

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Quelques mots sur la Topographie des Organes Thoraciques et Tracés pour servir à l'étude de leurs affections.—par le Dr A. BARÉTY.—(Suite et fin)

2° *Rapports des bords des poumons avec le sternum et avec le cœur.*

Ces rapports sont très importants à connaître bien qu'on y insiste peu dans nos ouvrages.

A la partie antérieure du thorax, les poumons s'amincissent pour recouvrir une partie du cœur et des gros vaisseaux. Les bords amincis les poumons d'abord écartés en V derrière la première partie du manubrium sternal se rejoignent et se touchent à travers les replis correspondants de la plèvre depuis ce point jusqu'au niveau du troisième espace intercartilagineux.

Ce rapprochement ou contact médiat des bords pulmonaires intérieurs a lieu non pas au niveau de l'axe du sternum mais à gauche de cet axe (ou soit vers la gauche du sujet examiné) à l'union du quart gauche avec les trois quarts droits de cet os.

Puis les bords s'écartent en bas comme les branches d'un compas pour rejoindre le pourtour de la base des poumons, de même qu'ils s'écartent en haut pour aller se confondre avec le sommet du lobe supérieur.

Le bord du poumon droit se porte obliquement en bas et en dehors jusqu'au niveau de l'extrémité sternale du sixième espace intercartilagineux où il se continue suivant un angle obtus avec le bord antéro-inférieur de la base du poumon.

Le bord du poumon gauche se porte de son côté obliquement en bas et en dehors jusqu'au niveau de la pointe du cœur qu'il contourne pour se porter un peu en bas et en dedans puis de nouveau en dehors et un peu en bas se continuant avec le bord

antéro inférieur de la base du poumon correspondant, de manière à former une sorte de languette ou de croissant qui contourne la pointe du cœur. Cette sorte d'échancrure du bord antérieur du poumon gauche pourrait porter le nom *d'échancrure pulmonaire cardiaque*. On dirait que les pulsations répétées de la pointe du cœur ont empêché cette portion du poumon de se développer, soit en la refoulant en bas et en dehors soit en l'atrophiant.

En s'éloignant ainsi, en bas, l'un de l'autre, les deux bords des poumons laissent à découvert une portion de la surface antérieure du cœur de forme triangulaire et à laquelle correspond la matité précordiale normale.

La forme, le siège et les limites exacts de l'aire de la matité cardiaque ont particulièrement attiré l'attention d'un médecin italien, le professeur Burresi.

Il limite à trois le nombre de points de cette aire de matité dont le plessimètre doit établir la position ; il se contente de chercher la situation des trois angles du *triangle* que forme l'espace correspondant à la matité précordiale.

Nos recherches confirment les points essentiels de la description du professeur Burresi. Ainsi, d'après cet auteur et nos propres recherches, sauf quelques différences dans les mensurations, l'angle supérieur de cette aire de matité précordiale, à l'état normal, se trouve dans le troisième espace intercostal gauche. L'angle inférieur droit se trouve dans le cinquième espace intercostal droit, à trois ou quatre centimètres de la ligne médiane ou soit à un ou deux centimètres du bord correspondant du sternum, dont la largeur est en moyenne de 4 centimètres. L'angle inférieur gauche correspond à la pointe du cœur, et il est distant de la ligne médiane de 6 centimètres.

Nous avons dit plus haut que le poumon droit s'avancé derrière le sternum et qu'il dépassait l'axe de cet os pour s'accoler au bord correspondant du poumon gauche. Henle en Allemagne et Farabeuf en France, on fait cette même remarque qui a échappé à la majorité des anatomistes.

Nous avons pu faire nous-même cette vérification et nous assurer en même temps de tous les rapports d'organes dont il est ici question à l'aide du procédé dont s'est servi Farabeuf, mais en le modifiant sans pourtant l'altérer.

3^o *Rapports des sommets des poumons.*

Quand on percute le creux sus-claviculaire, le son clair obtenu est dû à la présence du sommet du lobe supérieur du pou-

mon correspondant qui dépasse normalement le bord supérieur de la clavicule de quelques centimètres.

