

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—LETTRES AUX DEUX WILFRID. Huitième lettre.—De Phémoptysie, par L. C. PRÉVOST, M. D....	225
REVUE DE PÉDIATRIE.—A travers mes livres; par Séverin LACHAPPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....	236
Hopitaux, Cours et Dispensaires	239
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Méningite tuberculeuse chez un adulte</i> (Jaccoud)	242
<i>Traitement de l'oxalurie</i> (Picard)	244
<i>Symptômes avant-coureurs des lésions rénales graves</i> (Bond).....	245
<i>Cachexie de cause indéterminée</i> (Potain).....	246
CHIRURGIE.— <i>Traitement radical de l'hypertrophie prostatique</i> (Desnos)	249
<i>Traitement de la blennorrhagie par l'écowillonnage de l'urèthre suivi d'injections de sublimé</i> (Huguet)	254
<i>Paracentèse des ventricules cérébraux</i> (Keen)	255
<i>Rondelles osseuses de trépanations, réimplantation</i> (Guérin).....	255
<i>Cancer du rectum</i> (Tillaux).....	255
<i>Les courbures latérales pathologiques du rachis</i> (Bouland).....	256
(Voir la suite, page 5.)	

A CEDER.

Une des meilleures clientèles des cantons de l'Est, à 66 milles de Montréal, sur la ligne courte du C. P. R.

Pour les conditions, très faciles, s'adresser au Dr. J. D. PAGÉ, South Stukely, comté de Shefford, P. Q.

Le Dr. A. T. BROSSEAU,

Professeur de Chirurgie et de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval.
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,

**A TRANSPORTÉ SES BUREAUX
AU No. 78, RUE ST-DENIS,**

(Entre les rues Dorchester et Ste-Catherine.)

Le Dr Brosseau rappelle à ses confrères qu'il n'exerce que la chirurgie et se met à leur disposition comme CHIRURGIEN CONSULTANT.

La consultation entre praticiens peut se pratiquer de trois manières principales :

1° Par lettre, le médecin de famille énumérant les causes, les symptômes de la maladie, le traitement déjà commencé et celui que l'on se propose de suivre.

2° Le patient venant lui-même se faire examiner, muni d'une lettre d'introduction de son médecin.

Dans ces deux cas, le chirurgien consultant donne une réponse détaillée et *par écrit* à son confrère.

3° Dans les cas graves, les accidents le médecin appelé en toute hâte peut demander un chirurgien consultant pour l'aider à surmonter les difficultés et partager la responsabilité.

Dans ses nouveaux bureaux le Dr. A. T. Brosseau aura les assistants, les appareils, table spéciale et tous les instruments requis pour pratiquer chez lui les opérations usuelles de la chirurgie.

HEURES DE CONSULTATION :

Le Matin, de 8 à 10 hrs. | Le Midi, de 1 à 3 hrs. | Le Soir, de 5 à 8 hrs.

TELEPHONE 1488.

Dr. J. LEDUC & CIE

Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, Etc.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>De la délivrance artificielle</i> (Budin) 259	
<i>Procidence du cordon ombilical en dehors du travail</i> (Maygrier). 264	
<i>Traitement du placenta prævia</i> (Barnes)..... 264	
<i>Tamponnement intra-utérin</i> (Auvard)..... 265	
<i>Particularité de l'utérus au début de la grossesse</i> (Handfield-Jones) 267	
PÆDIATRIE.— <i>De l'asthme dans l'enfance et de son traitement</i> (Moncorvo) 268	
FORMULAIRE.— <i>Alcoolisme.—Gastrite chronique.—Cirrhose.—Ptyalisme.—Constipation chez les enfants</i> 271	
<i>Hernie.—Ozène.—Eczéma des paupières.—Vieux ulcères.—Cors et verrues.—Suppositoires utérins antiseptiques</i> 272	
BULLETIN.— <i>Le traitement du cancer</i> 273	
<i>La faradisation comme moyen de diagnostic et de traitement de l'attaque d'hystérie</i> 274	
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE..... 276	
CHRONIQUE ET NOUVELLES... 277	

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.
Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.
Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.
Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Limousin! Pains Azymes.

Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.

Médecines remplies d'après la mesure avoir-du-Poids ou le système métrique.

PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET
—DE—

REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals, Vin Chevrier,
Eau de Vichy, Vin Creosoté,
Eau Carlsbad, Vin Raphael,
Eau de Contrexéville, Elixir Ducro,
Eau Bonne, Goudron de Norwège
Eau Seidlitz, &c., &c.,

LAVIOLETTE & NELSON,

PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT
7-87-7 MONTREAL.

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen, Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire, Professeur de Médecine légale et de Pathologie générale.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROSSEAU, M.D., *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SÉVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

AZARIE BRODEUR, M.D., *Professeur de Clinique externe et gynécologique.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, attaché au cours de Chimie.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 1538, rue Notre-Dame, ou à

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

TRAVAUX ORIGINAUX

LETTRES AUX DEUX WILFRID.

HUITIÈME LETTRE.

De l'hémoptysie.

Mes chers amis,

Vers la fin de l'année dernière, je fus appelé à voir en consultation M. B***, avocat, âgé de 27 ans, qui depuis plusieurs jours crachait du sang avec abondance. Quoique jouissant ordinairement d'un état de santé relativement bon, néanmoins, depuis cinq ans, il était tourmenté par une diarrhée rebelle qui, suspendue par un traitement approprié, revenait toujours avec une désespérante opiniâtreté. Pendant l'été il avait dû aller demander à une villégiature prolongée le rétablissement de ses forces qu'un surcroît de travail avait fortement contribué à épuiser.

Tout paraissait être rentré dans l'ordre quand, un jour, immédiatement après son repas, il fut pris de cette hémorrhagie pour laquelle on venait réclamer mes soins.

J'appris que son père et sa mère vivaient encore et jouissaient d'une excellente santé, mais trois de ses tantes sont mortes phtisiques.

Que devais-je conclure des accidents que j'avais sous les yeux ? Et d'une manière générale, quand vous vous trouvez en présence d'un malade qui crache du sang, que devrez-vous penser ? Que devrez-vous dire ? Que devrez-vous faire ?

D'abord, mes chers amis, il importe que vous vous assuriez, avant tout, que le sang rejeté par le malade provient du poumon et non de l'estomac, car il est parfois facile de confondre l'hématémèse avec l'hémoptysie. Vous éviterez de commettre cette erreur en vous rappelant que dans l'hématémèse le sang vomi est extrêmement abondant, fluide et noir comme l'encre, tandis que dans l'hémoptysie, il est le plus souvent rouge, vermeil, rutilant. L'hématémèse, d'ailleurs, accompagne ordinairement le cancer ou l'ulcère de l'estomac, et en examinant attentivement l'histoire du cas, vous retrouverez sans peine les symptômes propres à ces deux dernières maladies.

Ce premier point résolu, voyons un peu quels sont les états pathologiques dans lesquels on rencontre généralement l'hémoptysie

Je ne citerai que pour mémoire l'hémophilie, cette étrange perturbation de l'organisme qui transforme, pour ainsi dire, le malade tout entier en une immense éponge imbibée de sang toujours prêt à s'échapper de sa prison vasculaire par exsudation, ou plutôt par effraction, comme le veulent aujourd'hui les nouvelles doctrines. Les hémoptysies qui surviennent dans ces circonstances sont facilement rapportées à leur véritable cause : leur origine est indiquée en lettres majuscules. Il en est de même des hémoptysies supplémentaires ou complémentaires qui remplacent ou complètent, chez certaines femmes, une éruption cataméniale absente ou avortée. Effort salutaire de la nature qui a recours à cet artifice pour rétablir l'équilibre physiologique troublé par une cause morbide quelconque, nous devons, dans ces cas, favoriser plutôt qu'entraver le jeu de cette véritable soupape de sûreté.

La grossesse a aussi ses hémoptysies et il ne faut pas l'oublier. Ces hémorragies pulmonaires qui surviennent assez fréquemment chez les femmes enceintes, reconnaissent pour cause une fluxion oxagérée produite dans le système vasculo-pulmonaire par l'état gravide. Liés à une hypertrophie physiologique du cœur sous la dépendance immédiate de la grossesse, il est évident que ces accidents sont subordonnés aux causes qui leur ont donné naissance et qu'ils disparaîtront avec elles.

Chez mon malade, qui n'est pas hémophilique, l'hémoptysie ne pouvait provenir que de deux sources : une affection du cœur ou la tuberculose. J'examinai le produit de l'expectoration ; c'était du sang pur, rouge, rutilant, fluide ; les parois du vase étaient constellées d'éclaboussures qui témoignaient de la violence de l'hémorragie. Or, ce n'est pas, mes amis, ce que vous constaterez dans les hémoptysies cardiaques. En effet, les hémorragies que provoquent les maladies du cœur sont dues à une fluxion passive produisant de véritables apoplexies pulmonaires, et le sang que crachent les malades n'est jamais abondant. L'expectoration ne s'étale jamais en nappe au fond du vase qui la reçoit, elle est plutôt composée de crachats isolés, de couleur violacée ou noirâtre. D'ailleurs, ces hémoptysies cardiaques étant dues, dans l'immense majorité des cas, à une insuffisance mitrale vous n'avez qu'à consulter le cœur pour reconnaître la situation.

C'est ce que je fis pour mon malade ; je ne trouvai absolument rien : pas de bruits physiologiques, pas de souffle à la pointe cœur normal. J'en conclus que j'avais affaire à une hémoptysie d'origine tuberculeuse, diagnostic assez facile du reste à formuler, dans l'espèce, étant donnés les antécédents personnels et héréditaires que j'avais recueillis ; mais, en l'absence même de ces renseignements, par le fait seul de l'hémoptysie, j'aurais affirmé l'existence de la tuberculose, car, rappelez-vous le bien, toute hémoptysie qui n'est ni supplémentaire, ni hémophilique, ni d'origine cardiaque est tuberculeuse. Quand même le malade n'aurait jamais

effort, jusqu'au moment de l'accident, aucun symptôme qui pût vous faire songer à la tuberculose, soyez persuadés que l'ennemi est déjà dans la place, et des tubercules existaient, à l'état latent, dans le poumon depuis plus ou moins longtemps. Toujours tolérés par l'organe et l'organisme, ils ne trahissaient leur présence en aucune façon, néanmoins cette épine de Van Helmont entretenait dans le parenchyme pulmonaire une hypéremie périphérique déterminant peut-être un peu d'essoufflement auquel le malade n'avait jamais fait attention, quand sous l'influence d'un repas copieux, d'un effort, d'une émotion, cette fluxion a acquis soudain une violence suffisante pour faire déborder le vase et donner naissance à l'hémoptysie. Que d'excellentes conditions hygiéniques, qu'une forte et puissante constitution permettent à l'organisme d'être plus tolérant que l'organe pulmonaire, la fièvre ne s'allumera pas, et au bout de quelques jours tout rentrera peut-être dans l'ordre; mais que cette hémorrhagie pulmonaire survienne dans un organisme affaibli par une des mille causes auxquelles est exposée notre pauvre humanité, cette hémoptysie constituera le premier chaînon d'une série d'accidents progressivement fatals dont le terme sera la phthisie et la mort à une plus ou moins courte échéance.

En voulez-vous un exemple ?

Dans le cours de l'été dernier, je fus appelé à donner mes soins à une jeune femme, mariée depuis six mois et qui venait de faire une fausse couche dont elle ne s'était pas rétablie. Un soir, en se mettant au lit, elle fut prise d'hémoptysie sans que rien dans son état antérieur pût faire soupçonner qu'il existât quoi que ce soit d'anormal du côté des poumons. Alarmé par sa pâleur anémique et les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles elle s'était trouvée placée, effrayé surtout par l'élévation de la température qu'indiquait tous les soirs le thermomètre, je fis part au père de cette jeune femme des craintes que j'entretenais au sujet de sa fille, ne lui cachant pas que je redoutais pour elle une phthisie plus ou moins prochaine dont il nous serait peut-être difficile d'entraver la marche. Je fis difficilement accepter la gravité de mon pronostic, étant donnés les excellents antécédents de la malade ainsi que des autres membres de la famille à l'endroit de la tuberculose. Néanmoins, les accidents s'aggravèrent avec une effrayante rapidité, la fièvre augmenta au lieu de se dissiper, des signes indubitables d'ulcération du poumon ne tardèrent pas à se montrer, une immense caverne se creusa au sommet; la toux, l'expectoration, la fièvre hectique minèrent rapidement cette pauvre malade. Au bout de trois mois, elle succombait aux progrès de la consommation dont l'hémoptysie initiale avait été la première manifestation.

Mais ici, mes amis, se place une question qui depuis la fin du dernier siècle a passionné tous les esprits. Est-ce bien la tuber-

culose qui cause l'hémoptysie? Ou n'est-ce pas plutôt cette dernière qui est le point de départ de l'autre? Devient-on tuberculeux parce qu'on crache du sang ou crache-t-on du sang parce qu'on est déjà tuberculeux? En un mot, existe-t-il une *phthisis ab hæmoptæ*?

Si la valeur d'une hypothèse était en raison directe de l'ancienneté de son existence, j'avoue que la doctrine de la *phthisis ab hæmoptæ* pourrait produire des états de service qui ne seraient pas à dédaigner. En effet, on peut la retracer jusqu'à Hippocrate qui, 365 ans avant J. C., dans ses aphorismes 15 et 16, disait: "Après le crachement de sang, le crachement de pus." "Après le crachement de pus, phthisis et flux." Et plus loin: "Dans le crachement de sang, la consommation et l'expectoration du pus." (Aphor. 19). Dans son livre *De morbis*, il est plus explicite: "Lorsque quelques-unes des veines du poumon se rompent, une partie du sang épanché est expectoré; une partie, au contraire, se répand dans le poumon, s'y putréfie, et, après s'être putréfiée, fait du pus."

Cette doctrine que le sang épanché dans le poumon se corrompt et y forme du pus a été acceptée par presque tous les médecins de l'antiquité; pour eux, il était évident que l'hémoptysie est la cause et non l'effet de la consommation. Dans des temps plus rapprochés de nous, les auteurs qui se sont occupés de cette question n'ont fait que moderniser, pour ainsi dire, les idées du vieil Hippocrate; comme nous le verrons, c'est toujours la même théorie exprimée toutefois en des termes plus conformes aux notions médicales actuelles.

En 1696, un médecin anglais, Morton, dans un livre intitulé: "*De phthisi ab hæmoptæ ortu*," reconnaît que la phthisis pulmonaire survient le plus souvent et le plus vite après une hémoptysie et il se demande si ce résultat ne serait pas dû à la putréfaction de caillots sanguins que l'hémorrhagie aurait laissés après elle dans le poumon.

Plus tard, en 1740, F. Hoffman développe cette idée de la putréfaction du sang dans le poumon et admet que l'hémoptysie est une des causes les plus puissantes de phthisis pulmonaire. Le sang épanché dans les vésicules pulmonaires y stagnerait, s'y putréfierait et après avoir corrodé les parties voisines s'y concrèterait en noyaux et en tubercules.

En 1826, Laënnec publia ses immortels travaux et porta un coup fatal à l'ancienne doctrine de la *phthisis ab hæmoptæ*. Pour lui, l'hémoptysie est symptomatique de la présence actuelle de granulations tuberculeuses dans les poumons et n'est pas la cause de ces granulations. Elle peut être le premier symptôme qui révèle l'existence des tubercules, et on crache du sang parce qu'on est déjà tuberculeux, mais jamais on ne devient tuberculeux parce qu'on a craché du sang.

Andral ne crut pas devoir se rendre aux arguments de Laënnec et tenta un peu plus tard (1834) de faire revivre la doctrine de la phtisie *ab hæmoptæ* de Morton. Il refusait de croire que l'existence de tubercules dans le poumon fût compatible avec une absence totale de symptômes du côté de la poitrine. Il conçoit difficilement que des tubercules auxquels on accorde le pouvoir d'irriter assez fortement le parenchyme pulmonaire ou les bronches pour déterminer d'abondantes hémopties, aient pu avant l'apparition de ces hémoptysies exister pendant longtemps sans produire même une toux légère. Au contraire, selon sa théorie, qu'il se fasse, dans le poumon, une congestion quelconque assez forte pour provoquer une hémoptysie, que cette congestion continue, si le sujet est *prédisposé*, il naîtra des tubercules dans le tissu pulmonaire déjà altéré par un travail pathologique.

Il y a déjà un peu plus de 20 ans, un savant allemand, Niemeyer, dans ses leçons cliniques sur la phtisie pulmonaire, se constitua le défenseur convaincu de la vieille doctrine de Morton et proclama emphatiquement que l'hémoptysie était la cause de la phtisie pulmonaire. Pour lui, le sang épanché dans les alvéoles, agissant comme corps irritant, a entraîné une pneumonie avec infiltration caséuse et désorganisation ultérieure des produits inflammatoires et du sang retenu dans le poumon. Cette terminaison n'aurait cependant pas toujours lieu dans tous les cas. L'irritation inflammatoire ne ferait, il est vrai, jamais défaut, mais quelquefois, le processus inflammatoire se terminerait rapidement par résolution avec restitution *ad integrum* des conditions physiologiques normales, et d'autres fois, la fièvre s'allumerait, l'infiltration caséuse apparaîtrait suivie plus tard d'ulcération du tissu pulmonaire et de phtisie consécutive.

Or, pourquoi un même processus serait-il suivi d'une terminaison si différente? Ici, résolution; là, transformation caséuse et phtisie? Dans ce dernier cas, Andral marque la prédisposition du sujet à la formation des tubercules et à la phtisie. Mais, répond justement Peter, si le sujet était prédisposé à la formation des tubercules, pourquoi cette prédisposition n'aurait-elle pas pu produire aussi bien les tubercules avant l'hémorrhagie et provoquer ensuite cette dernière? Parce que, dit-on, il est invraisemblable que des tubercules existent à l'état latent dans le poumon sans déceler leur présence par quelques symptômes.

L'expérience nous enseigne pourtant que ce fait est non seulement possible, mais qu'il est même appuyé par de nombreux exemples. Ainsi, combien de fois n'avons-nous pas trouvé, à l'autopsie d'enfants morts de méningite tuberculeuse, des poumons farcis de granulations tuberculeuses qui, cependant, pendant la vie, n'avaient trahi leur présence par aucun symptôme du côté de la poitrine? En 1874, je suivais le service de Bouchut, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres. Cet illustre médecin nous faisait sou-

vent constater, au moyen de l'ophthalmoscope, l'existence de tubercules dans la choroïde des petits enfants atteints de méningite. Un examen attentif, rendu plus minutieux par le désir de nous éclairer davantage sur les renseignements fournis par l'ophthalmoscope, n'accusait néanmoins aucun symptôme anormal du côté des poumons. Cependant, à l'autopsie, nous trouvions ces derniers remplis de granulations tuberculeuses.

Il n'est donc pas juste de nier que des tubercules puissent exister à l'état latent dans le poumon sans manifester leur présence par quelques symptômes du côté de la poitrine.

