entraider à éclaircir un diagnostic obscur, soit pour découvrir ensemble le meilleur mode de traitement.

C'est au médecin traitant de juger de l'opportunité, de l'utilité ou de la nécessité d'une consultation, et son devoir est de la proposer, aussitôt qu'il se trouve incertain ou sérieusement inquiet. Il arrive cependant que la famille prenne l'initiative de la résolution et il ne doit pas voir un manque de confiance blessant dans des sollicitudes légitimes qui s'alarment, même à tort.—A moins que nous ne le jugiez absolument inutile—et alors vous assumez la responsabilité de tout ce qui peut arriver—vous ne pouvez pas vous opposer à ce que l'on vous adjoigne un confrère honorable, fût-il plus jeune ou moins instruit que vous. Lorsque la famille vous abandonne le choix du consultant, désigner le praticien dont la rencontre vous est la plus agréable, serait choisir pour vous et faire acte de camaraderie, non d'équité—et écarter l'homme compétent, parce qu'il ne serait pas *persona grata* ou parce qu'il verrait mieux les fautes commises, serait une indignité.

L'intérêt du malade seul doit vous guider et faire porter votre choix sur le confrère que sa supériorité ou ses connaissances spéciales indiquent comme pouvant être le plus utile.

Pouvez-vous vous laisser imposer un homéopathe?—Comment pourriez-vous vous entendre avec lui?—Vos principes scientifiques sont autres que les siens et vous ne connaissez rien de son armement thérapeutique! Et accepter de traiter en sous ordre serait abdiquer toute dignité. Vous ne parlez pas la même langue, vous êtes d'espèces différentes et les espèces différentes ne pouvant s'accoupler, ou ne donner que des hybrides inféconds. En bonne logique, une consultation panachée d'*allo* et d'*homéo* pathies est une monstruosité. Je dois cependant faire une exception pour les spécialistes et, personnellement, je me suis déjà rencontré plusieurs fois avec de fervents disciples d'Hahnemann: je n'en suis pas mort. Vous savez que les affections utérines se compliquent presque toujours de névropathies et de dyspepsies intercurrentes ou consécutives. Demandé auprès d'une de ces femmes à pathologie complexe en traitement chez un homéopathe, j'ai toujours commencé par tenir au confrère hétérodoxe un petit discours dont voici le sens: "Continuez la cure des accidents gastriques et nerveux commencée par vous: votre hygiène est excellente et vos globules ne me font pas peur: je n'ai pas à me mêler de vos moyens, que je ne connais pas, du moment que vous m'affirmez qu'ils ne contrarient pas ceux que je proposerai contre l'affection utérine, pour laquelle je suis spécialement appelé." Et l'entente s'établissait sur ces bases. Je tiens à dire, entre parenthèses, que je n'ai jamais eu qu'à me louer des homéopathes avec lesquels je me suis trouvé en relations... alors même qu'avec un zèle témoignant de la ferveur de leurs convictions, ils essayaient de me convertir au *similia similibus* et aux doses infinitésimales.



—C'est à la famille de faire les démarches auprès du consultant et, en général, c'est à lui de fixer le moment de la réunion.

Votre premier devoir est d'arriver au rendez-vous convenu à l'heure *précise*. L'exactitude est la politesse des rois... et des gens très occupés, et faire attendre des confrères c'est leur manquer d'égards. Le quart d'heure qu'on leur fait perdre à se morfondre peut déranger toute leur journée. Venir avant l'heure, et profiter de l'avance, surtout lors d'une première consultation, pour commencer l'interrogatoire et les explorations, ne serait certainement pas le fait d'un homme délicat.

Tous les consultants réunis, le médecin traitant expose clairement et fidèlement l'histoire du malade, rend compte des moyens employés et des résultats obtenus jusque-là. Un long discours dans ces circonstances décele un manque de discernement ou de tact—et il n'y a que les pédants pour se permettre une dissertation.

On passe ensuite dans la chambre du malade. Les nouveaux venus l'interrogent et l'examinent comme ils l'entendent, mais sans jamais laisser deviner de leurs impressions rien qui puisse déplaire ou nuire au médecin traitant et, dans tous les cas, sans se prononcer sur rien, diagnostic, pronostic ou traitement.

Cet examen terminé, on revient dans la chambre réservée à la consultation, et ici, il faut bien prendre garde: les trous de serrure, les placards ou les murs ont souvent des yeux ou des oreilles. Comportez-vous toujours comme si l'on pouvait vous voir ou vous entendre: on ne se repent jamais de s'être tenu en particulier comme on doit se tenir en public!

Du temps de Molière déjà il était d'usage que le plus jeune donnât le premier son avis; les Nestors de la profession parlaient ensuite par rang d'âge ou de dignité.

Ne profitez pas de l'occasion qui s'offre pour faire étalage d'érudition, pour vous livrer à des disputes d'écoles, pour vous éblouir réciproquement du récit de cures merveilleuses ou vous conter les petites nouvelles du jour; — tous ces hors-d'œuvre ne sont pas de saison: on vous a réunis à grands frais uniquement pour vous faire trouver la médication la plus sage et la plus utile. A faire la causette vous ne gagneriez pas votre argent.

Il ne faut apporter dans la discussion ni entêtement, ni basse condescendance, rien que la bonne volonté d'arriver à la conclusion la plus profitable au seul intéressé.

Si l'on est d'accord sur les points fondamentaux, tout va bien... mais si on ne l'est pas — ce qui est toujours fâcheux — il ne reste qu'à exposer ce que l'on peut du différend à la famille et à lui demander l'adjonction d'un nouveau confrère pour constituer une majorité et départager les avis. — (*A suivre*).