Cette partie du poumon est séparée du doigt percute non-seulement par diverses couches de tissus mous, formées par des muscles, des nerfs, des vaisseaux, etc., mais encore par une couche de substance dure formée spécialement par la première côte qui est large, plate et s'applique exactement sur la face antéro latérale du sommet du poumon. Cette sorte de plaque osseuse fait en quelque manière l'office d'une plaque plessimétrique.

Faut-il répéter avec la grande majorité des cliniciens qu'il ne faut jamais oublier de percuter cette région? Une pareille négligence peut entraîner une erreur grave de diagnostic en faisant méconnaître le début d'une tuberculose qui bien souvent et alors même qu'il est difficile de la soupçonner ne s'accuse que par un léger degré d'élévation dans la tonalité du bruit de percussion obtenu dans le creux sus-claviculaire.

Il est d'autres rapports importants sur lesquels nous pourrions nous étendre, mais ce que nous avons dit des principaux d'entre eux suffira pour justifier la nécessité que nous signalons d'avoir sous les yeux des figures simples et très-fidèles, qui dispensent, au besoin, d'une lecture longue sinon fastidieuse.—*Nice-Médical.*

Sur le traitement de troubles fonctionnels du foie ; par le Professeur MURCHISON.—(Suite.)—Sur quatre expériences faites en 1858 sur un chien pourvu d'une fistule biliaire, le docteur Georges Scott trouva que dans toutes l'administration de fortes doses de calomel fut suivie d'une diminution de la quantité de la bile et de ses principes solides constituants.

Dans la même année, le docteur Mosler fit de semblables expériences sur deux chiens affectés de fistule biliaire. L'administration du calomel ne fut suivie d'aucune augmentation de bile et on ne put découvrir de mercure dans la sécrétion biliaire.

Dix ans plus tard (1868), un comité de l'Association médicale britannique, avec le professeur Hughes Bennett (d'Édimbourg) comme président, fit un certain nombre d'expériences semblables sur des chiens et arriva à cette conclusion, que "le mercure n'augmentait pas l'écoulement de la bile, mais plutôt le diminuait.

Ensuite vinrent les expériences du docteur Rehrig (de Kreuznack), faites en 1873 à l'Institut pathologique de Vienne. Il trouva que, bien que de fortes doses de calomel parussent

augmenter un peu la sécrétion de la bile, la puissance de ce médicament, à ce point de vue, était inférieure à celle de l'huile de croton, de la coloquinte, du jalap, de l'aloès, de la rhubarbe, du séné et du sulfate de magnésie, le pouvoir cholagogue de ces médicaments, et le calomel occupant le bas de l'échelle.

Les expériences les plus récentes sont celles du professeur Rutherford et de M. Vignal sur quatre chiens différents, à jeun. Chez trois, la sécrétion de la bile a été diminuée, et chez un de ceux-là on s'assure que non-seulement la quantité totale de bile était diminuée, mais aussi la proportion de matériaux solides. Chez le quatrième, la quantité de bile fut augmentée, mais il y eut des raisons pour croire que l'augmentation n'était pas due à l'effet du calomel.