D'ailleurs, pourquoi cette partialité en faveur du poumon dans l'évolution de la tuberculose? Pourquoi le tissu pulmonaire se tuberculiserait-il autrement que les autres tissus, tels que les méninges, le péritoine, la plèvre, etc., où il ne se fait jamais d'hémorragie? La grande majorité des tuberculeux, au reste, traversent toutes les périodes de leur maladie sans expectorer une seule goutte de sang, et si des hémorragies se rencontrent parfois dans la tuberculisation pulmonaire, n'est-ce pas uniquement à cause de la grande vascularité de l'organe où évolue le néoplasme?

Puis quelle preuve avons-nous que le sang épanché dans le poumon puisse, par le fait de sa présence, produire de l'irritation et provoquer l'apparition de processus inflammatoires? Je ne nie certes pas que ces derniers succèdent souvent à l'hémoptysie; mais il est bien permis de douter, pour le moins, que la succession des accidents se soit opérée *propter hoc*. N'est-il pas tout aussi rationnel de supposer qu'il existait antérieurement des tubercules qui, selon les cas, peuvent produire l'hémoptysie seule ou suivie de phénomènes inflammatoires, ou encore ces derniers sans hémoptysie?

Si la présence du sang extravasé et retenu dans les alvéoles pulmonaires suffisait pour déterminer la tuberculose, comment se fait-il que nous ne voyions jamais les malades devenir tuberculeux à la suite d'hémoptysie cardiaque? D'ailleurs, Perl, Lippman, Peter, ont produit artificiellement des hémorragies pulmonaires chez les lapins, et malgré la quantité de sang qu'ils ont fait arriver dans toute l'étendue de l'arbre bronchique jusqu'aux plus petites ramifications, ils n'ont jamais pu réussir à provoquer le moindre travail inflammatoire. Je sais bien que Jaccoud répond à cette embarrassante objection en disant que l'action irritante du résidu sanguin dans l'hémoptysie ne suffit pas seule à produire les processus pulmoniques consécutifs et qu'il accorde même à la fluxion active qui précède et accompagne l'hémorragie une influence prépondérante dans la détermination de ces phénomènes; mais, c'est, à mon avis, compliquer purement le problème au lieu de le résoudre. Cette fluxion hémorragique, devenue la condition *sine qua non* de la naissance du processus inflammatoire, constitue

rait alors le phénomène primordial qui tiendrait sous sa dépendance l'évolution ultérieure de la tuberculose chez un sujet prédisposé. La question demeure toujours sans réponse ; elle n'est que reculée, entraînant avec elle son point d'interrogation et nous nous demandons si c'est la fluxion qui produit le tubercule, ou bien si c'est le tubercule préexistant qui a déterminé la fluxion.

Il est bon de vous faire remarquer, mes amis, que dans toute cette discussion Jaccoud et Niemeyer, ardents partisans de la dualité de la phtisie, n'ont pas en vue, à proprement parler, la tuberculose. Ils acceptent, il est vrai, la phtisie *ab hæmoptæ* de Morton-Hoffman, mais, pour eux, les lésions consécutives à l'épanchement du sang dans les alvéoles pulmonaires sont de nature essentiellement inflammatoire ; l'hémoptysie qui cause la phtisie n'agit que par l'intermédiaire de processus pneumoniques et engendre, en conséquence, une phtisie caséuse essentiellement distincte de la phtisie tuberculeuse. Les découvertes récentes ont fait justice de ces interminables discussions sur l'existence ou la non-existence de la dualité de la phtisie ; la découverte du bacille de Koch est venue, dans ces dernières années, ajouter un nouvel éclat à l'étonnant génie de Laënnec qui défendait avec tant de talent l'unité de la phtisie. Il n'existe plus aujourd'hui de dualisme entre la tuberculose et la pneumonie caséuse, ni de distinction entre la phtisie tuberculeuse et la phtisie inflammatoire, la pneumonie caséuse ayant elle-même le bacille comme témoin constant et comme origine certaine. Je regrette, mes chers amis, que le temps et l'espace ne me permettent pas de vous faire connaître tout ce que nous promettent, pour l'avenir, les connaissances récemment acquises sur la nature bactérienne de la tuberculose. Mais, un tel sujet m'entraînerait trop loin et je me hâte de vous dire quelques mots sur le pronostic de l'hémoptysie, en général.

Le pronostic immédiat de l'hémorragie pulmonaire, en tant que symptôme, varie suivant qu'on envisage l'hémoptysie au début ou à la fin de la maladie. L'hémoptysie initiale est produite par l'hyperémie développée autour du tubercule et est peu abondante. Elle est caractérisée par quelques crachats sanglants qui se suppriment rapidement au bout de quelques jours. Parfois, il se fait à distance, sur un point plus ou moins éloigné de la lésion tuberculeuse, une congestion à laquelle Peter donne le nom d'hyperémie paraphymique, révélée à l'auscultation par de nombreux râles sous-crépitants. L'hémorragie peut alors être quelquefois très abondante sans toutefois compromettre la vie ; seulement, par l'affaiblissement qu'elle produit chez le malade, elle met ce dernier dans de mauvaises conditions pour résister ultérieurement à la diathèse tuberculeuse qui n'évolue jamais si sûrement que quand elle est greffée sur un organisme débilisé.

Plus tard, quand l'hémoptysie survient dans le cours ou surtout

à la fin de la maladie, quand il existe déjà des cavernes dans le poumon, cet accident revêt un caractère bien plus sérieux. L'hémorragie alors est souvent foudroyante; en quelques minutes, elle peut emporter le malade. L'infiltration tuberculeuse ayant envahi une étendue considérable du réseau vasculaire du poumon, a rendu imperméable à la circulation un territoire plus ou moins étendu des capillaires qui, soustraits à la pression sanguine, permettent à cette dernière de s'exercer tout entière sur les capillaires restés sains. Ces derniers, ceux surtout qui rampent dans les parois de la caverne et qui ne reçoivent plus le support du tissu périvasculaire corrodé par l'ulcération, se dilatent et, comme l'ont si bien démontré Ramussen et Rokitansky, deviennent le siège de petits anévrysmes miliaires au niveau desquels se produisent ces hémoptysies formidables qui foudroient le malade. Ces hémorragies foudroyantes seraient même bien plus fréquentes, si, comme nous l'enseigne Jaccoud, il n'existait pas souvent une compensation providentielle établie par une insuffisance tricuspide qui, en permettant la régurgitation dans l'oreillette, diminue la pression de la colonne sanguine lancée dans l'artère pulmonaire par la systole ventriculaire.

Quant au pronostic éloigné de l'hémoptysie, mes amis, vous ne sauriez l'établir avec trop de réserve. Puisque l'hémorragie pulmonaire doit être pour nous l'indice certain de l'existence de la tuberculose, il nous est impossible de prévoir ce que nous réserve l'avenir. L'ennemi est là; il vient de s'éveiller et se rendormira peut-être et pour longtemps, mais rien ne nous rassure à cet endroit.

Je vous entends d'ici me dire: "Mais, nous avons tous pourtant entendu parler d'hémoptysies survenues chez des individus qui néanmoins ne s'en sont jamais portés plus mal et dont la belle apparence même est loin de faire songer à la présence de la tuberculose."

Mais je le sais bien, mes amis. Seulement, prenez garde de vous laisser tromper par ce rassurant physique. Cette belle apparence qui vous engage à la sécurité n'existait-elle pas avant la première hémorragie que rien ne faisait redouter? L'accident est passé, il n'en reste plus de trace. De nombreuses années s'écouleront peut-être sans que l'hémoptysie se répète ou que d'autres symptômes de tuberculose apparaissent; une affection intercurrente même viendra peut-être beaucoup plus tard terminer les jours de ce tuberculeux qui a eu la bonne fortune d'échapper à la phthisie. Mais aussi, les événements pourraient bien suivre un autre cours, et qui vous assure que des circonstances fortuites ne viendront pas, au moment où vous vous y attendrez le moins, ranimer soudain ce feu qui semble éteint sous la cendre?

Pour moi, les hémoptysiques apparemment guéris portent un baril de poudre dans la poitrine. Il n'éclatera peut-être jamais.

mais qu'un accident pathologique ou même physiologique vienne y déposer une étincelle, l'explosion surviendra aussi terrible qu'inattendue.

Je suis, comme vous le savez, un partisan convaincu de l'influence des micro-organismes en pathologie, et je vois dans ces longues périodes d'accalmie qui précèdent et suivent les hémoptysies chez les tuberculeux, une nouvelle preuve de la réalité du microbisme latent dont parle Verneuil. Le bacille tuberculeux dormait silencieusement dans un coin des poumons de sa victime; il a déjà une fois trahi sa présence par une hémorrhagie et il n'attend que des conditions favorables pour poursuivre, dans un avenir plus ou moins éloigné, son œuvre fatale de destruction. Ne rejetez pas trop tôt, mes chers amis, ces doctrines vitalistes qui peuvent peut-être vous paraître prématurées et au moyen desquelles je tente d'expliquer ce qu'hier encore nous nommions la tolérance de l'organe et de l'organisme. La réalisation de ces hypothèses nouvelles, au moins aussi vraisemblables que leurs aînées, pourrait bien ne pas attendre longtemps la sanction de l'expérience. Quoi qu'il en soit, mes amis, ne perdez jamais de vue la gravité de la signification d'une hémoptysie, et si celle-ci, au moment de son apparition, est accompagnée d'élévation de la température, tenez-vous sur vos gardes: la manifestation des autres symptômes de la phthisie confirmée n'est pas très éloignée.

Maintenant, que devez-vous dire au malade, qui, jusque là en bonne santé, vient d'avoir une hémoptysie?

La vérité, mes amis, la vérité toute entière.

Qu'à un phthisique parvenu à la dernière période de sa maladie et qui a déjà un pied dans la tombe, nous cherchions, par un mensonge pieux, à ranimer une dernière lueur d'espérance, soit; mais, cacher à un malade parfaitement *compos sui* ce à quoi il est exposé s'il ne se tient constamment sur ses gardes, négliger de l'édifier pleinement et sincèrement sur sa véritable situation, serait, de votre part, une erreur qui ne pourrait que compromettre ses plus chers intérêts. Il importe qu'il connaisse parfaitement les périls qui le menacent afin qu'il s'efforce de mettre toutes les chances de son côté et qu'il évite soigneusement et toujours ce qui pourrait lui être préjudiciable. Et remarquez bien, mes amis, que vous devez mettre dans vos conseils d'autant plus de fermeté, que l'état de santé parfait qui suit souvent une première hémoptysie contribue fortement à inspirer aux malades une fausse et dangereuse sécurité. Avertissez-les donc qu'ils ont, suspendue au dessus de leur tête, l'épée de Damoclès dont une seule imprudence pourrait trancher le fil s'ils agissaient dans l'ignorance de leur périlleuse situation.

Plus tard, à une période plus avancée de la maladie, alors que les progrès de la phthisie ne vous laissent plus aucune ressource, aucun espoir, oh! soulagez, consolez, puisque vous ne pouvez plus

guérir ; voilez aux yeux du pauvre moribond l'aspect de la triste réalité ; il serait cruel de lui enlever les illusions que sa facile crédulité lui permet encore de caresser.

Je ne connais à cette dernière règle de conduite qu'une seule exception, en ce qui me concerne, et encore m'est-elle imposée. J'ai l'honneur d'être le médecin d'une communauté de religieuses aussi distinguée par les vertus des membres qui la composent que par les services qu'elle rend tous les jours à la jeunesse qu'elle est chargée d'instruire. Or, il est de règle, dans cette communauté, de déclarer la vérité franche et entière aux pauvres sœurs chez lesquelles nous avons reconnu une affection incurable et mortelle. Pas de détours ici : " Ma sœur, préparez-vous, vous allez mourir."

Oh ! mes amis, que Dieu vous garde d'être jamais témoins des angoisses que produit chez un pauvre malade la triste nouvelle d'une pareille condamnation. Je me suis trouvé assez souvent placé dans cette pénible situation pour que le souvenir ne s'en efface jamais de ma mémoire.

C'est la phtisie pulmonaire qui frappe le plus ordinairement les religieuses de nos communautés et vous savez que cette impitoyable maladie montre, dans le choix de ses victimes, une prédilection marquée pour les plus jeunes. Malgré le généreux sacrifice de leur vie qu'elles ont offert à Dieu en revêtant l'habit religieux, vous concevez, mes amis, que sous la bure il existe toujours une femme avec toute la sensibilité propre à son sexe et la délicatesse exquise de ses sentiments et de ses affections. C'est en vain qu'elles croient avoir dit au monde un éternel adieu, là-bas, dans quelque coin, il existe un père, une mère, des frères, des sœurs chéris qui tiennent au cœur par des liens invisibles, mais que rien ne saurait rompre. La régularité de la vie religieuse, les solennel silence du cloître, l'isolement de tout ce qui appartient à la terre peuvent bien produire l'illusion qu'elles sont détachées de tout ce qui les retenait ici-bas, mais ces lugubres paroles : " vous allez mourir," les arrachent subitement à leur rêve ; la nature reprend ses droits ; elles détournent, malgré elles, les yeux de l'objet sur lequel les tenait rivés leur vie contemplative pour les abaisser vers ceux qu'elles aiment et qu'elles vont quitter maintenant pour jamais. Elles retrouvent dans leur mémoire les souvenirs charmants de leur passé, de leurs espérances, de leurs beaux jours ; leur cœur souffre et se brise ! Ah ! j'en ai bien vues pleurer !.....

Mais ce n'est qu'un orage qui passe. Le lendemain, à la visite, le calme est revenu ; la pauvre malade, résignée, presque heureuse, nous accueille avec un visage serein et demande, en souriant, quel jour nous croyons qu'elle ira dans le ciel.

Ah ! mes amis, je vous le confesse en toute sincérité, pour vivre, j'aime mieux être ce que je suis, mais pour mourir, il me semble que j'aimerais mieux avoir été une sœur de charité.

Maintenant que devez-vous faire à ces malades qui crachent du

sang? Quel traitement devez-vous leur faire subir pour conjurer les accidents?

Vous n'avez que l'embarras du choix. Administrez, si vous le voulez, la glace à l'intérieur; prescrivez l'ergot, l'acide gallique, ce dernier à la dose de 20 à 30 grains toutes les deux ou trois heures; donnez le plomb, le ralaucica, si vous l'aimez mieux, mais rappelez-vous bien que souvent vous échouerez, malgré l'administration de tous ces médicaments.

Il est une médication cependant qui vous rendra des services inappréciables, le cas échéant, si toutefois vous avez le courage de l'instituer dans toute sa rigueur, je veux parler de la médication vomitive.

Sans doute, vous hésitez à provoquer chez un hémoptysique des efforts de vomissement alors que vous vous sentez, au contraire, disposés à lui recommander la plus grande tranquillité, le repos le plus absolu, mais ces craintes sont vaines, et si les astringents et les hémostatiques se sont montrés inefficaces, adressez-vous à l'ipécacuanha, vous auriez tort de le redouter.

Bryan Robinson en 1752, Marryat en 1758, Baglivi vers la même époque, ont eu recours à l'émétique dans les hémorragies pulmonaires et ont obtenu des succès. Mais c'est surtout Stoll qui, vers 1780, a préconisé l'administration de ce médicament contre l'hémoptysie. Cet illustre humoriste voyait de la polycholie partout et prescrivait avec succès la médication vomitive contre ce qu'il appelait des hémoptysies bilieuses.

Trousseau, dans ses cliniques, insiste sur les merveilleux résultats qu'il obtient par l'emploi de l'ipécacuanha dans les hémorragies pulmonaires. Legroux, Moissonnet à l'Hôtel-Dieu, Monneret à la Pitié l'ont aussi administré avec succès, et plus près de nous, Peter vante hautement ce traitement dont il explique le mode d'action. Pour ce médecin, la médication vomitive dans l'hémoptysie ne serait ni plus ni moins que du contre-stimulisme. L'action du vomitif s'exercerait d'abord sur le plexus solaire, et par l'entremise du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs produirait une sorte d'anémie parenchymateuse par contracture vasculaire. Il n'est pas même nécessaire que vous poussiez l'action du médicament jusqu'au vomissement, la simple détermination de l'état nauséux, comme celui que l'on obtient, par exemple, au moyen de l'administration de l'émétique en lavage, suffit pour enrayer l'hémorrhagie.

Quoi qu'il en soit, je puis personnellement vous affirmer l'efficacité de ce mode de traitement et chez le malade dont je vous parlais au commencement de cette lettre, après avoir vainement repassé la série de tous les hémostatiques connus, 30 grains de poudre d'ipécacuanha administrés en trois fois à $\frac{1}{2}$ heure d'intervalle ont coupé court aux accidents qui, depuis, ne se sont pas reproduits.

Ottawa, le 22 avril 1889.

L. Coyteux Prévost, M. D.

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par SÉVERIN LACHAPPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Diarrhée des enfants.—*Choléra infantum. Choléra æstiva, Summer complaint.*

La diarrhée des enfants devant faire son apparition avec la chaleur plus tôt que d'ordinaire, nous laisserons de côté nos études sur les conférences de Jules Simon, pour nous occuper de ce sujet important.

De toutes les maladies des enfants, la diarrhée est bien celle qui fait le plus le désespoir du médecin ; elle semble être un Prothée insaisissable, qu'aucune médication ne peut atteindre ; aussi ses ravages parmi notre population infantile, — ici plus qu'ailleurs, — sont-ils terribles !

Disons de suite que les causes principales sont dans l'abstention complète du médecin en face du mal destructeur, et aussi dans l'uniformité du traitement prescrit ; nous n'avons pas mission de retrancher la première cause ! essayons seulement d'amoindrir la seconde.

La diarrhée semble être pour la plupart *une* dans ses symptômes, *une* dans la médication à suivre. Tous les jours nos journaux de médecine de tous les pays nous donnent des formules nouvelles contre la diarrhée, sans établir au préalable la variété où l'indication a surtout sa raison d'être, et le lecteur praticien, emboitant le pas, ne fait pas plus de distinction que l'auteur qui lui donne la formule, et la diarrhée est soumise à la médication empirique digne du bon vieux temps — qu'elle soit lientérique, séreuse, muco-séreuse, cholériforme, dyssentérique, cérébrale, qu'elle soit diathésique ou enfin concomitante, comme cela se rencontre dans la forme muqueuse de la rougeole.

On voit tout de suite les résultats pratiques qui peuvent résulter d'une conduite semblable ; si la médication est active, on vise la maladie et on tue le pauvre petit ; si elle est plus ou moins expectante, on le laisse mourir ; comme dans le vice et la vertu, il y a des degrés dans la pratique du médecin.

Nous allons donc, après quelques généralités nécessaires, tâcher de nous rendre familier avec les différentes formes de diarrhées et le traitement qui convient à chacune d'elles. Avant tout, il est important de se bien familiariser avec l'examen des matières fécales ; nous commençons par là.

Examen des matières fécales.—Cet examen est très important, le diagnostic précis ne saurait se faire sans lui.

Couleur.—En santé les matières sont brunes chez l'adulte ; cela est dû à la présence de la matière colorante de la bile, l'hydrobilirubine ; quand la bile n'est pas sécrétée, la couleur devient gris sale. Chez l'enfant le lait contribue à modifier cette couleur.

Ce n'est que dans le catarrhe duodénal que les évacuations absolument privées de bile se rencontrent, comme ce n'est que dans ces cas que l'occlusion des conduits biliaires, plus ou moins complète, se rencontre ; dans les maladies du foie la sécrétion de la bile n'est jamais arrêtée. Si dans le catarrhe duodénal les matières redeviennent brunes, on peut pronostiquer une amélioration prochaine, quand même l'ictère persiste.

Les sécrétions de la diarrhée, jaunes-brunes d'abord, deviennent plus claires et plus pâles, en proportion de leur abondance, à mesure que la bile est dissoute dans une plus grande quantité de liquide.

Dans le choléra asiatique la quantité de sécrétion de la bile étant la même et les matières étant considérables, elles deviennent sans couleur, eau de riz.

Chez les enfants, les selles d'abord jaunes, brun clair, deviennent souvent vertes, verdâtres, surtout quand il y a dyspepsie ; la cause de cette couleur n'a pas été trouvée encore ; il est probable, toutefois, qu'elle est due à la transformation de la bilirubine en biliverdine. Sous l'influence du calomel, on se souviendra que les selles prennent une couleur semblable (*grass green*).

“Golding Bird, dans le *London Medical Gazette*, a publié des considérations intéressantes sur la nature des évacuations alvines de couleur verte chez les enfants. Il combat l'opinion la plus généralement adoptée qui attribue la coloration des évacuations de cette espèce à la bile. Il croit que cette coloration est due au principe colorant du sang qui a transsudé des capillaires de la veine porte dans les conduits excrétoires, et que les sécrétions intestinales ou même certains agents chimiques tels que le mercure ont fait tourner au vert.” (Barthez et Sanné, 1887.) Ajoutons qu'au contact de l'air les selles jaunes deviennent vertes dans assez peu de temps.

Les selles liquides rouges brunes, ou brunes rouges (chocolat) qui contiennent beaucoup de sang viennent du haut de l'intestin ; dans ces cas l'oxyhémoglobine du sang artériel est transformée en mettramoglobine et hématine. Quand le sang vient du rectum, il n'y séjourne pas assez longtemps en contact avec les matières fécales pour subir ces changements, aussi la couleur est rouge marquée. La présence d'une légère trace de sang est indiquée par la couleur qu'elle donne aux selles.

Les selles ne présentent pas toutes les mêmes réactions, et le papier tournesol devra guider beaucoup la nature du traitement.

Odeur.—Elle est due surtout à la décomposition des matières grasses; elle est de peu d'importance, ne variant qu'en intensité et non en qualité; elle est très pénétrante dans les affections inflammatoires et ulcéreuses. (Guttman, Berlin.)

La couleur et l'odeur des selles diarrhéiques, comme la couleur et l'odeur des crachats pneumoniques, jouent un rôle important dans le diagnostic des lésions organiques.

Généralités.—L'anatomie pathologique ne pouvant, dans un grand nombre de cas, constater de lésions organiques, il nous faut conclure que la diarrhée peut être essentiellement fonctionnelle, *sine materiâ*.

Les lésions se rencontrent surtout dans le gros intestin; l'estomac et l'intestin grêle en présentent cependant. La marche de la maladie ne peut nous faire connaître suffisamment la nature de la lésion; seulement nous pouvons dire d'une manière générale que lorsque les selles sont intermittentes, la diarrhée est d'ordre réflexe ou fonctionnelle; quand les selles sont violentes et continues, la diarrhée est inflammatoire, nous avons affaire à une affection grave et aiguë de l'intestin.

La diarrhée dysenteriforme est très fréquente; la dysenterie elle-même, rare; il en est de même de la diarrhée cholériforme, le choléra n'étant presque jamais constaté.

Quand les selles sont très liquides, comme séreuses, s'infiltrant presque tout entières dans les luges sans laisser de résidu à la surface de ceux-ci, elles viennent de l'intestin grêle.

Ces distinctions sont importantes au point de vue du traitement, qui ne saurait être le même dans tous les cas. L'on sait, en effet, combien il faut une médication moins énergique lorsque nous traitons des troubles gastriques ou du premier intestin, quo lorsqu'il nous faut attaquer le gros intestin; quelques gouttes de chlorodyne dans le premier cas donneront une satisfaction que l'on attendrait inutilement dans le dernier: des médicaments promptement diffusibles ne sauraient exercer une action égale sur tout le parcours des voies digestives.

Les formes de la diarrhée sont nombreuses; nous les classerons d'après la nature des selles.

Diarrhée. Selles lientériques.—La digestion est incomplète, les aliments ne sont pas digérés, on les trouve dans les selles; les sécrétions des sucs gastrique, biliaire ou pancréatique, séparément ou conjointement ont été sans action, ont cessé de jouer leur rôle.

La diarrhée lientérique est une diarrhée fonctionnelle; elle est très fréquente parmi nous. Causée par un lait qui n'a pas toujours les qualités nécessaires, une alimentation artificielle donnée avant l'âge nécessaire, des troubles nerveux, résultat d'une dentition difficile, elle est caractérisée par deux choses principales: la non-digestion des aliments et l'acidité des selles au bout de quelques jours.

Trousseau nous a dit : la médecine n'est rien, la médication est tout; ce conseil du grand praticien doit nous guider ici. La base d'une médication raisonnée consiste à attaquer les causes d'une maladie quand elles sont à notre portée.

L'alimentation au moyen du lait et du lait dont les qualités sont bien établies, doit être la seule nourriture du premier âge; la vulgarisation de l'analyse pratique du lait devra contribuer à en assurer la bonne nature. Il est important de bien connaître la vache qui est la nourrice de nos enfants; son état de santé ne doit pas nous être indifférent.

Il suffit d'observer l'effet d'un changement de nourriture, pour constater combien le lait est l'aliment primordial de l'enfant; une nourriture artificielle causera la diarrhée chez l'enfant qui n'en aura jamais souffert, si cette nourriture est donnée trop brusquement, si la transition n'est pas très graduelle.

La dentition, par les troubles nerveux qu'elle produit, est une cause fréquente: elle doit être surveillée avec soin, et l'on doit avoir recours aux scarifications des gencives, non pas seulement lorsqu'elles sont très enflammées, mais dans *tous les cas* où l'on peut soupçonner que leur irritation peut être cause de la diarrhée que nous avons à combattre; il ne sera pas nécessaire que la gencive présente les conditions requises, classiques, pour justifier l'opération, un gonflement quelconque, une induration anormale, des signes certains enfin d'un travail dentaire pénible, voilà les indications, car la lancette peut quelquefois couper le mal à sa racine.

(A suivre.)

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

Notes recueillies par M. D. L.

Le caractère anguleux des traits du visage est très remarquable chez les sujets souffrant de cancer, même latent. (Prof. LARAMÉE.)

M. le professeur LARAMÉE fait de la peine morale, surtout de celle de l'amour, une puissante cause de *chlorose* chez les jeunes filles.

L'emploi de l'*ergot* comme accélérateur du travail de l'accouchement constitue une des plus grossières erreurs de la thérapeutique. (Prof. DESROSIERS.)

Certains malades se montrent facilement réfractaires à l'action

de l'atropine ; on peut dans ces cas y suppléer par l'emploi de la duboisine. (Prof. FOUCHER.)

Dans la *néphrite parenchymateuse* chronique (gros rein blanc), les douleurs lombaires sont généralement plus intenses que dans les autres formes d'inflammation chronique du rein. (Prof. LARAMÉE.)

M. le professeur LARAMÉE appuie sur l'importance qu'il y a pour les personnes prédisposées aux affections pulmonaires, névralgiques et rhumatismales, de porter des gilets de laine.

Il faut se défier de l'action de l'ésérine dans certaines affections de la cornée compliquées d'iritis ; la soudure complète du sphincter de l'iris peut en être le résultat. (Prof. FOUCHER.)

Chez les sujets à peau délicate et fine, l'emploi de l'onguent de soufre détermine souvent une irritation plus ou moins intense, et même de l'érythème. (Prof. LARAMÉE.)

La *vulvo vaginite* des enfants et des jeunes filles est due, la plupart du temps, à la présence des ascarides. Ces sujets sont constamment en mouvement, et, quand ils sont assis, ne peuvent tenir en place. (Prof. LARAMÉE.)

Dans la *pneumonie* des vieillards, le point de côté est moins intense qu'il ne l'est chez l'adulte, d'une manière générale ; la même chose se remarque chez les sujets ayant déjà eu des pneumonies du même côté. (Prof. LARAMÉE.)

Chez les *diabétiques*, les rides de la face sont ordinairement très accentuées, et ce, d'autant plus que le sujet aura joui de plus d'embonpoint, ce qui donne aux malades l'apparence de vieillards précoces. (Prof. LARAMÉE.)

Dans un cas d'*abcès de la glande vulvo-vaginale* avec hémorragie siégeant dans la glande, le traitement suivant est institué par M. le professeur BRENNAN : Incision du conduit au moyen du couteau de Weber, et instillation d'une solution éthérée d'iode-forme.

L'association du *calomel* avec la *résine de scammonée* est peut-être la meilleure possible quand il s'agit de donner un purgatif aux enfants. Ces deux médicaments ont, outre une efficacité incontestée comme purgatifs, une insipidité qui les fait accepter sans répugnance. (Prof. DESROSNIERS.)

Dans la *vulvite et la vaginite purulentes des petites filles*, il ne faut jamais oublier le danger de contagion. Exiger l'isolement des malades et l'emploi d'un protectif pour prévenir l'auto-inoculation des yeux. Éviter les bains et l'usage d'éponges, linges, etc., en commun. (Prof. BRENNAN.)

Si l'on veut obtenir des *purgatifs salins* tout l'effet qu'on est en droit d'en attendre, il faut les administrer dissous dans une quantité d'eau relativement petite. Trop dilués, ils n'irritent plus la muqueuse intestinale, sont absorbés et n'agissent que comme diurétiques. (Prof. DESROSNIERS.)

Les intillations de collyre à l'atropine, etc., chez les enfants indociles et atteints de photophobie intense, sont remplacées avec avantage par l'emploi des mêmes médicaments incorporés à la vaseline dans les mêmes proportions. Les instillations sont rejetées immédiatement au dehors par la contraction énergique des paupières, tandis que la pommade s'agglutine et séjourne plus longtemps. (Prof. FOUCHER.)

Dans la *pleurésie avec épanchement*, M. le professeur LARAMÉE conseille de pratiquer la ponction aspiratrice antiseptique si l'épanchement est séreux et très considérable. Avant que d'en venir là, il vaut mieux attendre longtemps (sauf dans le cas de symptômes inquiétants) et recourir au traitement médical : purgatifs, sudorifiques, etc. Si l'épanchement est purulent, il faut ouvrir largement, sans hésitation. Se rappeler la tendance qu'ont les épanchements séreux à devenir purulents après la ponction aspiratrice.

Nouveau journal.—MM. les docteurs E. J. MOURE, A. POUSSON et W. DUBREUILH, fondateurs et directeurs de la Polyclinique de Bordeaux, ont eu l'heureuse idée de publier les résultats de leurs travaux dans une revue bi-annuelle intitulée : "*Annales de la Polyclinique de Bordeaux.*" Les *Annales* paraissent en janvier et en juillet, par livraisons de 64 pages in-8. Nous serons heureux de faire l'échange avec cet intéressant recueil auquel nous souhaitons longue vie et prospérité.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Méningite tuberculeuse chez un adulte.—Clinique de M. le prof. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Le 2 janvier, entre dans le service un jeune homme de vingt-quatre ans qui depuis treize jours était atteint d'une maladie fébrile qui se manifestait par des phénomènes très précis, tels que céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, courbature générale, douleur dans le dos et dans la région cervicale.

Cet ensemble était assez marqué pour obliger ce malade à prendre le lit le jour même, c'est-à-dire le 24 décembre. L'état resta stationnaire jusqu'au 25. Le 25, il se produisit une épistaxis, et le 26 fut administré au malade un purgatif qui n'eut pas grand résultat. Loin d'y avoir de l'amélioration, la céphalalgie devint plus accusée. C'est à cette époque qu'il entra à l'hôpital.

Le 2 janvier au soir, la température était de 35°2; le 3, au matin, elle était de 38°4. C'était alors le quatorzième jour de la maladie. A cette époque, le phénomène dominant était un abattement très net; les pommettes étaient un peu violacées. Le symptôme le plus douloureux était une céphalalgie toujours aussi intense. L'intelligence était intacte, les réponses étaient nettes, les renseignements que le malade donnait sur son état étaient précis. On remarquait néanmoins un peu de stupeur, les réponses n'étaient pas absolument immédiates. Il y avait un peu de tremblement musculaire, les mouvements volontaires étaient un peu saccadés; la langue était blanche à la base et au milieu, rouge sur les bords et à la pointe; elle n'était pas sèche. On ne trouvait pas de météorisme, mais une douleur sans gargouillement dans la fosse iliaque gauche. Tout cet ensemble pouvait faire supposer une fièvre typhoïde débutant. Néanmoins, dès le 3 janvier, ce diagnostic fut repoussé et on admit l'existence d'une méningite tuberculeuse. Les raisons qui firent rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde étaient les suivantes:

D'abord la persistance de la céphalalgie qui était aussi intense le quatorzième jour que le premier, ce qui ne doit pas exister dans la fièvre typhoïde. Il peut se faire que pendant le premier septénaire la céphalalgie soit le symptôme dominant, mais au

dixième jour au plus tard, on n'en doit plus trouver, si ce n'est une céphalalgie très atténuée. Or, ici, au quatorzième jour, la céphalalgie était la même qu'au premier jour.

D'un autre côté, on notait une certaine discordance entre l'état cérébral et l'état du système musculaire. L'abattement était marqué, mais l'idéation restait correcte. Cette discordance ne se voit pas au quatorzième jour de la fièvre typhoïde. Voilà les deux raisons fondamentales pour lesquelles le diagnostic de fièvre typhoïde devait être repoussé. Accessoirement, on devait tenir compte de l'absence de tout météorisme et de l'absence également de taches rosées. Il fallait donc porter ses observations sur l'examen de la période préfébrile.

Le malade était-il en bonne santé avant l'explosion de la maladie qui l'avait forcé à prendre le lit? A cette question, le malade répondait qu'il avait pu travailler jusqu'au 21 décembre, mais qu'il avait remarqué un affaiblissement graduel à ses forces et qu'il maigrissait de jour en jour, tout cela depuis déjà trois mois.

Or la période préfébrile de la fièvre typhoïde a une durée de quelques jours seulement. La perte des forces ensuite, ainsi que l'amaigrissement progressif, constituent le type le plus parfait de la *méningite tuberculeuse*. L'évolution ultérieure de la maladie justifia pleinement d'ailleurs le diagnostic établi dès cette époque.

Dès le 3 janvier, c'est-à-dire au quinzième jour de la maladie, on peut constater une rétraction du ventre, ce qu'on a appelé le ventre en bateau. Le malade était couché sur le côté, les genoux fléchis, la stupeur était plus intense; il n'y avait ni vomissements, ni diarrhée, mais bien de la constipation. On ne remarquait aucune éruption. Le 4 janvier il survint un peu de ptosis de la paupière gauche et un léger strabisme du même côté.

Dans la nuit du 4 au 5 le pouls change. Le 4 au soir, le pouls donnait 110 pulsations; le 5 au matin, on n'en trouvait plus que 64. Ce phénomène, fréquent chez les enfants, est très rare chez les adultes. Le 7 au matin, il remonte à 110. Nouvelle exception, chez l'adulte du moins. A cette époque, la température était de 38°2 matin et soir, alors que le 4 au soir elle était de 39°5. Il faut bien noter que le ralentissement du pouls coïncide avec l'élévation de la température et que son accélération a eu lieu en même temps que l'abaissement de la température. Une fois la maladie constituée, il n'y a aucune relation entre l'élévation de la température et la fréquence du pouls. La fièvre est *dissociée*.

Le 6 au soir, le délire commence, il va en augmentant jusqu'au 11, jour où on observe de la somnolence, puis du coma dans lequel le malade succombe. On était au vingt-deuxième jour de la maladie.

Ce qu'on doit diagnostiquer, ce sont les formes de la *méningite tuberculeuse anormale* par rapport aux formes de cette maladie chez les enfants. Cette durée de vingt et un jours est anor-

malade chez l'adulte. La méningite tuberculeuse telle qu'on la rencontre chez l'enfant est anormale chez l'adulte.

Le traitement, tout énergique qu'il ait été, n'a pas réussi. On a employé les stimulants, l'iodure de potassium, les vésicatoires volants pansés avec de l'onguent napolitain.

L'autopsie confirma le diagnostic. On ne trouve pas d'exsudat purulent, mais bien un exsudat fibrineux dans la partie médiane de la base de l'encéphale, exsudat qui dénotait un travail de méningite. Sur tout le pourtour de l'encéphale, on rencontrait de fines granulations grises naissantes, mais pas de granulations confluentes. Il n'y avait en somme pas de foyer. Les poumons, qui à la percussion des fosses sus-épineuses préentaient un peu de submatité, ne donnaient rien d'anormal à l'auscultation.

Ils étaient parsemés de fines granulations du même âge que celles des méninges. Le malade était sur la voie d'une infection générale. Il a été pris d'une tuberculose diffuse; la période préfébrile qui a duré deux ou trois mois était en rapport avec la précipitation de cette infection générale. Il s'agissait de trouver l'endroit où le malade avait pris ces granulations tuberculeuses.

Or, au sommet du poumon droit, on trouve un petit noyau de la grosseur d'une lentille et au dessus un ganglion caséeux, non ramolli, gros comme une amande. Voilà les foyers de cette auto-infection granuleuse. Ces foyers étaient aptes à donner lieu à une infection secondaire qui a emporté le malade.—*Praticien.*

Traitement de l'oxalurie, par le Dr. H. PICARD.—Pour combattre la formation de l'oxalate de chaux et empêcher, par conséquent, la déperdition de la chaux qui en est la conséquence et l'apparition des phénomènes décrits et des calculs urinaux, il faut tout d'abord éviter les aliments qui en contiennent ou sont susceptibles d'en former: l'oseille, le cresson, la tomate, la rhubarbe; les fruits riches en acides citrique, malique, tartrique: les pommes en particulier et les groseilles. On s'abstiendra de vin de Champagne et de la Moselle, de bières fortes et moussues auxquels on préférera le cognac, le whisky et le genièvre. On évitera les eaux calcaires et, faute de pouvoir s'en procurer d'autres, on les fera bouillir.

Comme médicament, quand bien même il y aurait déperdition de chaux on n'aurait pas recours à l'eau de chaux, parce que, en se combinant avec des acides, elle pourrait former des sels insolubles et, par suite, des calculs. On administrera de préférence la potasse et la soude, les phosphates alcalins et les aliments riches en phosphates; la laitance et les œufs de poissons; la cervelle de veau et de mouton. S'il existe des acidités du tube digestif, on aura recours à la magnésie carbonatée.