Les résultats de ces expériences sur les animaux ont considérablement ajouté au discrédit qu'avait déjà jeté sur le mercure son inefficacité, constatée par une observation clinique rigoureuse, à faire résorber la lymphe plastique dans la plupart des processus inflammatoires; aussi quelques éminents praticiens étaient-ils même d'avis que le mercure et ses préparations devraient être rayés de notre pharmacopée. Mais on a objecté avec quelque raison que les résultats des expériences faites avec le mercure sur des chiens ne s'appliquaient pas nécessairement aux effets produits par ce médicament sur l'homme. Et même, si l'on accorde que chez l'homme le mercure n'augmente pas la quantité de bile sécrétée à l'état physiologique, il ne s'ensuit pas que dans l'état pathologique il ne puisse exister quelque condition qui s'oppose à la formation de la bile et que le mercure ait le pouvoir de faire disparaître. On peut cependant concilier jusqu'à un certain point les opinions divergentes des physiologistes et des médecins en se rappelant la circulation osmotique qui s'opère d'une façon incessante entre le sang et le contenu de l'intestin. Une grande partie de la bile sécrétée par le foie et versée dans l'intestin est l'objet d'une résorption continue et revient ainsi au foie. Par suite, si on vient à lier le canal cholédoque et à pratiquer une fistule à la vésicule, la quantité de bile qui s'échappe par l'ouverture fistuleuse immédiatement après l'opération est beaucoup plus considérable qu'en aucun autre moment ultérieur (Schiff). Le mercure et les purgatifs de même genre produisent des selles bilieuses en irritant la partie supérieure de l'intestin et en entraînant la bile avant qu'elle ait eu le temps d'être résorbée. On s'explique que Rehrig, d'après ces expériences, ait placé le mercure au bas de l'échelle des cholagogues à cause de sa supériorité sur les autres cholagogues au point de vue de la propriété que je viens d'indiquer : en effet, plus grande est

la quantité de bile entraînée hors de l'intestin, moins il y en a de résorbée et moins il doit s'en écouler par la fistule biliaire. Quant à l'action spéciale du mercure sur le duodénum, elle est prouvée non pas seulement par la quantité de bile qui s'échappe sous son influence, mais aussi par ce fait, découvert par Radziejewski, que la leucine et la tyrosine, qui sont des produits de la digestion pancréatique, et qui dans les circonstances ordinaires sont décomposées dans l'intestin, se manifestent dans les fèces à la suite de l'administration des mercuriaux. Il résulterait donc de ce qui précède que le mercure, en activant l'élimination de la bile et en diminuant la quantité de ce liquide, est après tout un vrai cholagogue et qu'il allège un foie engorgé bien plus efficacement que s'il agissait simplement en activant dans le foie la formation de la bile, comme on le croyait autrefois et comme le prétendent encore certaines autorités; car, s'il en était autrement, il augmenterait la congestion hépatique au lieu de la diminuer. Il n'est pas impossible également que l'irritation exercée sur le duodénum par le calomel et autres purgatifs s'étende à la vésicule biliaire et l'excite à se contracter et à se débarrasser de son contenu: on s'expliquerait ainsi en partie l'augmentation de la quantité de bile dans les garde-robes.

Il y a également lieu de penser que, en sus de son action évacuante sur la bile, le mercure exerce une influence salutaire sur bien des troubles fonctionnels du foie, quelle que soit l'explication qu'on puisse en donner. Des malades extrêmement intelligents, affectés de troubles du côté du foie, m'ont déclaré avec insistance que des doses répétées, ou espacées, de calomel leur procurent un soulagement qu'ils n'ont éprouvé avec aucun autre médicament, et le scepticisme du médecin le moins crédule tomberait, je crois, s'il n'éprouvait malheureusement pas le besoin de vérifier sur lui-même la réalité de leurs assertions. Il n'est pas impossible que les bons effets du mercure sur le foie et dans certaines formes inflammatoires soient dus à cette propriété qu'il possède d'activer les décompositions. Le mercure paraît avoir le pouvoir de rendre la fibrine exsudée moins cohérente et par suite plus apte à être résorbée qu'elle ne le serait autrement. Des médecins contemporains de haute valeur et peu inclinés à accepter trop facilement les vertus thérapeutiques des médicaments, ont pensé que le mercure est toujours nuisible chez les individus affectés d'une constitution scrofuleuse. Si ces opinions sont exactes, il semble également assez probable que le mercure, qui pénètre, comme on nous l'a démontré expérimentalement, dans le foie, peut exercer dans certaines circonstances une influence salutaire en activant ou

en influençant de quelque façon la désintégration de l'albumine. Les remarquables effets du mercure sur la syphilis constitutionnelle s'expliquent vraisemblablement de la même manière. L'influence du mercure sur l'élimination de l'azote par les reins a encore besoin d'être étudiée. Mais, quelle que soit l'explication qu'on adopte, les preuves cliniques de l'efficacité du mercure dans certains troubles hépatiques sont pour moi de la dernière évidence. J'en parle avec d'autant plus de conviction, que je m'étais laissé persuader que le mercure était un médicament plus qu'inutile, non-seulement dans les affections du foie, mais même dans la syphilis : on ne pourra donc pas dire que les convictions imposées à mon esprit par l'expérience sont le résultat d'opinions préconçues.