On a conseillé aussi, dans ces cas, d'employer l'azotate de potasse, l'acide chlorhydrique à la dose de 20 gouttes deux à trois

fois par jour ou un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide nitrique selon la formule suivante :

Acide chlorhydrique.....	} à ½ once
— nitrique.....	
Eau.....	½ “
Sp. d'orange.....	½ “

dont on prendra une cuillerée à thé mélangée à un verre d'eau avant chaque repas.

Le malade ne devra manger que modérément ; il évitera l'humidité, l'air confiné, les dépressions morales. Par contre, il faudra activer la respiration, faire de l'exercice musculaire, de la gymnastique, de grands mouvements des membres supérieurs pour activer la respiration. On prescrira les voyages, les frictions sèches, les douches, les bains salés, de mer, de manière à transformer l'acide oxalique en acide carbonique par l'absorption d'une grande quantité d'oxygène. On se vêtira chaudement et on boira beaucoup, surtout des boissons chaudes et aromatiques, comme des infusions de menthe et de mélisse. On évitera le sucre, mais on boira du lait. On ne négligera pas les amers : colombo, houblon. Enfin on devra, surtout chez les graveleux, beaucoup compter sur Vals et Vichy.

Dans le cas où l'impuissance coïncidera avec la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine, le traitement précédent, auquel on adjoindra des courants induits sur la région lombaire, le périmètre et l'hypogastre, devra être employé ; mais il faudra se garder de promesses qui risqueraient de ne point se réaliser.

Enfin, recommandation très importante : il faudra que ces malades ne se couchent pas trop tard : dix heures ou dix heures et demie au plus, et qu'ils se lèvent de bonne heure ; jamais après sept heures. Les combustions et les fermentations s'accomplissant, en effet, surtout chez ces malades, comme chez tous les individus faibles et anémiques, plus complètement le jour que la nuit, il en résulte que le malaise dont ils souffrent est bien plus grand le matin que le soir, après l'exercice qui a parfait ces combustions et ces fermentations. D'où il résulte qu'en leur laissant le repos nécessaire, il ne faut pas l'exagérer.—*Revue de thérapeutique.*

Symptômes avant-coureurs des lésions rénales graves.— Le Dr. S. C. BOND, dans le *Journal of the American Medical Association*, regarde la quantité d'urée excrétée journellement comme indiquant, plus fidèlement que tout autre signe, les altérations organiques profondes des reins. Il divise en 3 classes, les patients porteurs de ces lésions : 1^o Chez les malades de cette catégorie, l'excrétion de l'urée est diminuée : on trouve 6 à 18 grammes par vingt-quatre heures. L'urine, d'ordinaire, diminuée en quantité, peut parfois augmenter considérablement. Ces sujets sont fatigués par le moindre exercice, ils ont de la dyspnée, des vertiges, des

nausées, voire des vomissements; ils souffrent de douleurs névralgiques, surtout intercostales, de jactitation, d'œdème plus ou moins prononcé des mains, de la figure, des jambes. L'urine renferme de l'albumine et des tubules en grande abondance. Les malades arrivent à ce point par une série de poussées qu'ils attribuent au froid, mais qui ne seraient que la conséquence naturelle de la destruction du tissu rénal et d'autres tissus de l'organisme. Ces patients sont atteints de la maladie de Bright chronique des auteurs.

2o Chez ces personnes, comme chez celles du premier groupe, il y a diminution dans l'urée des 24 heures, il y a une fluctuation plus appréciable dans la quantité excrétée, mais elle n'atteint cependant pas le chiffre normal. Par moments, il y a des traces d'albumine, et quelques cylindres granuleux ou épithéliaux, mais la plupart du temps on ne trouve ni albumine, ni cylindres; on rencontre ici encore, les douleurs névralgiques, le vertige, la nausée et la fatigue.

Après un espace de temps assez long généralement, les symptômes s'aggravent et les malades tombent avec ceux du premier groupe; un petit nombre s'améliorent, cependant, en apparence, et feront partie du troisième groupe. La maladie reconnue à cette période peut bénéficier d'un traitement approprié.

3o Sont rangés ici, les personnes qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, voient l'excrétion de l'urée diminuer, — 10 à 20 grammes dans les 24 heures, ce chiffre ne se maintient pas, cependant, et il a de la tendance à redevenir normal. Il y a encore ici cette courbature, ces douleurs brachiales et thoraciques, le vertige, et les symptômes nerveux divers. On ne découvre ni tubules, ni albumine. Il n'y a que peu ou pas d'œdème, et on remarque une sympathie entre la quantité d'urée excrétée et l'intensité des symptômes, au point que par la diminution de l'urée on peut prévoir une aggravation et vice-versa.

L'auteur est convaincu que cette diminution de l'urée existe bien avant l'apparition de l'albumine et des cylindres, et alors que la personne est à se faire traiter pour une soi-disant maladie utérine, l'anémie, la dyspepsie, la neurasthénie, etc. Il y aurait dans ce signe une valeur diagnostique réelle.

Le régime, les purgatifs salins, la digitale et la nitroglycerine sont les essentiels du traitement.

Cachexie de cause indéterminée.—Clinique de M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Au numéro 17 de la salle des hommes est couché un malade âgé de soixante ans. Il y a cinq ou six jours qu'il est entré à l'hôpital et il est intéressant d'étudier son état vu l'incertitude du diagnostic à poser à son égard.

Pour ce qui est de ses antécédents héréditaires, il nous raconte que son père et sa mère sont morts, mais il ne pourrait dire de

quelle affection ; il a eu une sœur qui selon toute probabilité est morte tuberculeuse. Quant à ses antécédents personnels, il a eu la coqueluche, puis la fièvre typhoïde, dans son enfance. De son métier, il est distributeur de prospectus, et on ne trouve pas chez lui de trace d'alcoolisme ou de syphilis.

Depuis quelques années, il s'enrhume pendant l'hiver, il tousse et crache pendant longtemps. Mais ce qui l'amène à l'hôpital, c'est un affaïssement général qui a commencé il y a quelques mois. Il a eu des mictions fréquentes, ensuite de l'œdème des jambes et des crampes d'estomac. De telle sorte que depuis ce temps il s'est affaibli et a maigri considérablement, quoique son appétit se soit parfaitement conservé.

Si l'on examine cet homme avec grand soin, il est impossible de trouver aucune lésion dans ses organes. On ne rencontre aucune tumeur dans la région de l'estomac, pas plus que du côté du rectum. L'appareil pulmonaire est absolument indemne de toute lésion, ainsi que le foie et la rate. Le cœur est peut-être un peu augmenté de volume, et l'auscultation révèle chez lui un léger bruit de galop, et à part cela tous les bruits du cœur sont normaux. Si l'on examine la lésion du cou on remarque que les jugulaires profondes battent avec beaucoup de vigueur.

Le sang de cet homme est très déglobulisé. La numération des globules a montré qu'il y en avait à peine un tiers du chiffre normal. L'hémoglobine est également diminuée dans le même rapport.

A cet ensemble de symptômes, ou plutôt à ce manque de symptômes, ajoutons que le malade a une très faible quantité d'albumine dans ses urines. Nous poserons donc vaguement le diagnostic d'anémie accompagnée de cachexie. Mais pour ce qui est de savoir quelle est la lésion, quelle est la cause de cette anémie, c'est impossible.

Quels sont donc les états qui peuvent donner lieu, tout en étant latents, à l'anémie, avec un affaiblissement comme celui dont est atteint ce malade ?

Cherchons d'abord dans les états organiques chroniques. Nous nous trouvons en présence des lésions du cerveau, des lésions de la moelle ; mais dans ce cas là, une recherche attentive permet toujours de remonter à la lésion.

La tuberculose ou le cancer du poumon se révèlent toujours soit par les accidents héréditaires ou personnels.

Il y a la cachexie cardiaque qui est quelquefois la première manifestation d'une maladie du cœur.

Les voies digestives sont souvent le point de départ de la cachexie, si l'on a affaire à un cancer, à un ulcère, à une gastrite chronique, que ce soit d'ailleurs l'estomac ou l'intestin qui soit atteint. Mais jamais toutes ces lésions ne peuvent passer complètement inaperçues et elles donnent toujours naissance à des troubles digestifs plus ou moins accusés.

Le cancer du foie n'est jamais primitif. Les hydatides peuvent quelquefois ne se révéler que par une cachexie que rien n'explique. Nous dirons de même pour le cancer du pancréas, qui peut bien souvent rester latent.

Les lésions rénales ne peuvent jamais donner lieu à la cachexie sans se manifester de suite par toute une symptomatologie.

Si maintenant nous nous arrêtons aux états diathésiques, nous verrons que certainement ils peuvent passer inaperçus pendant quelque temps, mais si l'on se livre à un examen bien approfondi des antécédents héréditaires et personnels du malade, on ne tardera pas à trouver la lésion et à déterminer la cause de la cachexie.

Les états infectieux qui peuvent rester latents et donner lieu à la cachexie sont aussi nombreux que variés. Tels sont la malaria, les gaz délétères (gaz d'éclairage, oxyde de carbone, acide carbonique, air confiné), l'eau de mauvaise qualité, l'intoxication saturnine, etc.

L'on voit que le nombre des causes pouvant occasionner la cachexie est respectable, et certainement nous ne les avons pas toutes passées en revue. Si donc dans cette longue série nous cherchons à en attribuer une au malade qui nous occupe actuellement, nous sommes très embarrassés. Peut-être tout au plus, étant donnés le volume de son cœur, le léger bruit de galop, le peu d'albumine se décélant dans les urines, pourrait-on admettre l'hypothèse d'un commencement de néphrite interstitielle?—*Praticien.*

—En face de certaines maladies, le médecin est comme un joueur devant la roulette : la roue tourne et celui-ci ne peut qu'en suivre les évolutions, anxieux mais impuissant.

—Le sentiment de reconnaissance d'un malade pour son médecin fait l'office d'un brouillard passager qui lui dissimule le chiffre des honoraires ; le temps est, au contraire, une loupe qui le grossit ; la pratique nous enseigne à profiter de la première illusion d'optique et à ne pas attendre l'effet de la seconde.

—Autre forme de la même vérité : la reconnaissance d'un malade pour son médecin est un sentiment dont l'indensité décroît en raison directe du carré des temps.

—Si nous faisons beaucoup d'ingrats, nous nous créons, par contre, quelques amis dont l'affection se manifeste avec une délicatesse parfois bien touchante. La sagesse nous conseille d'oublier les uns et d'accueillir les autres avec une égale tranquillité d'âme.

—La maladie est comme un écheveau qui s'emmêle à mesure que nous faisons effort pour le dévider.

CHIRURGIE

Traitement radical de l'hypertrophie prostatique, par le Dr. DESNOS.—Sans entrer aujourd'hui dans des considérations théoriques, il est cependant nécessaire de rappeler quelle est la nature de l'affection désignée sous le nom d'hypertrophie prostatique, car cette question de pathogénie domine la thérapeutique. On sait que la tuméfaction sénile de la prostate ne doit pas être envisagée comme une affection isolée, mais qu'elle est le résultat d'un travail morbide qui s'étend à tout l'appareil urinaire; dans ces cas il existe une sclérose de tout cet appareil, bien mise en lumière par le professeur Guyon et son élève Lannois : les reins, la vessie, la prostate présentent les mêmes lésions caractérisées par l'hypertrophie et la condensation du tissu cellulo-fibreux.

Ainsi, en présence d'une prostate hypertrophiée on peut être certain que la vessie et les reins sont également malades. Une telle notion suffirait pour faire rejeter toute tentative dirigée contre la prostate et en réalité dans la majorité des cas les altérations de la vessie devenue inerte et peu contractile, expliquent à elles seules presque tous les symptômes. Cependant, si la sclérose se retrouve partout, elle ne présente pas un égal développement dans tous les organes; le rein par exemple peut offrir des lésions avancées alors que la vessie n'est que fort peu atteinte : il en est de même de la prostate.

Supposons, en effet, qu'il s'agisse d'un homme dont la prostate est le siège de tumeurs volumineuses et saillantes alors que la vessie a conservé intacte la plus grande partie de ses fibres musculaires. En pareil cas, l'accumulation de l'urine dans le bas-fond en détermine la dilatation et accélère la marche de la maladie. Ici une opération radicale, qui supprimerait l'obstacle serait donc bonne en principe. Mais avant d'en décider l'exécution, il faudrait s'appuyer sur un diagnostic précis et certain; on peut par le cathétérisme et en étudiant le mode d'écoulement de l'urine, s'assurer de la contractilité de la vessie, c'est là un point essentiel; il est en général plus difficile de connaître la forme, le volume, la disposition des obstacles prostatiques, notions nécessaires pour décider du genre d'opération à laquelle on aura recours.

Alors même que toutes ces difficultés auront été écartées et que l'opération aura été suivie de succès, le bénéfice recueilli par le malade sera-t-il durable?

Il est permis d'en douter : la lésion qui frappe l'appareil urinaire évolue fatalement; la vessie conservera plus ou moins longtemps sa contractilité, mais tôt ou tard elle participera à la dégénérescence; les mêmes symptômes reparaîtront et l'opéré se trouvera dans les mêmes conditions que ces prostatiques sans grosse

prostate dont la vessie est frappée d'inertie complète. Un cathétérisme régulier deviendra alors nécessaire; et on est en droit de se demander si cette manœuvre, bien employée dès le début, n'aurait pas procuré un bénéfice au moins égal à celui de l'opération.

La cure radicale de l'hypertrophie prostatique doit être réservée à un petit nombre de cas qui, si exceptionnels qu'ils soient, ne permettent pas de la rejeter d'une manière absolue. On y songera lorsqu'un rapide développement de la prostate contraste avec l'intégrité du muscle vésical et permet d'espérer une conservation relativement longue de ses fonctions. Il est une autre indication plus formelle de l'intervention: c'est l'impossibilité ou l'extrême difficulté du cathétérisme. Quand chez un prostatique dont il est nécessaire de vider la vessie, le cathétérisme est difficilement praticable, le chirurgien a pour devoir de modifier la disposition du col moins dans l'espoir de rétablir la miction normale que pour faciliter le passage de la sonde.

Les exemples de survie à la suite d'interventions de ce genre sont peu nombreux, mais dans les cas où on a rétabli le cours de l'urine par une autre voie, hypogastrique ou périnéale, on a pu prolonger l'existence pendant plusieurs années, 10 ans même chez un opéré du Dr. Forestier (de Seignelay). Nul doute que, si au lieu de maintenir une fistule permanente, ou avait pu pratiquer sur le col des modifications convenables, le cathétérisme eût rendu les mêmes services que la canule hypogastrique à demeure.

Ces réserves faites, il nous reste à exposer les moyens proposés pour produire la diminution ou une modification notable de la glande. Ils sont nombreux et peuvent se ranger en trois catégories suivant qu'ils ont pour but d'amener une diminution en masse de toute la glande, de modifier la disposition du col, ou d'inciser ou d'exciser des parties de la glande qui empêchent le libre cours de l'urine.

On a cherché à obtenir la diminution en masse de la glande au moyen de médicaments internes. Ceux-ci doivent être rejetés comme inefficaces sans en excepter l'ergotique, qui a eu un moment de vogue; seul, l'emploi des iodures peut être conseillé, car ceux-ci modifient heureusement la marche de l'altério-clérose.

C'est en agissant directement sur la glande que les chirurgiens ont tenté d'en déterminer l'atrophie. Heine a pratiqué au sein du tissu prostatique des injections interstitielles de teinture d'iode. L'aiguille d'une seringue de Pravaz est conduite, sous la direction du doigt jusqu'au point qu'on veut ponctionner; on l'enfonce de 4 millimètres dans le tissu prostatique, puis on injecte de 15 à 20 gouttes d'une solution au quart de teinture d'iode, injection qu'il faut en moyenne renouveler 10 fois. Une réaction inflammatoire assez vive se manifeste aussitôt après; les bénéfices qu'en retirent les malades sont médiocres et la proportion de 1 décès sur 6 opérations montre que la méthode est loin d'être inoffensive,

L'électricité semble avoir donné de meilleurs résultats ; les courants continus ont été appliqués au moyen d'une électrode négative introduite dans le rectum, pendant que le pôle positif est placé dans l'urèthre ou plutôt au périnée ; car l'action du courant s'exerce aussi bien à travers le tégument et on évite ainsi d'irriter la muqueuse uréthrale. L'action atrophiante a été assez marquée dans les observations de Chéron et de Tripier.

Tout dernièrement en Allemagne, Casper a renouvelé ces tentatives et fait l'électro-puncture de la prostate. Une aiguille de platine est introduite par le rectum dans le tissu prostatique ; l'extrémité seule en est libre et la partie de l'aiguille qui reste seule en contact avec la muqueuse rectale est enduite d'un vernis isolant. Cette aiguille est mise en communication avec le pôle négatif et l'autre électrode, positive, est placée sur la région hypogastrique. Avec des courants de 2 à 12 milliampères, Casper a obtenu une diminution de volume de la glande. Il serait utile de savoir ce que sont devenus ces malades et si l'amélioration s'est maintenue ; souvent, en effet, l'action de l'électricité se borne à déterminer un apaisement des phénomènes d'inflammation chronique dont les prostates hypertrophiées, sont fréquemment le siège.

Les manœuvres qui ont pour but de produire une déformation du col ne constituent pas à proprement parler un traitement radical, car les modifications, quoique très réelles, sont en général assez passagères. Les instruments inventés à cet effet remontent à une époque déjà lointaine, à Leroy d'Etiolles, à Mercier, Charrière, etc. Ils sont abandonnés aujourd'hui ; les mêmes résultats sont obtenus au moyen d'une sonde un peu volumineuse placée à demeure pendant un temps variable.

Très souvent, en effet, on laisse une sonde à demeure lorsque le cathétérisme a présenté de grandes difficultés ; on est parfois très surpris de voir après ces quelques jours combien le passage est devenu facile. Un tel changement tient à la décongestion de l'organe qui suit l'évacuation de la vessie, mais il est aussi le résultat d'une dépression, d'une sorte de rigole que la sonde creuse sur la paroi inférieure du canal, chemin que les autres instruments suivent fatalement désormais.

Les méthodes le plus souvent employées sont celles qui ont pour but de diviser ou d'enlever l'obstacle prostatique. Nous ne rappellerons que pour mémoire les opérations bien connues qui se pratiquent dans la profondeur de l'urèthre. Mercier a surtout plaidé en faveur de la section de la barre au col de la vessie à l'aide d'un instrument analogue à un petit brise-pierre dont la branche femelle porte une lame tranchante. Aujourd'hui abandonnée en France, cette opération est encore pratiquée en Amérique où Gouley a modifié l'instrument de Mercier ; il prétend avoir obtenu une série de succès encourageants, conviction qui n'est pas partagée par un grand nombre de ses compatriotes et la plupart des chirurgiens.