Le *podophyllin* est un remède qui paraît avoir un mode d'action très-analogue à celui du mercure. Le prof. Rutherford a montré qu'à petites doses il augmente la sécrétion de la bile, mais qu'à dose franchement purgative, qui est ordinairement nécessaire pour alléger le foie, il diminue la sécrétion biliaire. Les expériences du docteur Anstie, sur les chiens et les chats, ont montré que le *podophyllin* a une affinité spéciale pour l'intestin grêle et principalement sur le duodénum. Si je m'en rapporte à mon expérience, ce médicament est moins sûr dans son action, et, même à dose modérée, produirait des épreintes et des évacuations muqueuses plus aisément que les préparations mercurielles. Toutefois, c'est un bon succédané quand par hasard ce dernier se trouve contre-indiqué.

La *colocynthe*, l'*aloès*, la *rhubarbe*, le *jalap* et le *sené* sont également de bons purgatifs dans les troubles fonctionnels du foie qui se traduisent par l'uricémie, la constipation ou l'excrétion insuffisante de la bile. Les expériences de Rœhrig sur les chiens semblent montrer qu'ils augmentent momentanément la quantité de bile sécrétée par le foie; d'autre part, on peut conclure de celles de Rutherford et Vignal qu'à l'exception du *sené*, ce sont d'énergiques cholagogues.

L'*ipécacuanha*, dont j'ai déjà signalé les bons effets dans d'autres affections hépatiques, m'a toujours paru rendre de grands services dans les troubles fonctionnels du foie. D'après les expériences du professeur Rutherford sur les chiens, ce serait un des plus puissants cholagogues connus.

Le *colchique* a paru aussi agir sur les chiens comme un cholagogue; on l'associe avec avantage à d'autres purgatifs, chez l'homme, pour combattre certains troubles hépatiques accompagnés d'uricémie. D'après le docteur Garrod, " il y aurait une réelle utilité à le substituer, chez les sujets goutteux, aux préparations mercurielles, comme cholagogue, d'autant mieux

que ces dernières sont souvent contre-indiquées dans la goutte chronique avec affection rénale.

L'*iridine*, extraite du bulbe de l'*iris versicolor*, l'*évonimine* extraite de l'écorce de l'*évonimus atropurpureus*, et la *sanguinarine* de la sanguinaire, jouissent en Amérique d'une grande réputation comme cholagogues et altérants dans les affections du foie. D'après les expériences du professeur Rutherford, ces substances paraissent également être d'énergiques stimulants du foie, de sorte qu'elles mériteraient qu'on les expérimentât sérieusement chez l'homme,

Nous pouvons ajouter à ces médicaments le pissenlit, auquel on a longtemps attribué une action spécifique sur le foie, mais qu'on sait aujourd'hui n'être qu'un très-faible stimulant de cet organe et agir probablement comme un purgatif doux. Quand il y a tendance à la constipation, on peut l'associer avantageusement soit aux alcalins, soit aux acides minéraux.