Il n'en n'est pas tout à fait de même des tentatives de Bottini qui est venu rajeunir la méthode intra-urétrale en employant une anse galvanique pour la section de la bride prostatique. Plusieurs instruments ont été construits pour diviser le tissu prostatique ou pour provoquer, par une action caustique, la mortification d'une large étendue de tissus. Par ces moyens, Bottini remplace l'instrument tranchant pour la section ou l'excision des tissus prostatiques. Les accidents provoqués par ces opérations ont été peu graves et les malades paraissent en avoir retiré un certain bénéfice; cependant les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de porter un jugement sur cette méthode. La chirurgie moderne s'est surtout efforcée d'aborder la prostate par une voie artificielle, hypogastrique ou périnéale. R. Harrison est un de ceux qui se sont le plus occupés d'obtenir une cure radicale. D'après lui la section ou l'extirpation d'une partie de la prostate est indiquée dans les cas suivants : 1o grande difficulté du cathétérisme; 2o hémorrhagie; 3o soulagement incomplet après la miction; 4o spasme des sphincters; 5o cystite purulente.

L'idéal étant de conserver l'urèthre comme voie d'évacuation, Harrison a commencé par essayer l'emploi d'instruments analogues à ceux de Gouley.

Mais ces manœuvres ne sont pas toujours possibles et donnent ordinairement des résultats incomplets. Harrison leur préfère l'opération périnéale. Il incise l'urèthre sur un conducteur; le doigt va explorer l'urèthre, et l'obstacle prostatique une fois reconnu, on l'attaque en partie avec le bistouri, en partie avec le doigt qui refoule les tissus de proche en proche; arrivé à ce niveau on peut pratiquer une sorte de tunnel à la base de la prostate ou, par une incision médiane, écarter latéralement les deux moitiés du lobe hypertrophié. Harrison introduit alors dans la vessie un cathéter métallique à l'intérieur duquel est placé un drain de caoutchouc. Le tout est laissé à demeure pendant 6, 7 ou même 12 semaines. Au bout de ce temps le cathétérisme urétral est ordinairement possible, on laisse la plaie se cicatriser en maintenant la liberté du col au moyen d'un cathétérisme méthodique et régulier. Harrison n'a jamais eu d'accidents attribuables à ces opérations et les 2 morts les plus rapides sont survenues, l'une 3 semaines, l'autre 6 semaines après. C'est ce qu'il appelle la prostatotomie externe et interne.

Tout autre est l'opération qui consiste à extirper un lobe prostatique. Les premières opérations de ce genre n'ont pas été voulues, mais l'extirpation d'une partie de la prostate a constitué un incident opératoire au cours d'une taille périnéale. Fergusson vit ainsi de petites masses fibreuses se détacher spontanément des deux côtés des surfaces de section. Cadge et Williams terminèrent une opération de taille en extirpant un certain nombre de ces corps isolés et les malades furent guéris non seulement de leur

calcul, mais aussi de leur rétention d'urine. Harrison en conclut que la taille latérale peut être pratiquée dans certains cas d'hypertrophie, due à la présence de ces corps ronds isolés, qui sont facilement reconnus et détachés avec le doigt. Ailleurs il considère les cas où il y a coïncidence de calcul et d'hypertrophie. Si la prostate est modérément grosse, la lithotritie doit être tentée ; si on soupçonne une saillie prostatique, la taille permettra d'en faire l'extirpation au cours des manœuvres opératoires.

C'est surtout dans les cas de tumeurs saillantes intra-vésicales et d'hypertrophie du lobe médianique que l'excision a été tentée. Deux procédés s'offrent aux opérateurs, qui peuvent suivre la voie hypogastrique ou la voie périnéale. Par cette dernière on pratique, soit une taille véritable, soit une boutonnière, comme le conseille Thompson pour l'extirpation des tumeurs vésicales. La boutonnière est souvent employée par les chirurgiens anglais comme moyen d'exploration ; le doigt va explorer la disposition des lobes prostatiques qui fera décider de l'intervention ou de l'abstention.

Pénétrant par le périnée, Gross, Gouley se servent, pour sectionner et extirper le lobe moyen, d'un écraseur à fil métallique qui met, mieux que l'arrachement avec une pince ou avec les doigts, à l'abri d'une hémorrhagie. Pour que ces manœuvres soient faciles et même possibles, la tumeur doit être nettement pédiculée ; aussi l'opération d'Harrison n'est applicable qu'à un bien petit nombre de cas.

En général la voie hypogastrique a semblé préférable. Les premières opérations de ce genre ont été faites dans le but d'agrandir une fistule hypogastrique devenue insuffisante et chemin faisant, les chirurgiens (Dittel, Billroth) ont été amenés à exciser le lobe moyen. Plus tard la taille hypogastrique a été pratiquée d'emblée et avec la proposition arrêtée soit de modifier le lobe moyen, soit d'arrêter une hémorrhagie abondante. Sw. Edwards, Kœnig, Trendelenburg, l'ont faite avec succès. MacGill en a récemment posé les indications et reconnu les avantages : elle peut, suivant lui, être pratiquée dans deux circonstances différentes ; soit pour faire cesser des symptômes aigus, soit pour arriver à une guérison radicale. La section hypogastrique répond en effet à la première de ces indications, et mieux que toute autre opération elle amène la cessation de la cystite et de l'hémorrhagie.

Les Allemands ont été plus loin ; considérant la taille hypogastrique comme insuffisante pour permettre de bonnes manœuvres d'extirpation, ils ont proposé de faire la résection partielle de la symphyse pubienne. Helferich, pour attaquer une énorme hypertrophie du lobe moyen, a réséqué les trois-quarts environ de la hauteur de cette symphyse, laissant à la partie inférieure un pont osseux ; la marche, est-il dit, était possible, quoique l'opéré ait succombé au bout de 8 jours. Kœnig et Rosenbach ont également pratiqué cette opération, Trendelenburg la considère comme ayant de l'avenir.

Signalons encore dans le même ordre d'idées une opération proposée par Langenbuch, mais, croyons-nous, non encore exécutée sur le vivant : c'est la taille sous-pubienne. Waldeyer s'est livré à des recherches anatomiques sur ce point et il en a montré la possibilité. Son indication principale, d'après Flesch, serait la petitesse et l'intolérance de la vessie qui en rendrait impossible la distension nécessaire pour la taille hypogastrique.—*Concours médical.*

Traitement de la blennorrhagie par l'écouvillonnage de l'urèthre suivi d'injections de sublimé.—Le traitement suivant de la blennorrhagie, que nous reproduisons d'après la *Semaine Médicale*, diffère notablement des traitements classiques employés jusqu'à ce jour. On ne peut nier qu'il soit la conséquence logique des idées aujourd'hui admises sur la nature microbienne de cette maladie; peut-être mérite-t-il, à ce titre, d'être expérimenté avec quelque confiance.

L'écouvillonnage de l'urèthre, pratiqué dans les deux ou trois premiers jours de la blennorrhagie confirmée, a le grand avantage de détruire complètement l'épithélium et de permettre immédiatement au liquide antiseptique de pénétrer dans les replis et les cryptes où se réfugient et se développent les microbes pathogènes.

Voici comment M. le docteur HUGUET décrit le procédé opératoire:

“ Nous avons pris un écouvillon en crin semblable à ceux dont on se sert pour nettoyer les tuyaux de pipes; mais nous avons fait en sorte que notre instrument corresponde comme calibre à une sonde n° 11 de la filière Charrière; en effet, s'il est plus petit, il ne remplit pas toutes les conditions nécessaires pour donner le résultat voulu; s'il est plus grand comme diamètre, il a beaucoup de peine à pénétrer dans le canal, opère trop violemment sur la première moitié de la portion spongieuse, et pas du tout sur la seconde.

L'instrument une fois choisi et préparé, nous avons fait coucher le malade; une injection uréthrale de chlorhydrate de cocaïne en solution au 1/20^e a été faite, et nous l'avons laissée séjourner cinq minutes, afin d'éviter ainsi les phénomènes douloureux. Puis, prenant notre écouvillon comme une sonde ordinaire, nous l'avons introduit lentement en le faisant tourner à la manière d'une vis; nous l'avons retiré de même. L'instrument, après avoir parcouru toute la partie pénienne de l'urèthre, est revenu teint de sang et a ramené de minces débris épidermiques.”

Cette petite opération ne détermine presque pas de souffrance. L'écouvillonnage une fois pratiqué, on fait aussitôt une injection tiède de sublimé au 1/1000 qui, elle, est un peu douloureuse. On continue ensuite à donner les injections avec une solution de sublimé au dix-millième, à raison de trois injections par jour.

Ce mode de traitement a agi de la façon la plus efficace chez les deux malades que notre confrère a traités, quoique les écoulements

fussent des plus virulents, et que les blennorrhagies fussent déjà dans la période d'augment. Après sept jours d'injections chez un malade, après huit jours chez l'autre, l'écoulement avait définitivement disparu.

Ajoutons que l'écouvillonnage n'a produit d'autres désordres qu'un peu de douleur et qu'une petite gêne à la miction pendant la journée où il a été pratiqué; il n'a point, par conséquent, rendu la miction impossible, ni même vraiment douloureuse; il peut donc parfaitement être employé dans la pratique.

Paracentèse des ventricules cérébraux.—Le Dr. KEEN suggère cette opération dans les cas d'hydropisie ou d'abcès des ventricules. Il dit qu'on n'en connaîtra les dangers véritables que lorsqu'elle aura été pratiquée. Il indique trois chemins pour y arriver.—*Polyclinic*.

Rondelles osseuses de trépanations, réimplantation.—M. GUÉRIN a présenté un certain nombre de greffes osseuses pratiquées par M. Mossé (de Montpellier). Ces opérations ont été faites sur le lapin, le chien et le singe. Elles doivent être classées ainsi :

1o Réimpulsion d'une rondelle du crâne enlevée par la trépanation;

2o Transplantation de la rondelle sur un animal de même espèce;

3o Transplantation sur un animal d'espèce différente.

Dans tous ces cas, la couronne du trépan a été appliquée sur l'os, dont le périoste était raclé et éloigné avec la peau, sans précaution tendant à assurer sa conservation. La rondelle ayant été remise en place, les parties molles ont été simplement réunies au-dessus d'elle par des points de suture. Au bout d'un certain temps, on a sacrifié les animaux et on a constaté que, chez la plupart, les rondelles s'étaient parfaitement soudées au tissu osseux voisin. On pourrait objecter que peut-être les choses ne se passeront pas sur l'homme aussi heureusement que sur les animaux; mais déjà MM. Ewen, Barrel et Horsley ont tenté ces expériences sur l'homme, et les résultats obtenus autorisent à penser qu'une rondelle de trépan est susceptible d'être greffée à la place qu'elle occupait avant l'implantation.—*Semaine médicale*.

Cancer du rectum.—Clinique de M. TILLAUX, à l'Hôtel Dieu.—Le malade atteint du cancer du rectum dont il s'agit présente des antécédents héréditaires fâcheux; sa mère est morte à cinquante-quatre ans d'un cancer du sein. Autrefois, il a eu de la dysenterie. On ne peut limiter exactement la tumeur à la partie antérieure. Il ne faut donc point songer à enlever ce néoplasme, puisque, si on ne connaissant pas toute l'étendue, on peut s'exposer à en laisser une partie. On doit donc recourir au traitement palliatif. Ce

traitement consistera en injections, en lavage à l'eau boriquée, à l'eau chloralée, etc.

Dans le cas de fort ténésme, ce traitement ne peut suffire ; il faudra, dans ce cas, recourir à la colotomie et ouvrir le rectum pour faire un anus artificiel. Cette opération, on ne doit point la faire quand le malade, ne souffrant que peu, ne connaît pas la gravité de son état, mais seulement quand les douleurs sont trop violentes.

La colotomie qu'on doit alors pratiquer peut être ou *lombaire* ou *iliaque*. Celle-ci est préférable. La première, beaucoup plus difficile, permet d'arriver dans l'intestin sans ouvrir la cavité abdominale : c'est la raison qui la faisait employer auparavant. Cette raison n'ayant plus aucune importance, on devra recourir à la seconde opération consistant à aller chercher l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche, de la même façon que si on voulait faire la ligature de l'artère iliaque.

Au premier temps, on faisait l'incision des couches et on attirait l'S iliaque. Au second temps on établissait l'anus artificiel, c'est-à-dire qu'on ouvrait l'intestin et qu'on le fixait aux lèvres des parois. Mais on remarqua qu'au bout de quelques mois les matières fécales sortaient moins facilement par le nouvel orifice et continuaient à sortir encore un peu par l'ancien anus, d'où nouvelles douleurs.

Il faut donc, pour remédier à cet inconvénient, séparer le bout supérieur du bout inférieur et établir, haut, l'éperon bien solide. On peut aussi oblitérer complètement le bout inférieur, après avoir mis un tampon à l'autre extrémité. De cette façon, l'inconvénient le plus considérable n'existera plus et le malade souffrira beaucoup moins.—*Praticien*.

Les courbures latérales pathologiques du rachis, par M. le Dr. PIERRE BOULAND ; vraies et fausses scoliozes.—Parmi les déformations latérales du thorax, il faut distinguer deux formes ; la fausse scolioze et la scolioze vraie. Toute déviation n'est pas une scolioze ; c'est souvent un symptôme ; tout individu qui tousse n'est pas un phthisique. De même, il faut bien savoir que beaucoup de prétendues scoliozes ne sont que des inflexions physiologiques qu'on améliore facilement et même qui guérissent toutes seules ; ces fausses scoliozes sont un vaste champ ouvert à l'exploitation ; on guérit tous les jours des scoliozes qui n'existent pas.

Il y a donc là, pour tout médecin consciencieux, une question de diagnostic très importante :

A.—INFLEXIONS PHYSIOLOGIQUES DEVENUES PATHOLOGIQUES
PAR LEUR PERMANENCE (FAUSSES SCOLIOSES)

Leur caractéristique est de ne pas s'accompagner de déformations osseuses.

Comment les diagnostique-t-on ? Par un examen fait de la façon suivante :

Faire dénuder le torse jusqu'au dessous des crêtes iliaques ; les jupons (car c'est presque toujours d'une jeune fille qu'il s'agit) seront fixés à ce niveau. Après cette toilette, causer avec les parents et laisser la jeune fille debout, sans s'occuper d'elle, pendant 5 à 6 minutes. Elle se lasse instinctivement ; alors seulement on l'examine.

S'il y a inflexion pathologique, on trouve une épaule abaissée, l'autre relevée, puis une courbure dorsale, à convexité latérale droite généralement ; de plus une courbure lombaire, en sens inverse, dite de compensation ; enfin une épine iliaque abaissée, l'autre relevée, et une jambe portée en avant, l'autre en arrière ; le dos dans son ensemble offre une légère convexité postérieure.

Dans la plupart des cas, 90 fois sur 100, toutes ces attitudes vicieuses ne sont dues qu'à des inflexions articulaires, indemnes de toute déformation osseuse. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à voir si la malade peut se redresser. On la fera mettre dans la position du soldat sans armes et on lui dira de faire un effort pour se grandir, sans lever le menton ; les courbures s'effacent aussitôt, sauf dans les cas déjà anciens. Dans ceux-ci, on commande une extension un peu oblique, en sens inverse de la courbure dorsale ; tout disparaît alors, sauf une légère voussure du plan dorsal, qui ne persiste pas après qu'on a fait coucher le sujet, pendant quelques minutes, à plat ventre, sur une table.

Notons que ces malades sont la plupart du temps des enfants qui ont l'habitude de s'asseoir sur un seul ischion ; chez les petites filles, cette attitude persiste même pendant les récréations ; les petits garçons, au bout de quelques minutes de jeu, se redressent. Pour savoir si réellement l'enfant a cette habitude, il suffit de l'adosser contre un mur et de lui faire soulever chaque pied l'un après l'autre ; bientôt l'enfant ne peut plus se tenir sur l'un des deux pieds et se tient exclusivement sur l'autre.

Quelquefois, en examinant la région cervicale, on constate une inégalité d'énergie des sterno cléido mastoïdiens, due à l'habitude de tenir la tête inclinée ; ces cas sont assez rares ; on les améliore par l'électricité et par l'application d'un collier maintenu assez longtemps pour amener un certain degré de raideur cervicale.

Leur traitement.—Certain dès lors que la déviation n'est pas d'origine osseuse, que doit conseiller le médecin en pareil cas ?

Dans les cas les plus communs, on ne peut guère songer à faire suspendre les études.

Un moyen plus pratique, sans compter le traitement général, est de soutenir mécaniquement l'enfant. Il y a beaucoup de préventions contre les corsets. Pourtant un *corset bien fait* est toujours extrêmement utile, car le poids que supporte la partie supérieure du rachis est énorme, dans la position de l'étude. Il doit être muni,

sur les côtés et en arrière, de tiges d'acier au lieu de baleines; en avant, d'un busc ordinaire. Il ne faut pas qu'il soit lacé à la pare-seuse, sous peine de se relâcher. On peut le comparer schématiquement à un cornet qui contiendrait une boule; il doit donc être très serré sur le bassin, ce qu'on obtient en passant le lacet deux fois dans un même œillet à ce niveau; en haut, la striction doit être moins. Le busc doit être ouvert devant, malgré l'opinion de Saint-Germain qui veut un busc plein; le corset est bien plus commode à mettre, puisque au lieu de le délayer entièrement chaque fois, il suffit de lâcher un peu le lacet et de le resserrer ensuite.

Un second moyen est l'électricité, pour fortifier les muscles sacro-spinaux qui sont les meilleurs tuteurs du rachis. On emploiera la faradisation, pendant 10 minutes chaque jour, au niveau des gouttières vertébrales; on électrisera aussi un peu les muscles de l'abdomen.

La gymnastique doit aussi être employée; le meilleur exercice est d'apprendre aux enfants à se redresser, à faire effort pour se grandir et cela par habitude, à chaque instant de la journée.

Ces moyens suffisent, tant qu'il n'y a pas de tendance à la déformation des os; au bout de 6 semaines de ce traitement, la saillie dorso-latérale droite doit avoir disparu.

B.—DÉFORMATIONS OSSEUSES (SCOLIOSES VRAIES)

S'il en est autrement, il faut réserver le pronostic; souvent, au bout d'un an environ, on voit apparaître le signe pathognomonique des scolioses vraies; ce sont des saillies musculaires et osseuses a'ternes; saillie postéro-droite au niveau de la colonne dorsale et de l'omoplate; saillie postéro-gauche lombaire, avec un peu de rotation. Ces saillies ne sont pas des hypertrophies, mais des déplacements osseux, des torsions des vertèbres repoussant les côtes; la pression du corps vertébral peut user et perforer la côte; dans les cas extrêmes, on observe la déformation en côte de melon.

C'est au début qu'il importe de faire le diagnostic et d'agir. Les appareils doivent avoir une base de sustentation très large; ils doivent agir non par une pression directe sur la saillie, mais en soutenant le thorax de bas en haut.

Il s'agit d'un traitement de plusieurs années; dégager sa responsabilité si l'on n'est pas rigoureusement secondé par la famille.

Livrée à elle-même, la scoliose vraie ne disparaît jamais spontanément. Elle reste quelquefois stationnaire. Mais ce n'est pas la règle; ordinairement, elle offre une marche progressive jusque vers 25 ans; puis elle subit un temps d'arrêt pendant la période de l'âge adulte; après 45 ans, elle progresse de nouveau.—*Nice-médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE

De la délivrance artificielle. Clinique de M. le prof. BUDIN, à l'hôpital de la Charité (1).—Le *manuel opératoire* de la délivrance artificielle n'est pas constamment le même, il peut varier avec l'urgence de l'intervention, la nature des indications et le degré des adhérences. Lorsque l'hémorrhagie est sérieuse, on n'a pas en général à surmonter de grandes difficultés. L'abondance de la perte de sang indique, en effet, qu'il existe déjà un décollement du placenta et des membranes; l'inertie utérine concomitante favorisera probablement aussi les manœuvres intra-utérines. S'il y a urgence et si on n'a point d'aides, on peut laisser la femme dans son lit: si vous avez plus de temps et si des personnes vous prêtent assistance, il vaut mieux mettre la patiente dans la position obstétricale, c'est-à-dire en travers de sa couche, le siège au bord du matelas; on est mieux pour opérer. Au moment d'agir vous aurez grand soin, au préalable, d'assurer une asepsie parfaite de votre main. Elle doit, en effet, pénétrer dans un utérus dont de nombreux sinus sont béants et favorablement disposés par conséquent pour l'absorption. Une fois la main absolument propre, vous procédez à son introduction. Il faut, quand on le peut, prendre comme guide, le cordon qui pend hors de la vulve. En effet, il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de pénétrer sûrement dans la cavité utérine: le segment inférieur et le col, qui ont été très distendus pendant le travail, on a dit, étaient alors comparables à un chiffon mouillé ou à un bout d'intestin coupé dont l'extrémité libre flotterait au fond du vagin. Si donc on introduit dans les parties génitales la main droite dont la face dorsale a été enduite d'un corps gras, il est bon, par de légères tractions exercées avec la main gauche, de tendre le cordon qui pourra servir de fil conducteur.

Une fois que la main est engagée dans le col, doit-on suivre la tige funiculaire jusqu'à son insertion sur le placenta et pénétrer ainsi directement dans la cavité de l'œuf? Doit-on, au contraire, cheminer entre les membranes et la paroi utérine? Il faut essayer de suivre cette dernière voie, ce qui est le plus souvent facile, si c'est une hémorrhagie qui réclame la délivrance artificielle: dans ce cas, en effet, le sang s'est frayé une route entre l'œuf et l'utérus, et en décollant les membranes, il vous a ouvert un chemin qui doit mener aux cotylédons placentaires détachés. L'autre main, qui tenait le cordon, est alors placée sur l'abdomen.

Lorsqu'on est arrivé sur le placenta, comment doit-on en effectuer ou en compléter le décollement? Vous avez deux procédés à votre disposition: vous pouvez le détacher avec le bord de la

(1) Suite et fin. Voir la dernière livraison.

main que vous insinuez entre l'utérus et les cotylédons, à la façon d'un coupe-papier qu'on glisse entre les feuillets d'un livre. On a dit le procédé impraticable : je puis vous assurer que, dans un assez grand nombre de cas, lorsque les adhérences ne sont pas trop fortes, lorsque le placenta est en rapport avec la face postérieure ou avec la face antérieure de l'utérus, il est possible et même facile de le mettre à exécution.

Si c'est la main droite qui a été introduite et si le placenta occupe la face postérieure de l'utérus on le décolle à l'aide du bord cubital qu'on dirige de gauche à droite, en détachant successivement les cotylédons sur toute la hauteur de la paroi. Quand le placenta est au contraire inséré sur la face antérieure, on peut tenter de le détacher avec le bord radial de l'index. Si c'est la main gauche qui se trouve dans l'intérieur de l'organe, on avance de droite à gauche.

Lorsque le placenta occupe le fond de l'utérus, ce n'est plus avec le bord de la main qu'il faut agir, mais avec l'extrémité des doigts rapprochés les uns des autres et recourbés en crochet ; on procède comme si on voulait séparer l'écorce d'une orange. On commence en arrière par la partie adhérente à la paroi postéro-supérieure, on chemine de bas en haut et on décolle progressivement, en allant d'un côté à l'autre, tout ce qui adhère au fond, puis en continuant de haut en bas, on détache tout ce qui est resté en contact avec la paroi antérieure de l'utérus.

Comme il arrive souvent que le placenta est appliqué simultanément sur le fond et sur une des parois, on peut, pour la même délivrance, recourir successivement à ces deux procédés.

Une fois la main introduite dans l'utérus, il ne faut, autant que possible, la retirer qu'après s'être assuré que le décollement a été complètement opéré, qu'il ne reste plus aucun cotylédon adhérent.

On ne doit pas se hâter d'entraîner l'arrière-faix au dehors : il faut attendre que la main soit pour ainsi dire chassée par une contraction. Tant que l'avant-bras est dans la cavité cervicale, il fait tampon et on n'a pas à craindre d'hémorrhagie ; de plus, la présence de la main excite le retour des contractions. Si, au contraire, on retirait le placenta trop vite, l'utérus pourrait être en état d'inertie et les sinus, largement ouverts, laisser couler une notable quantité de sang.

Dès que l'arrière-faix est extrait, on s'assure qu'il est complet : on examine avec soin la masse qui a été amenée au dehors. S'il reste des cotylédons ou de grands lambeaux de membranes dans la cavité utérine, il faut réintroduire la main et les enlever.

Pour terminer l'opération, on fait une injection intra utérine abondante avec un liquide antiseptique, une solution de sublimé à 1 p. 2.000 par exemple, dont la température est de 45 à 50 degrés centigrades. On assure de cette façon l'asepsie de la cavité utérine et le retrait des parois musculaires.

Dans le cas où la délivrance artificielle est nécessitée par l'existence d'adhérences solides du placenta, les difficultés sont plus grandes. Nous avons dit qu'il fallait, autant que possible, faire pénétrer la main entre les membranes et la paroi utérine; lorsqu'il y a eu hémorrhagie, vous pouvez, comme je vous l'ai indiqué, suivre la même route que le sang, mais si l'arrière-faix ne s'est détaché nulle part, ce procédé n'est guère praticable: on pénètre alors directement dans l'œuf. Hildebrand conseille d'opérer le décollement en appuyant avec la pulpe des doigts sur la face fœtale de l'organe placentaire; la main appliquée à l'extérieur, sur l'utérus, facilite la contre-pression et on écarte ainsi la placenta. Spiegelberg déclare n'avoir réussi, par ce procédé, que dans les cas où les adhérences étaient lâches et la séparation facile. A l'époque où cette méthode a été conseillée, on voulait surtout, en laissant la main enveloppée dans les membranes, éviter de mettre des matières septiques en contact avec les sinus utérins; aujourd'hui, si on prend les précautions voulues, l'infection est beaucoup moins à redouter. La main recouverte par l'arrière-faix se rend du reste plus difficilement compte, avant de sortir, de l'état de la paroi utérine.

Si on a pénétré dans l'œuf, on essaie de déchirer les membranes au pourtour du placenta, afin de pouvoir aborder la surface utérine des cotylédons qu'on décolle soit avec le bord cubital, soit avec l'extrémité des doigts, comme je vous l'ai déjà indiqué. Si on échoue dans ces tentatives, on perce le disque placentaire près de son centre, on introduit les doigts dans la boutonnière ainsi formée, on les recourbe et on les promène circulairement entre le placenta et l'utérus.

Parfois, les adhérences sont tellement intimes en certains points qu'on ne parvient pas à les rompre. On doit cependant s'efforcer d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire; pour cela, on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médius; on effrite, on détache ainsi par parcelles le tissu des villosités jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme et beaucoup plus résistante.

On ne doit pas oublier qu'il existe normalement sur elle, au niveau du placenta, un relief qu'il faut éviter d'arracher. Je me souviens que, en 1876, un chef de service me montrait l'utérus d'une femme chez laquelle il avait pratiqué la délivrance artificielle pour une môle hydatiforme. Il regrettait de n'avoir pu enlever tout ce qu'il appelait le tissu pathologique; en réalité, il avait sculpté le tissu utérin lui-même avec l'extrémité de ses ongles.

En procédant comme nous l'avons dit, on parvient avec un peu de patience, à enlever la plus grande partie du placenta, il ne reste guère que quelques portions qui se détacheront pendant les suites de couches et qui, si l'antiseptie est rigoureusement faite,

pourront être entraînées sans qu'il survienne aucun accident. Et l'on est pas exposé, comme cela pourrait arriver avec le tranchant des ongles, à déchirer le tissu musculaire, voire même à perforer la paroi utérine.

Avec le troisième ordre d'indications, qui a trait à l'emprisonnement du placenta, la délivrance artificielle peut devenir une opération extrêmement difficile; parfois même, comme je vous en ai cité des exemples, elle est impraticable. Lorsque l'expulsion de l'arrière-faix tarde trop, il est toujours nécessaire, je vous le rappelle, de surveiller avec soin l'orifice utérin, surtout quand du seigle ergoté a été donné. Si on constate que cet orifice revient sur lui-même, il faut recourir à la délivrance artificielle avant que le placenta ne soit incarcerated.

Il peut arriver qu'on ait à se demander si la délivrance est complète chez une femme auprès de laquelle on est appelé. Je me souviens qu'une sage-femme, à Auteuil, voulait absolument que j'introduise la main dans l'utérus d'une nouvelle accouchée qui était exsangue, sous prétexte que le médecin n'avait pas enlevé tout le délivre; or, l'examen préalable que je fis de l'arrière-faix, heureusement conservé, me montra qu'il était complet. L'utérus était du reste revenu sur lui-même et fermé. La malade guérit.

D'autrefois, on ignore si le placenta est sorti ou s'il est encore contenu dans la cavité de la matrice. On se demande s'il n'a pas été chassé par des efforts, soit en allant à la garde-robe, soit pendant qu'on transportait l'accouchée d'un lit dans un autre; la femme a pu aussi, pendant qu'on la conduisait à l'hôpital, expulser l'enfant et l'arrière-faix, etc.

J'ai eu l'occasion de voir une erreur grave commise par une personne expérimentée cependant. Chez une femme amenée à l'hôpital, le cordon avait été rompu et on assurait que la délivrance n'était pas faite. La main, introduite dans l'utérus, ne reconnut pas la présence du placenta; et cependant il s'y trouvait, car des accidents de septicémie survinrent et la femme fut délivrée plus tard, mais beaucoup trop tard et succomba. Dans un fait de ce genre, il faut, après avoir administré du chloroforme, explorer avec soin toute la surface utérine. Elle est lisse, très glissante, si les membranes et en particulier la membrane amniotique la tapissent encore; le placenta forme, sur une certaine étendue, une saillie molle, dépressible et granuleuse; en un point, on trouve soit un bout du cordon encore adhérent, soit la surface irrégulière sur laquelle s'insérât la tige funiculaire; enfin, une partie des membranes est en général flottante au niveau de l'orifice utérin et descend dans la cavité vaginale; la présence de ces dernières doit particulièrement attirer l'attention.

Qu'il y ait rétraction totale ou partielle de l'utérus, qu'on soit en présence d'un hour-glass ou d'un enchatonnement, la conduite à tenir est la même: il faut essayer de pratiquer la délivrance.

artificielle. On fait administrer du chloroforme, jusqu'à ce qu'on arrive à l'anesthésie complète, profonde, de la sorte on obtient l'immobilité absolue de la patiente et quelquefois peut-être, la résolution du système musculaire de l'utérus. Il peut être bon aussi d'avoir, au préalable, fait une injection sous cutanée de morphine.

La main, appliquée sur l'abdomen, soutient le fond de l'organe et on essaie avec l'autre de pénétrer dans la matrice ou à travers l'orifice de l'enchâtonnement. On introduit successivement tous les doigts jusqu'à ce qu'on atteigne le placenta et on le décolle, soit avec le bord cubital, soit avec la pulpe digitale. Si pendant qu'on manœuvre avec beaucoup de ménagements, une contraction utérine survenait, il faudrait mettre la main à plat comme dans la version ; on pourrait même être obligé de se retirer dans le vagin, si la contraction était trop puissante ; on rentrerait ensuite dans la cavité utérine.

Lorsqu'après plusieurs tentatives espacées et patiemment soutenues, on ne parvient pas jusqu'au placenta, on peut tenter la dilatation mécanique de l'orifice utérin à l'aide des sacs de Barnes. Toutefois, si l'utérus était très résistant et comme tétanisé, il ne faudrait pas avoir beaucoup de confiance dans ce moyen. Vous devriez vous attendre, quand votre main aura échoué, à ne pas pouvoir exécuter votre opération. Dans les cas de ce genre, en présence des grands dangers que courait la femme, on a été jusqu'à pratiquer l'opération de Porro.

Quelle conduite tenir quand les tentatives de délivrance ont été infructueuses ? Je vous répondrai par deux mots : patience et antisepsie.

Patience, car parfois au bout de quelques heures, au bout de quelques jours, la délivrance se fera spontanément : patience, car parfois les fibres musculaires se relâchent, l'orifice devient perméable, et il est alors possible de recourir aux différents moyens que je vous ai indiqués.

Antisepsie, car on pourra, si elle est bien faite, retarder l'apparition des accidents d'infection. Mais plus l'expulsion du délivre se fera attendre, plus les risques de putréfaction intra-utérine iront en augmentant et plus la situation deviendra grave. Lutez donc avec les injections vaginales et les injections intra-utérines, par exemple avec les injections de sublimé à 1/4000 ou à 1/2000, injections que vous ferez suivre d'un lavage avec de l'eau bouillie. En général, il deviendra possible, à un moment donné, de délivrer votre malade.

Ces faits vous montrent combien il est important de surveiller avec soin la dernière partie de l'accouchement. Rappelez-vous surtout, si vous pratiquez la délivrance artificielle, que vous devez faire une antisepsie très sévère : à ce prix vous pourrez voir les suites de couches être absolument normales, comme dans les trois

cas où nous sommes intervenus et qui ont été l'occasion de cette leçon.—*Abcille médicale.*

Procidence du cordon ombilical en dehors du travail. — Le docteur MAYGRIER a observé deux cas intéressants où la procidence du cordon s'est faite pendant la grossesse, avant l'apparition du travail.

Dans ces deux cas, analogues par beaucoup de points, il y avait rupture prématurée des membranes, petitesse du fœtus (grossesse avant terme) et absence d'engagement d'une partie fœtale.

La cause déterminante de l'accident fut également la procidence de la main, ainsi que les efforts de défécation dans la position accroupie.

Le travail ne s'est déclaré que plusieurs heures après l'accident, qui, dans les deux cas, a été fatal à la vie de l'enfant.

La réduction manuelle fut tentée, mais en vain. Il conviendrait, en pareille circonstance, de tenter la réduction instrumentale. Comme traitement préventif, on ne saurait trop insister sur la nécessité de maintenir la femme au lit dans la position horizontale, et de fixer la tête au détroit supérieur à l'aide d'un bandage approprié.—*Progrès médical.*

Traitement du placenta prævia, par ROBERT BARNES.— Robert Barnes essaye de donner une interprétation sur la pathogénie des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta. La plupart des méthodes, dit-il, sont dangereuses pour l'enfant; et il est à remarquer que celles qui lui sont favorables le sont généralement pour la mère.

La pratique de Barnes lui donne une survie de 30 pour 100, et il y a plus de guérisons pour la mère qu'avec les autres procédés. Les auteurs commettaient la faute de considérer les manipulations auxquelles ils se livraient comme constituant tout le traitement de l'insertion vicieuse. S'ils eussent été plus pénétrés des principes théoriques, ils auraient reconnu qu'il n'y a pas une méthode de traitement, mais plusieurs auxquelles on doit recourir suivant les conditions particulières à chaque cas, l'âge de la grossesse ou le degré plus ou moins avancé du travail.

Pour cet auteur, l'hémorrhagie a sa source dans les vaisseaux par suite du décollement du placenta. Ce détachement, dû à la diminution de l'aire utérine sur laquelle est implanté le placenta, est également occasionné par une augmentation de tension vasculaire au moment correspondant aux règles; cette tension amène la rupture des vaisseaux en leur point le plus faible qui se trouve être entre l'utérus et le placenta. Dans ce cas, si l'utérus ne se contracte pas, l'hémorrhagie peut durer très longtemps.

Done, la contraction est nécessaire pour arrêter l'hémorrhagie. C'est surtout la rétraction qu'on observe dans le segment infé-

rieur ; si elle est retardée, il y a hémorrhagie ; si elle se fait bien, l'écoulement cesse. L'obstacle à la rétraction est dû à l'adhérence partielle du placenta. Si on détache cette adhérence, la rétraction se produit. L'hémorrhagie cesse dès que le segment inférieur est libéré. Ce sont des faits d'observation directe que tous les auteurs pourraient observer s'ils ne recouraient pas à l'accouchement forcé. Barnes pense que l'on doit attribuer l'hémorrhagie à ce que le placenta croît plus vite que le segment inférieur.

On ne peut démontrer ce mécanisme, mais seulement l'admettre par analogie, étant donné ce qui se passe dans la grossesse tubaire où le sac se rompt prématurément. L'insertion sur le segment inférieur est une insertion ectopique, la grossesse est dite ectopique.

Le traitement doit être le suivant. Quand le travail est imminent, l'orifice utérin encore fermé, hémorrhagie considérable, il faut rompre les membranes et appliquer le tampon.

Si l'orifice est suffisamment dilaté, rompre les membranes, si cela ne suffit pas, terminer l'accouchement le plus rapidement possible et sans violence. Avec une dilatation de 4 centimètres, si l'hémorrhagie a cessé malgré un décollement partiel du placenta, il ne faut pas intervenir. Dans la période critique, si le détachement total du placenta ou l'accouchement forcé sont dangereux ou impraticables, on introduit l'index dans l'orifice interne, on sépare toute la portion du placenta accessible qui adhère au segment inférieur, et si l'utérus se rétracte normalement, l'hémorrhagie cesse. On transforme par cette manœuvre un accouchement difficile compliqué de placenta prævia en accouchement normal, et on laisse à la nature le soin de le terminer.

Dans le cas où les contractions sont irrégulières, inefficaces, que le col utérin ne se dilate pas, on devra appliquer le ballon violon qui donne d'excellents résultats.

D'après Barnes, on devra donc recourir successivement à la rupture des membranes, au tamponnement, au décollement du placenta, et enfin au ballon violon.—*Abeille médicale.*

Tamponnement intra-utérin, par le Dr. AUVARD.—Ce procédé, pour combattre les hémorrhagies graves ayant résisté aux moyens ordinaires, a été employé pour la première fois par Leroux ; mais la méthode ne date réellement que des travaux récents de Durhssen, Auvard, Fraipont (de Liège).

Pour pratiquer ce tamponnement, il faut deux pinces à griffe, une longue pince à pansement, et des bandes de gaze iodoformée à 50 %, mesurant près de 5 mètres et de 10 à 12 cent. de large. Une seule suffit d'habitude pour tamponner l'utérus et même le vagin ; mais il est bon d'en avoir deux à sa disposition.