6° *Alcalins*.—Après les purgatifs, les alcalins sont les médicaments les plus utiles dans le traitement des troubles fonctionnels du foie. Dans l'uricémie et dans un grand nombre des symptômes qui en dérivent, on retire le plus grand avantage d'un traitement par les sels alcalins, tels que ceux de potasse, de soude ou de lithine, ou certaines eaux minérales, telles que celles de Vichy, Vals ou Ems. La valeur comparée des divers alcalins pour neutraliser les acides varie considérablement. Un grain de carbonate de lithine ou de carbonate d'ammoniaque est presque égal à un grain et demi de carbonate de soude ou deux de carbonate de potasse. Les bons effets des alcalins dans les troubles du foie ne tiennent pas à ce qu'ils neutralisent l'acidité, ni à une action directe sur l'acide urique. En réalité, c'est sous forme d'urate de soude qu'on rencontre l'acide urique chez les gouteux. Les alcalins semblent agir en combattant l'état pathologique en vertu duquel il se forme de l'acide urique. Ils paraissent favoriser les oxydations et activer ainsi la désintégration de l'albumine. D'après le docteur Bence Jones, dans l'organisme aussi bien qu'en dehors de lui, les alcalins donnent les preuves les plus manifestes de leur influence favorable sur les oxydations. Les expériences de Parkes sur la liqueur de potasse ont paru montrer qu'elle a le pouvoir de favoriser la dissociation des principes sulfurés de l'organisme. Sous son influence, en effet, on a vu augmenter dans l'urine la proportion d'acide sulfurique et d'urée. Pour ce qui est de l'urée, Parkes ajoute, par scrupule, que le résultat est rendu plutôt probable que prouvé par ses expériences. De celles que Nasse a faites sur des chiens munis de fistule biliaire, et expérimentateur a conclu que le carbonate de soude ingéré

avec la nourriture diminuait considérablement la sécrétion biliaire ; et Röhrig a obtenu un semblable résultat en injectant le même sel dans les intestins ou dans les veines ; la diminution portait sur la partie solide aussi bien que sur la partie aqueuse de la bile, et spécialement sur les sels biliaires. Nasse a également trouvé qu'après l'ingestion de 8 grammes de carbonate de soude, l'urine, chez l'homme, est très-riche en acide hippurique. La seule conclusion qu'on puisse pour le moment tirer de ces expériences, c'est que les alcalins exercent une influence puissante sur les transformations chimiques qui se passent dans le foie. Lorsqu'on administre les alcalins dans l'uricémie, il est bon d'interrompre de temps en temps leur usage, parce qu'à la longue ils sont susceptibles de troubler la digestion gastrique ; mais, dans les cas où ils sont fortement indiqués, ils sont mieux supportés qu'on ne le pense généralement. Dans le cinquième volume des *Medico-chirurgical Transactions*, le docteur Rostock a rapporté le cas d'une jeune femme qui prit pendant des mois du carbonate de soude à la dose de 70 grammes environ par jour. L'appétit et les forces augmentèrent beaucoup, et son sang, au lieu d'être très-fluide, formait un coagulum ferme et fortement bombé.

7^o Le chlore, le brome et l'iode ont d'étroites relations chimiques et passent pour favoriser les oxydations en se combinant avec l'hydrogène de l'eau et mettant l'oxygène en liberté. Une solution aqueuse de chlore peut être utile dans certains cas d'uricémie associée à une faiblesse générale. On sait d'ailleurs que les divers sels de chlore entrent largement dans la composition des eaux minérales qui sont reconnues les plus efficaces dans les troubles hépatiques. Le bromure de potassium sera susceptible de réduire certains engorgements du foie et de la rate et peut être administré avec avantage dans les cas d'uricémie accompagnés de congestion du foie et d'insomnie. Parmi les médicaments de cette catégorie, le chlorure d'ammonium tient la première place. Il jouit d'une réputation considérable et bien méritée dans l'Inde et autres contrées tropicales pour le traitement de la congestion hépatique ; je l'ai, pour ma part, trouvé très-utile dans le dérangement fonctionnel du foie accompagné d'uricémie. A la dose de 1g,30 administrée trois fois par jour, il agit comme diaphorétique et diurétique et exerce une puissante influence sur la circulation porte. Il n'est pas oxydé et est éliminé tel quel par les urines. Le professeur Rutherford l'a trouvé sans effet sur la sécrétion biliaire chez les chiens ; mais, d'après les expériences du docteur Böcker, il augmenterait la quantité des matières azotées de l'urine : l'augmentation journalière d'urée sous son influence serait en

moyenne de 48,50 environ, quantité qui indique une suractivité considérable des métamorphoses ou de l'élimination, mais plus probablement des premières, d'après ses bons effets sur le foie. Le chlorure d'ammonium a encore cet avantage, c'est qu'on peut l'associer soit aux alcalins, soit aux acides minéraux.