Le manuel opératoire diffère, suivant qu'il s'agit d'une hémorrhagie grave ou de moyenne intensité. En cas d'hémorrhagie

grave, la main ayant été introduite dans la cavité utérine on fuit, sans retirer la main et tout en tenant l'utérus, placer la femme dans la position obstétricale en travers du lit. Abandonnant le fond de l'utérus qu'on confie à un aide, et après avoir vidé la cavité utérine de son contenu, on glisse, avec une pince, l'extrémité de la bande iodoformée jusque dans l'utérus; la main qui s'y trouve saisit la bande et la porte jusqu'au fond; une nouvelle partie de la bande est introduite de la même façon, puis également portée au fond de l'utérus: par une série de mouvements semblables on comble tout l'espace libre. Après la cavité du corps, on remplit celle beaucoup moins spacieuse du col, en dernier lieu le vagin. On laisse prendre à l'orifice vulvaire un bout de 10 centimètres. Un tampon de ouate antiseptique est placé sur la valve et maintenu à l'aide d'une assiette solidement fixée en arrière et en avant à une bande, ou à un bandage de corps comprimant assez énergiquement tout l'abdomen.

Si l'hémorrhagie n'est que de moyenne intensité et que l'on juge nécessaire de pratiquer le tamponnement intra-utérin, on procède de la façon suivante: la femme est placée dans la position obstétricale, un aide tient chacune des deux cuisses, un autre aide pratique l'anesthésie chloroformique lorsqu'elle est nécessaire. Après le nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et après avoir pratiqué le cathétérisme vésical on saisit avec des pinces à griffes les lèvres antérieure et postérieure du col qui est amené ainsi à la vulve; on inspecte alors le col pour s'assurer qu'il n'est pas la source d'une hémorrhagie artérielle, auquel cas on ferait la ligature. Le col étant maintenu à la vulve, on lave abondamment la cavité utérine de manière à la vider des caillots qu'elle contient.

Quand la cavité utérine est libre, l'opérateur y porte à l'aide d'une pince (Dührsen) ou à l'aide des doigts (Auvar) l'extrémité de la bande iodoformée; on ramène la pince ou les doigts et on recommence de même jusqu'à ce que la cavité utérine soit comblée. Avant de détacher les pinces à griffes, la cavité cervicale doit être également remplie. Puis, le col étant libéré, on introduit aussi dans le vagin autant de gaze que possible. L'accoucheur pratique ainsi non seulement un tamponnement utérin, mais un tamponnement utéro-vaginal qui donne une sécurité plus grande; on laisse le tampon de douze à vingt-quatre heures et l'on est parfois obligé de pratiquer le cathétérisme. L'ablation du tampon est facile et indolore, il suffit de saisir la bande par l'extrémité qui se trouve à l'orifice vulvaire et de la tirer petit à petit au dehors; à moins d'indications spéciales, on se contente ultérieurement de pratiquer l'antisepsie vulvo-vaginale.—Dr LE PAGE in *Concours médical*.

—A l'encontre d'une opinion courante, la routine est aussi souvent que l'expérience le fruit d'une longue pratique.

Particularité de l'utérus au début de la grossesse, par HANDFIELD-JONES.—Certaines déviations du type physiologique peuvent faire commettre des erreurs. M. Handfield-Jones, de Londres, a attiré l'attention sur des conditions spéciales du volume de l'utérus qui peuvent faire reconnaître un début de grossesse.

Le développement exagéré de l'utérus dans le cas d'hydramnios a toujours attiré l'attention des accoucheurs; la production exagérée du liquide amniotique a été bien étudiée, mais on ne pourrait en dire autant des conditions inverses, caractérisées par une faible quantité de liquide. On a bien dit que la mère était incommodée par les mouvements du fœtus et aussi que ce dernier peut courir des dangers par suite de la formation de brides fœto-amniotiques; mais on n'est pas allé plus loin.

Par la relation de quatre faits cliniques, Handfield-Jones nous montre que la grossesse peut être méconnue dans les premiers mois, l'utérus restant plus petit que ne le comporte l'âge de la grossesse. A trois, quatre, et même cinq mois de grossesse, on rencontre une tumeur abdominale du volume du poing, dure, globuleuse, mobile, et paraissant attachée aux organes du petit bassin par un long pédicule. La pression qu'on exerce sur le fond de cette tumeur est transmise (mais peu) au col de l'utérus; on ne sent pas de fluctuation, on porte le diagnostic de fibrome sous-péritonéal pédiculé, surtout si les malades sont des multipares qui, n'ayant éprouvé aucun trouble, ne se croient pas enceintes. Quant à la menstruation, vu sa variabilité, on ne peut pas y attacher d'importance.

Si on examine la malade, dix, quinze jours, un mois plus tard, on constate un volume plus considérable de la tumeur: elle atteint l'ombilic et quelquefois le dépasse; cette tumeur qui au premier examen était dure, est maintenant molle et mate; de plus, on perçoit le ballonnement et on entend les bruits du cœur, ce qui ne permet plus de douter de l'existence de la grossesse.

Cet auteur attribue ce fait à la minime quantité de liquide amniotique existant lors du premier examen, et à une sécrétion rapide par hydromnios aiguë dont il ne peut déterminer la cause survenue dans l'intervalle des deux examens.

C'est là un fait intéressant que la plupart des accoucheurs ont pu observer, mais qui n'avait pas encore attiré l'attention. Il en vaut cependant la peine, puisque le médecin prévenu ne devra pas pratiquer le cathétérisme utérin s'il a le moindre soupçon de grossesse.—*Abeille médicale.*

—Le succès appelle le succès, malgré l'indignité de celui qui en bénéficie.

PÆDIATRIE.

De l'asthme dans l'enfance et de son traitement.—Pendant bien des années, on crut que l'enfance était à l'abri des manifestations de l'asthme, et ce n'est que vers la deuxième moitié de ce siècle, que la fréquence relative de la maladie, chez les enfants, fut établie par Hyde Salter. Le fait a été confirmé dans la suite: en Angleterre, par Fuller et Ch. West, en Allemagne, par Loschner et par Politzer, de Vienne. En France, Trousseau fut un des premiers à signaler l'existence de l'asthme chez les jeunes sujets, et cette déclaration a été appuyée depuis par les travaux de Guersant, de Parrot et de G. Sée. Ce dernier auteur a recueilli 42 cas d'asthme dans l'enfance, observés dans la période comprise entre 24 mois et 15 ans; le Dr. Moncorvo a noté la maladie dans 48 cas, depuis l'âge de 2 mois jusqu'à un an, et c'est à l'étude de ces faits curieux qu'il consacre le très intéressant mémoire que nous voudrions résumer en quelques lignes.

Il établit tout d'abord que l'affection se trouve à peu près également répartie entre les deux sexes, alors que chez l'adulte, elle prédomine manifestement dans le sexe masculin.

Les causes intrinsèques de l'asthme chez l'enfant se résument presque toutes, pour le Dr. Moncorvo, dans un état de névrosisme ou d'irritabilité spéciale, qu'on rencontre principalement chez les enfants chétifs, mal nourris, ou fatigués par des maladies dystrophiques acquises ou héréditaires, quant aux conditions déterminantes de l'accès, elles consistent principalement dans une excitation périphérique, dont le point de départ le plus commun est le tégument cutané. Il en résulte que le maximum de fréquence de l'asthme s'observe au printemps, c'est-à-dire dans la saison où les variations brusques de l'atmosphère sont habituelles. Dans d'autres circonstances, le point de départ périphérique, succède à des irritations gastro-intestinales, si fréquentes au jeune âge, surtout dans l'allaitement artificiel.

Toutes les causes, qui peuvent irriter un point quelconque de la muqueuse des voies respiratoires ont été signalées comme prédisposant à l'asthme ou comme susceptibles de l'aggraver; on a relevé tout d'abord l'irritation de la muqueuse nasale ou pharyngienne.

C'est ainsi que Voltolini, un des premiers, a noté les relations qui existent entre l'asthme et les polypes des fosses nasales; plus récemment, Mackenzie a indiqué dans le revêtement des fosses nasales, la présence d'aires sensibles capables d'engendrer des phénomènes spasmodiques plus ou moins complexes, à la suite d'une excitation légère. Mais si ces conditions ont été rencontrées parfois chez l'adulte, elles paraissent être exceptionnelles dans le

jeune âge ; telle est cependant l'observation de Jacobi (1883) de la coïncidence d'un polype naso-pharyngien chez un enfant, coïncidant avec des accès d'asthme, très améliorés dans la suite, par l'extirpation de ce polype. Le Dr. Moncorvo insiste sur la rareté de ces faits, dans l'enfance, et il en trouve la raison dans ce détail anatomique que le tissu érectile et caverneux de la muqueuse de Schneider est fort rudimentaire au moment de la naissance et ne se développe que lentement dans les premiers temps de la vie. De même, il n'a jamais observé d'accès d'asthme chez les enfants porteurs d'hypertrophie amygdalienne capable même d'obstruer presque entièrement l'isthme du gosier.

Si l'asthme d'origine nasale ou pharyngienne est exceptionnel chez les enfants, il n'en est plus de même à la suite des excitations de la muqueuse bronchique, dont l'irritabilité est excessive : les corps gazeux, les poussières animales, végétales ou minérales, l'atmosphère chargée de fumée, les émanations de toute sorte qu'on rencontre dans les grands centres sont des causes fréquentes de la maladie. Le Dr. Moncorvo, a pu relever cette influence chez les trois quarts de ses malades dont les familles habitaient des quartiers malsains de Rio-Janeiro.

On sait que le Dr. Jules Simon a signalé un cas grave d'asthme chez un jeune garçon de 3 ans et demi, dont les accès d'oppression, véritablement effrayants, peuvent être attribués à l'infection palustre, et cédèrent à l'emploi du sulfate de quinine (1882). Le Dr. Moncorvo, qui observe dans un pays où règne endémiquement l'impaludisme, est amené à rechercher l'influence de cette intoxication sur la production de la maladie spasmodique : il pense que l'empoisonnement malarique "peut contribuer à la répétition et peut-être aussi à l'aggravation de la dyspnée, par l'intermédiaire de son action sur le nerf vague."

Reste enfin un dernier point à élucider au sujet de l'origine syphilitique de l'asthme chez les enfants ; sur ce sujet, le même auteur déclare que la syphilis héréditaire, étant capable d'exagérer la susceptibilité du névraxe, peut figurer, à l'instar d'autres affections dystrophiques, au nombre des causes prédisposantes de l'asthme dans l'enfance.

Après avoir rappelé les différentes théories pathogéniques de l'asthme, et conclu, avec la majorité des auteurs, que cette maladie constitue un type de névrose réflexe, caractérisée par le spasme inspiratoire, accompagné presque toujours d'un trouble de l'innervation sécrétoire de la muqueuse bronchique, le Dr. Moncorvo décrit avec grand soin les caractères symptomatiques et les diverses formes cliniques que revêt l'asthme des enfants. Après cet intéressant chapitre de pathologie, l'auteur aborde la question importante du diagnostic différentiel de la maladie, et donne les principaux caractères qui la feront distinguer du spasme de la glotte, de la laryngo-sténose paralytique, de l'adénopathie trachéo-bronchique et de la laryngite striduleuse.

Le dernier chapitre est consacré au traitement de l'asthme infantile; nous voulons y assister avec quelques détails. Lorsque l'asthme revêt la forme catarrhale, il est bon de recourir à l'emploi préliminaire d'un vomitif, sous la forme de poudre d'ipéca à la dose de 0,20 centigr. répétée toutes les 5 ou 10 minutes, ce qui détermine des vomissements abondants avec expulsion de mucosités bronchiques. Lorsque l'accès d'asthme se complique d'augmentation de la chaleur, ce qui serait dû, bien souvent, à l'impaludisme concomitant, le vomitif est suivi d'une dose d'antipyrine ou de quinine. Une fois l'arbre bronchique dégagé et la température redevenue normale, le Dr. Moncorvo passe de suite au traitement anti-asthmatique proprement dit.

Dans la thérapeutique des adultes on a souvent donné la préférence à la méthode des inhalations de vapeurs, produite par la combustion de papiers ou de cigarettes imbibés de solutions nitrées, ou dans des infusions de feuilles de solanées telles que la belladone, la jusquiame, le datura stramonium.

Dans l'enfance, l'emploi de ces moyens est, pour ainsi dire, impossible; aussi le Dr Moncorvo a-t-il pensé à leur substituer l'usage de la *pyridine*, liquide incolore, très volatil, provenant de la distillation sèche de diverses matières organiques, dont les bons effets dans l'asthme de l'adulte ont été mis en relief par G. Sée. Voici comment on procède chez les enfants: cinq gouttes de pyridine renouvelées trois ou quatre fois par jour, sont versées sur la partie la plus large d'un mouchoir placé devant la poitrine et attaché au cou; de cette façon les enfants peuvent se déplacer à leur aise sans se soustraire à l'inhalation des vapeurs qui se dégagent. Dans la majorité des cas, on observe une amélioration très prompte et, au bout d'un temps assez court, la cessation complète de tous les phénomènes.

Dans le même but, on peut donner aux enfants la *lobelia inflata* sous forme de teinture; et la plupart des sujets ont pu prendre, 8, 10, 12 et même 15 grammes de teinture, avec un bénéfice réel; l'usage de la *lobéline* à la dose de 5 à 10 milligrammes est resté, en général, au-dessous de l'effet produit par la teinture de lobélie à haute dose.

L'emploi des *iodures*, signalé depuis longtemps déjà en Amérique par Horace Green, a donné de bons résultats aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Les enfants en bas âge tolèrent bien la teinture d'ode à la dose de quatre à dix gouttes par jour dans un petit verre d'eau, prise immédiatement après les deux principaux repas; chez d'autres, on donnera la préférence au sirop iodotannique. On donne encore avec avantage l'iodure de sodium à la dose quotidienne de 1 et même de 4 grammes, à la suite des deux repas, dans du sirop de groseilles ou d'écorces d'oranges amères. Enfin, dans les cas rebelles, on pourrait peut-être avoir recours à l'*électrothérapie*.

Tel est, en quelques lignes, le résumé du remarquable mémoire

que le Dr. Moncorvo vient de consacrer à l'étude intéressante de l'asthme dans l'enfance. Dans ce travail, appuyé de trente-deux observations inédites, l'auteur déjà bien connu par un grand nombre de bons travaux de pathologie infantile, a donné de nouvelles preuves de son talent d'observateur attentif et de clinicien éclairé; son nouveau travail sera lu avec fruit, par tous ceux qu'intéresse l'étude, si attachante, des maladies des enfants.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Alcoolisme.—*Mann.*

P.—Teinture d'opium déodorisée.....	
Extrait fluide de jusquiame.....	
Chloral.....	
Bromure de potassium.....	ss 1 drachme
Teinture de capsicum.....	$\frac{1}{2}$ "
Teinture de racine d'aconit.....	5 minimes
Eau de menthe poivrée, q. s., pour.....	4 onces

Brooklyn Medical Journal.

Gastrite chronique.—*Da Costa.*

P.—Oxide de zinc.....	2 grains
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{6}$ "
Pour faire une pilule.—A prendre trois fois par jour.— <i>Leonard's Medical Journal.</i>	

Cirrhose.—*Bartholow.*

P.—Iodure d'ammonium.....	1 drachme
Liqueur de Fowler.....	$\frac{1}{2}$ "
Teinture de colombo.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau.....	$1\frac{1}{2}$ "
M.— <i>Dose</i> : Une cuillerée à thé trois fois par jour avant les repas.— <i>Leonard's Medical Journal.</i>	

Ptyalisme.—*Gross.*

P.—Liqueur de sous-acétate de plomb.....	1 drachme
Eau distillée.....	8 onces.
M.—Comme gargarisme.— <i>Leonard's Medical Journal.</i>	

Constipation chez les enfants.—*Rex.*

P.—Podophylline.....	$\frac{1}{20}$ grain
Alcool.....	20 gouttes
Sirop.....	1 once
M.— <i>Dose</i> : Une cuillerée à thé, pour un enfant d'un an, lorsque les selles sont argileuses et dures.— <i>Leonard's Medical Journal.</i>	

Hernie.—Heaton.

- P.—Sulfate de morphine..... 1 grain
 Extrait fluide d'écorce de chêne blanc..... 3½ onces
 M.—15 gouttes en injection hypodermique dans le collet du sac
 après réduction de la hernie.—*Lancet-Clinic.*

Ozène.—Noquet.

- P.—Chloral 1 grain
 Acide borique..... 1 "
 Glycérine pure..... ½ once
 Eau de laurier-cerise..... 5 drachmes
 Eau distillée, q. s. pour..... 8 onces
 M.—En pulvérisations.—*Revue de thérapeutique.*

Eczéma des paupières.—Jackson.

- P.—Cold cream..... 2½ drachmes
 Résorcine..... 3 grains
 M.—En applications, trois ou quatre fois par jour.—*Analectic.*

Vieux ulcères.

- P.—Tannin..... 4 scrupules
 Nitrate acide de mercure..... 12 gouttes
 Axonge..... 1 once
Medical Age.

Cors et verrues.

- P.—Acide salicylique..... 30 parties
 Collodion élastique..... 240 "
 Atropine..... 1 à 2 "
Albany Medical Annals.

Suppositoires utérins antiseptiques.—Morhoof.

- 1o P.—Iodoforme..... 20 grammes
 Amidon..... 20 "
 Glycérine..... } 56
 Gomme arabique..... } 1 "
 Térébenthine..... 20 gouttes
 M.—Faire six suppositoires.
- 2o P.—Acide salicylique.....
 Amidon..... 5 grammes
 Glycérine..... } 56
 Gomme arabique..... } 1 "
 Huile de ricin..... 10 gouttes
 M.—Faire 10 suppositoires.—*Weekly Medical Review.*

UNION MEDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, MAI 1889

Le traitement du cancer.

Y a-t-il un traitement médical du cancer, ou si l'on aime mieux, de la diathèse cancéreuse ? En présence d'un cas de cancer, chez un individu cachectique ou non, l'homme de l'art doit-il se borner, en dehors de toute intervention chirurgicale, à instituer un traitement palliatif, à calmer la douleur, faire des pansements antiseptiques, administrer des toniques et des stimulants ?

Peut-on faire quelque chose de mieux et combattre la carcinose elle-même ?

M. le docteur Neudorfer, de Vienne, répond dans l'affirmative et prétend que, comme la tuberculose et la syphilis, la diathèse cancéreuse est passible d'une médication interne, et peut-être même, ajoute-t-il, de cures climatiques et diététiques.

La carcinose, paraît-il, ne s'observe qu'exceptionnellement sur le plateau de Mexico, de même qu'au Cap de Bonne-Espérance et dans certaines régions de l'Europe. Il conviendrait donc d'y diriger nos cancéreux. En même temps il serait utile, si les observations de MM. Verneuil et Reclus sont exactes autant qu'elles sont rationnelles, de soumettre ces malades à un régime absolument azoté. Comme médicaments, M. Neudorfer recommande particulièrement la créosote, la créoline, l'arsenic, le condurango, la térébenthine de Chypre, l'eau ozonisée.