8^o Beaucoup de médecins ont recours aux acides minéraux dans le traitement des troubles fonctionnels du foie. On a longtemps cru notamment que l'acide nitrique pouvait augmenter l'écoulement de la bile, mais les preuves cliniques ou expérimentales manquent. Le professeur Rutherford me fait savoir, il est vrai, que l'acide nitro-chlorhydrique n'a aucun effet sur la sécrétion biliaire chez les chiens. D'après mon expérience, l'action des acides minéraux sur le foie est beaucoup moins directe que celle des alcalins. Dans tous les états morbides du foie accompagnés de congestion et dans la plupart des cas d'uricémie, j'ai trouvé, ou qu'ils ne font pas de bien, ou qu'ils aggravent les symptômes. Ils peuvent cependant être utiles quand il y a débilité et défaut de ton; mais le plus grand bien qu'ils produisent est probablement d'améliorer la digestion gastrique. Dans quelques cas, il y a avantage à donner à la fois des acides et des alcalins, les alcalins avant le repas et les acides après.

9^o *Toniques.*—L'expérience clinique nous a montré que, malgré l'existence de débilité et d'anémie, les toniques peuvent ne pas convenir dans bien des cas de troubles fonctionnels du foie. Cette remarque s'applique spécialement au dérangement hépatique qui aboutit à l'uricémie. J'ai maintes fois vu des malades, dans ce cas-là, s'améliorer tout de suite en substituant au fer, à la quinine, aux acides minéraux et aux stimulants, l'abstinence d'alcool, les purgatifs, les pilules bleues, les alcalins et un régime soigneusement réglé, et les forces, les chairs et les couleurs revenir sous l'influence de moyens dont on aurait au premier abord attendu un effet déprimant. Différentes opinions ont été exprimées sur l'utilité du fer dans la goutte chronique. D'après le docteur Bence Jones, le fer est un des plus puissants médicaments que nous ayons pour activer indirectement les oxydations dans la goutte aussi bien que dans les autres maladies. D'autre part, Garrod croit que les préparations de fer, quand elles sont données sans discernement à des sujets gouteux, sont susceptibles de déterminer une crise paroxystique de la maladie et qu'elles sont la plupart du temps contre-indiquées. Mon expérience s'accorde avec celle du docteur Garrod : dans l'uricémie simple, j'ai toujours vu le fer augmenter la disposition aux dépôts d'urates dans l'urine, produire de la constipation et aggraver tous les symptômes dont

Le malade peut avoir souffert antérieurement. J'ai de même généralement observé que les malades affectés de goutte chronique ou d'uricémie ne supportent pas bien même de petites doses de quinine. D'après certaines expériences faites avec beaucoup de soin par le docteur Ranko (de Munich), la quinine paraît avoir le pouvoir de diminuer la proportion d'acide urique dans l'urine. Les expériences furent faites sur trois personnes, et les résultats furent les mêmes. L'effet se poursuivit pendant deux jours après une seule dose de 1g,20; et rien n'indiqua ensuite que l'excrétion eût augmenté après que l'influence de la quinine eut cessé, de telle sorte que la quinine avait probablement agi en diminuant la formation d'acide urique dans le foie ou en le transformant en une autre substance. On pourrait conclure de ces expériences que la quinine et le quinquina seraient susceptibles de rendre de grands services dans la goutte chronique et dans l'uricémie, mais l'expérience clinique n'a pas confirmé ces vues.