Sans vouloir attacher à ce traitement interne de la carcinose plus d'importance qu'il n'en mérite, puisque l'expérience est là pour nous dire combien cette maladie donne peu de prise à la médication, nous croyons cependant devoir réclamer en faveur des cancéreux, principalement dans nos hôpitaux, un peu plus d'attention de la part des praticiens et une thérapeutique plus active et mieux dirigée.

Il y aurait tout avantage, croyons-nous, à réunir les cancéreux dans une même salle d'hôpital ou, ce qui vaudrait mieux encore, dans un hôpital spécialement consacré aux incurables de cette catégorie. Cela rendrait plus faciles l'application des moyens de traitement et les recherches pathologiques en vue d'une médication appropriée, spécifique ou non. Même dans le cas d'un traite-

ment purement palliatif, il y aurait matière à amélioration, attendu que les malheureux atteints de cancer sont souvent négligés par les chefs de service, dans un hôpital dit général, sous prétexte que le cas est désespéré et ne saurait être d'un grand intérêt clinique. Ces deux derniers points sont fort discutables, à notre avis, attendu qu'il n'est pas d'affection, si légère qu'elle soit, si incurable qu'on la suppose, qui ne comporte un enseignement pratique dont tous, même les plus habiles, peuvent faire leur profit en temps et lieu.

Et puis, pourquoi ne chercherait-on pas, dans ce siècle d'universelles perquisitions, à trouver pour le cancer et la carcinose un ou des modes de traitement susceptibles de donner de meilleurs résultats que ceux obtenus ju-qu'à présent? Longtemps la phthisie a été regardée comme une affection absolument incurable dans tous les cas. Aujourd'hui qu'on est mieux renseigné sur sa véritable nature et sur l'action des agents destinés à la combattre, les guérisons se multiplient. Il est conforme à la raison et au sens commun que l'espoir d'un semblable résultat puisse être entretenu à l'égard de la diathèse cancéreuse.

La faradisation comme moyen de diagnostic et de traitement de l'attaque d'hystérie.

M. le docteur DIER, interne des hôpitaux de Lyon, reprenant à nouveau l'étude des effets de la faradisation chez les hystériques, a employé, sous la direction de son chef de service, M. Carrier, médecin de l'Antiquaille, le courant faradique dans le traitement de l'attaque d'hystérie, et en a obtenu des résultats qu'il consigne dans les conclusions suivantes, (*Lyon médical*) :

1^o De tous les moyens préconisés jusqu'ici pour arrêter la crise d'hystérie ou pour la prévenir, la faradisation électrique est incontestablement le meilleur. Elle a fait avorter les crises dans tous les cas d'hystérie convulsive et dans deux cas d'hystéro-épilepsie.

2^o Cette faradisation permet dans les cas difficiles et en l'absence d'un clinicien expert de distinguer un épileptique d'un sujet atteint d'hystérie, soit d'hystérie épileptiforme, soit d'hystérie convulsive de Charcot, puisque chez le premier la crise n'est pas modifiée, alors que chez les seconds elle est arrêtée.

3^o A l'aide de ce procédé d'électrisation on peut encore discerner chez un malade atteint des deux névroses à la fois, les manifestations qui appartiennent à l'hystérie puisqu'elles sont arrêtées dans leur marche, des manifestations épileptiques qui se produisent complètes malgré les efforts qu'on leur oppose.

4^o Le manuel opératoire consiste à appliquer les électrodes d'un courant faradique de moyenne intensité, le long du trajet de

l'aura, c'est-à-dire au creux épigastrique et à la partie antérieure du cou, lorsqu'on arrive au début de la crise. Lorsqu'on n'intervient que pendant la période tonique ou clonique, on place un électrode au cou, l'autre dans une main, ou les deux électrodes dans les deux mains.

3^o Outre ses effets abortifs sur la crise d'hystérie, la faradisation a en même temps un effet curatif comme les autres modes d'électricité. Ainsi Erb recommande dans l'hystérie la faradisation générale et les bains électriques. C'est que les applications faradiques répétées à chaque nouvelle attaque ont la propriété de retarder, d'éloigner progressivement les attaques, et à la longue de les faire disparaître, quelquefois complètement. Il est évident qu'il faut s'aider en même temps du traitement général de la névrose, et de l'hydrothérapie.

Tels sont les points sur lesquels nous voulions attirer l'attention. Notre seul but est de mettre en lumière un mode de traitement (facilement applicable et utilisable pour tous) d'une névrose contre laquelle on est souvent et pendant longtemps impuissant.

* * *

On annonce un nouveau traitement de l'incontinence d'urine chez les garçons. Suivant certain docteur OBERLANDER, l'incontinence d'urine serait toujours liée à une irritation réflexe se produisant sur la muqueuse de l'urèthre au niveau du sphincter de la vessie. Or, pour combattre cette irritation, l'auteur recommande la dilatation forcée du tiers postérieur de l'urèthre et du sphincter de la vessie !... En reproduisant une note relative à cette étrange médication, M. le docteur BUCHNER ajoute avec à propos : "Voilà une médication qu'il sera bon de ne pas employer."

* * *

Chez les femmes prédisposées à l'avortement, il est d'usage sacramentel de recommander un repos rigoureux, absolu, parfait ! La patiente est tenue au lit pendant des semaines entières, voir des mois, sans qu'on lui permette le moindre exercice, la moindre fatigue physique, et peut ainsi, mais pas toujours cependant, se rendre heureusement au terme de la grossesse. Nous disons : pas toujours, en effet, il est des femmes chez lesquelles l'avortement est passé pour ainsi dire à l'état d'habitude, et qui, nonobstant les précautions les plus minutieuses, ne vont guère au delà de 3 ou 4 mois de grossesse, et avortent avec une désespérante régularité. Ce que voyant, l'idée a été émise de donner à la femme ainsi prédisposée à l'avortement, non du repos mais de l'exercice, et un exercice non pas modéré mais très actif et même violent. Un correspondant du *British Medical Journal*, se basant sur le fait que l'illustre Boerhaave aurait exprimé une pensée semblable, recommande particulièrement, dans ces cas, l'exercice à cheval. Il cite

un cas d'observation personnelle, où une dame, ayant avorté plusieurs fois malgré les plus grandes précautions et un repos absolu pendant des mois entiers, et ayant en conséquence abandonné tout espoir d'avoir des enfants à terme, se livra à l'exercice à cheval, non seulement en dehors de toute grossesse, mais encore après qu'elle eut raison de se croire enceinte de nouveau. Le résultat fut : une grossesse à terme !

Sans vouloir recommander le procédé comme infaillible, nous croyons cependant que l'exercice en général, même violent s'il peut être supporté, étant de nature à tonifier le système, doit exercer une influence salutaire dans les cas précités. Il agit alors comme le ferait un puissant reconstituant. Avouons aussi que pour certaines organisations féminines, l'avortement se reproduit avec tant de persistance et souvent d'une façon si inexplicable, que l'on semble bien être excusable sinon justifié de mettre de côté les minutieuses précautions d'une prudence exagérée, pour suivre un régime diamétralement opposé, en se disant qu'il ne saurait rien arriver de pis qu'une fausse couche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JUDSON.—*The question of interfering with abcesses of Hip disease*, by A. B. JUDSON, M. D.

Twenty-eighth Annual Report of the Cincinnati Hospital to the Mayor of Cincinnati, for the fiscal year ending December 31st, 1888. 1 vol. in-8o, p. 102.—Cincinnati, 1889.

LAVAUX.—*Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique.—Ses usages, son application au traitement des cystites douloureuses.* par le docteur J. M. LAVAUX, Paris.—G. Steinheil, éditeur, 2 Casimir Delevigne, Paris, 1888.

WARNER'S.—*Warner's Therapeutic Reference Book*, in-16, 120 pages, publié par Wm R. WARNER, de Philadelphie. Prix, \$1.00.—Contient un formulaire médical, une table posologique; poisons et antidotes; art de prescrire; digestibilité des aliments; signes et terme de la grossesse, etc.

BUCK.—*A Reference Handbook of the Medical Sciences, embracing the entire range of scientific and practical medicine and allied sciences, by various writers; illustrated by chromo-lithographs and fine wood engravings; edited by Albert H. Buck, M. D., New-York City. Volume VII, Ter-Wor., New-York, William Wood and Company, 56 and 58 Lafayette Place, 1889.*—Octavo-royal de 800 pages, contenant 801 gravures sur bois et 2 chromo-lithographies.

La plupart de nos lecteurs connaissent déjà ce magnifique ouvrage, véritable encyclopédie médicale qui possède sur toutes les

autres l'avantage de traiter à fond toutes, mais nulles autres que les questions importantes de notre art, dont chaque article est l'œuvre d'un spécialiste contemporain, qui a été publié dans un si court espace de temps que toutes les théories et les faits qui y sont énoncés sur ceux du jour, et dont l'exécution mécanique comme typographie, papier et reliure, ne laisse absolument rien à désirer.

Quatre-vingt-un auteurs, parmi lesquels plusieurs de nos concitoyens, (Alloway, Hingston, Johnston, MacDonnell, Wesley Mills, Ruttan, Shephard, Stewart), ont contribué à ce volume. L'énumération des sujets qui y sont traités serait fastidieuse et peut, du reste, se supposer facilement si on se rappelle que l'éditeur, le Dr Buck, s'est proposé le but qu'il a atteint de traiter à fond dans cet ouvrage toutes les questions importantes de la médecine et des sciences accessoires.

Pareil ouvrage ne peut se remplacer par trois fois le même nombre de traités spéciaux. Le prix en est de \$6, \$7 ou \$8, suivant la qualité de la reliure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine ont eu lieu à Montréal les 2 et 3 mai. Il y avait 108 candidats!

M. le docteur CRAIK remplace le regretté docteur Howard, comme doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill.

M. C. E. Lamirande, inspecteur d'anatomie pour la section de Montréal, et agent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, tient son bureau au No. 299, rue St. Hubert, Montréal, de 10 à 12 h. a. m. et de 2 à 4 h. p. m. Téléphone No. 6268.

Hopital Notre-Dame, Montréal.—MM. les docteurs Jos. DESJARDINS et L. J. DESY ont été nommés internes à l'hôpital Notre-Dame, vice MM. les docteurs M. T. BRENNAN et R. BENOIT dont le terme d'office est expiré.

Association des internes de l'hopital Notre-Dame.—La prochaine réunion se tiendra à l'hôpital, jeudi, le 23 mai, à 8.30 p. m.
Ordre du jour.—DR BRENNAN : *Un cas d'utérus biface*. (Pièces pathologiques).

Nécrologie.—A Bourg-la-Reine, France, M. NATIVELLE (Claude-Adolphe, pharmacien, bien connu par de remarquables travaux sur les principes actifs des végétaux et surtout par la découverte de la digitaline cristallisée, laquelle porte aujourd'hui son nom.—A Paris, France, M. CHEVREUL, Professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, *doyen des étudiants de France*, à l'âge de 102 ans, 7 mois et 9 jours, M. le docteur Paul BRICON, rédacteur au *Progrès Médical*.—A Utrecht, M. le professeur DONDERS, bien connu par ses nombreux travaux en ophtalmologie.—A Philadelphie, E. U., M. le docteur S. W. GROSS, professeur de chirurgie au *Jefferson Medical College*.

Université Laval, Montréal.—Faculté de Médecine.—Les examens pour le doctorat en médecine ont eu lieu du 6 au 13 avril, et ont donné le résultat suivant :

Docteurs en médecine : MM. JOS. DESJARDINS, L. J. DÉSY, C. LAVIOLETTE, E. OSGOOD, J. T. D. de PONTBRIAND, G. VILLENEUVE et M. FOY.

Bachelier en médecine : M. H. PRÉFONTAINE.

Durant le troisième terme, les cours se donnent dans l'ordre suivant :

Botanique : Prof. DEVAL.—8 h. a. m. tous les jours.

Pathologie générale : Prof. BRENNAN.—9 h. a. m., tous les jours.

Clinique interne (hôpital Notre-Dame) : Prof. LARAMÉE.—10 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Clinique externe (hôpital Notre-Dame) : Prof. BROUSSEAU.—10 h. a. m., mardi, jeudi, samedi.

Hygiène : Prof. S. LACHAPPELLE.—3 h. p. m., tous les jours.

Thérapeutique et matière médicale : Prof. DESROSNIERS.—4 h. p. m., tous les jours.

Tocologie : Prof. DAGENAI.—5 h. p. m., tous les jours.

Clinique de tocologie (Hospice de la Miséricorde) : Prof. DAGENAI.—Sur avis spécial.

Association Pharmaceutique de la Province de Québec.—Les examens semi-annuels de l'Association Pharmaceutique ont eu lieu à Montréal le 9 avril. Ont subi avec succès l'épreuve finale et ont conséquemment été admis pharmaciens : MM. A. Goyer, J. W. R. Inman, W. Lecours, R. R. Dixon, Ed. White, Rob. Webb et A. Gauvreau.

Ont subi également avec succès l'examen dit mineur : MM. F. R. Gravel, A. M. McMillan, A. G. Laurence, T. D. McLeish, J. L. Mathieu, E. Barbeau, B. L. Baird, A. C. Fraser, A. Descaries, L. A. R. Turcotte, W. S. Johnson, C. C. Brymer, H. Laurent et J. H. Carnie.

Cette année, ce sont deux élèves canadiens français, MM. Goyer et Gravel qui ont mérité la médaille d'honneur dans les deux examens.

A l'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la pharmacie, examen qui a eu lieu simultanément à Québec et à Montréal, le 4 avril, les candidats dont les noms suivent ont été admis :

À Montréal, MM. H. C. Harvey, W. J. Furse, E. H. Lawson, G. A. Simard, Henry Bailley, A. Boaucage, A. W. Thomas, Sylvio Moisan, R. A. Derrick, W. A. Arnold, Marius Hirtz, F. O. Anderson, M. Marchand, W. S. Davidson, Fred. Pollock et W. A. Milne.

À Québec, MM. P. J. McClo-key, Ludovic Brunet et Joseph Goulet.

Association médicale du Canada.—“ La lettre circulaire dont nous donnons le texte ci-après vient d'être adressée à toute la profession médicale du Canada, par MM. les docteurs Geo. Ross, président et James Bell secrétaire-général de l'Association.

“ La 22^e réunion annuelle de l'Association médicale du Canada se fera à Banff, Territoire du Nord-Ouest, les 12, 13 et 14 août prochain.

“ La compagnie du chemin de fer du Pacifique Canadien est convenue de transporter les membres et délégués de l'Association ainsi que leurs femmes ou les membres de leurs familles aux taux suivants : De tout endroit dans Ontario ou Québec, à Banff, aller et retour, \$95,00 par tête, y compris un lit double dans le char dortoir pour chaque personne, et les repas dans le char réfectoire, sur le chemin de Montréal ou Toronto à Banff et retour, et de plus, quatre jours de pension à l'Hôtel de Banff. Les billets de passage seront bons aller et retour de tout endroit sur le Pacifique Canadien, soit dans Ontario, soit dans Québec, à Montréal ou Toronto, mais les lits et les repas ne commenceront à être inclus qu'à ces deux villes seulement.

“ De tout autre endroit de la Puissance, les prix seront comme suit : De Halifax à Banff et retour, \$110.00 ; de St. Jean, N. B., à Banff et retour, \$100.00, mais les billets ne comprendront pas les lits et les repas à l'est de Montréal, soit en allant soit en revenant.

“ De Port Arthur à Banff et retour, \$60.00 ; De Winnipeg ou Brandon, \$50.00 ; de Régina, \$35.00 y compris lits et repas de ces divers points.

“ De Calgary, \$4.50 lits et repas non compris.

“ De Victoria ou Vancouver à Banff et retour, y compris repas dans char réfectoire et lit double, mais ne comprenant pas les frais d'hôtel à Banff, \$30.00, ou, y compris quatre jours d'hôtel à Banff, \$40.00.

“ Vu les dispositions de “l'Interstate Commerce Law” il ne sera pas possible d'obtenir de réduction des différents endroits des États-Unis, sinon de St-Paul, Minn., de cette ville à Banff et retour, y compris repas et char dortoir entre Winnipeg et Banff seulement, \$60.00. Les délégués américains sont donc priés de

faire leurs arrangements respectifs entre leurs résidences et Montréal, Toronto, St-Thomas ou toute autre place sur la ligne du Pacifique Canadien.

“ On fait des efforts pour obtenir des prix spéciaux entre Liverpool et Montréal sur les vapeurs des lignes canadiennes pour les délégués transatlantiques.

“ Il est convenu que le départ se fera de Montréal le soir du 6 août, par le train *express* régulier du Pacifique, arrivant à Winnipeg le 9, y permettant un jour de relai, partant de Winnipeg le 10 août et arrivant à Banff à bonne heure lundi le 12 août. Les assemblées de l'Association se tiendront alors à l'hôtel (le chemin de fer du Pacifique Canadien pourvoyant à l'accommodation) les 12, 13 et 14, après quoi les membres pourront ou s'en retourner à loisir, ou faire une promenade sur la côte du Pacifique partant à bonne heure le 16 août et pour lequel voyage on offre les prix suivants: De Banff à Victoria et retour, non compris repas et lits, \$20.00, ou y compris repas dans char réfectoire et lits, \$30.00. On pourra obtenir à Banff, pour les membres, les délégués et leurs familles seulement, les billets pour cette excursion.

“ Les billets spéciaux livrés par le chemin de fer du Pacifique Canadien pour Banff et retour, auront une portée de 60 jours, et les acheteurs auront le privilège d'arrêter, à volonté, à tout endroit sur le Pacifique, allant et venant. A Port Arthur et à Owen Sound des billets pourront être échangés afin de permettre aux membres de faire le trajet entre ces deux endroits en bateau. On donnera en rapport avec ces billets des coupons pour les repas et les lits qui pourront servir de paiement partiel à tous ceux qui voudront faire des arrêts supplémentaires ou passer plus de temps en chemin. L'exécutif de l'Association croit qu'il est désirable qu'en allant tout le monde suive ensemble la ligne du chemin de fer jusqu'à Banff, afin que tous soient présents à l'ouverture du Congrès. En sus des membres de l'Association médicale du Canada à qui cette circulaire est particulièrement adressée, une invitation cordiale est faite à tous les membres effectifs de la profession régulière de la Puissance du Canada, des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne et on fera parvenir les certificats requis après demande faite au secrétaire.

“ Les membres et les délégués sont priés de faire connaître au secrétaire les endroits sur la ligne du Pacifique d'où ils désirent partir, et cela assez à bonne heure pour permettre à la compagnie d'envoyer des billets spéciaux à ces endroits.

“ Il sera requis de plus des membres et des délégués pour obtenir ces billets spéciaux, de présenter un certificat du secrétaire général ou provincial.

“ Les membres qui désirent faire des communications à cette assemblée sont priés de faire connaître le plus tôt possible au secrétaire, le Dr J. BELL, 53 Union Avenue, les sujets qu'ils ont l'intention de traiter.”