Quand on veut administrer les toniques dans l'uricémie, il vaut mieux avoir recours à la gentiane, à la chirette, à la cascarrille et à la serpentaire qu'à la quinine et aux autres préparations de quinquina. Les meilleures préparations de fer sont le fer réduit, le citrate de fer, ou le tartare de fer et de potasse; ces préparations sont quelquefois avantageusement combinées avec les alcalins et les purgatifs salins. Dans bien des cas, accompagnés ou non de flatulence, j'ai vu une grande amélioration suivre l'emploi de petites doses de noix vomique et de strychnine. Quand l'uricémie est accompagnée d'une grande prostration nerveuse, j'ai retiré également un bon effet de l'emploi du phosphore à la dose de 2 milligrammes trois fois par jour. Les urates ont disparu de l'urine et tous les symptômes se sont amendés. Dans quelques-uns de ces cas, les circonstances m'ont paru rendre évident que l'amélioration était bien due au phosphore. Bien des malades, également affectés d'uricémie, qui ne peuvent supporter le fer, se trouvent très-bien de l'arsenic, qu'on sait depuis longtemps être parfois utile dans certaines complications de la goutte.

10° L'opium et ses préparations sont contre-indiqués dans la plupart des troubles fonctionnels du foie et particulièrement quand il y a uricémie manifeste. L'opium entrave l'élimination par l'intestin et par les reins et paraît aussi arrêter le processus de désassimilation qui a eu lieu dans le foie. On croit généralement qu'il diminue la quantité de bile sécrétée par le foie, et cette opinion est appuyée par ce fait, que son emploi est souvent suivi de garde-robes peu colorées; cependant les expériences de Röhrig sur les animaux pourvus de fistule

biliaire on montré que l'opium paraît augmenter la sécrétion biliaire au lieu de la diminuer, de telle sorte que probablement l'écoulement de la bile hors du foie n'est que suspendu temporairement par une influence s'exerçant sur les tuniques des voies biliaires, pareille à celle que l'opium exerce sur les tuniques de l'intestin. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que l'opium constipe, favorise la congestion porte, et entrave l'élimination non-seulement de la bile, mais des produits de désassimilation qui se forment dans le foie. Les expériences de Bœcker et l'expérience clinique montrent également que l'opium empêche l'élimination des substances azotées de l'urine, et que son emploi dans les lésions organiques des reins peut avoir des conséquences dangereuses et même fatales. Ces considérations expliquent pourquoi dans le dérangement hépatique accompagné d'uricémie l'opium est contre-indiqué pour calmer la douleur, l'insomnie et autres symptômes pour lesquels on le prescrit communément.

D'autre part, il est remarquable, comme confirmation de l'antagonisme supposé de la goutte et du diabète que j'ai déjà signalé, que dans le trouble du foie qui existe dans cette dernière maladie, l'opium est toléré à de fortes doses et montre une certaine efficacité pour arrêter la formation du sucre. Les bons effets sont probablement dus en grande partie à quelque influence sur les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux hépatiques, dont nous avons vu que la paralysie réflexe était une des causes du diabète.—*Bulletin général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale.*

Considérations générales sur le traitement des maladies de l'enfance; par le docteur d'Heilly, médecin de l'hôpital de Ménilmontant.—Le traitement des maladies de l'enfance est difficile, et l'on a à compter avec des obstacles nombreux, avec les préjugés inintelligents des parents, et surtout l'indocilité et la méchanceté des enfants. "Le praticien doit connaître ces obstacles, apprendre à distinguer les cas où il les peut vaincre de ceux où il doit chercher à tourner la difficulté. Il faut qu'il s'arme de patience, qu'il modifie la forme, le volume et le goût des médicaments qu'il prescrit, Dans d'autres cas, il lui faudra faire l'abandon de ses idées thérapeutiques, et il sera forcément réduit à faire de la médecine expectante." (Rilliet et Barthez). Bien des raisons, en effet, peuvent rendre l'abstention utile ou nécessaire. Souvent la rapidité des manifestations ou leur marche insidieuse ne permet pas de donner un nom à la maladie. Chez les enfants, il

n'est pas rare d'observer des symptômes mal caractérisés qu'on ne sait à quelle sorte d'affection rapporter: on voit se produire isolément de la diarrhée, des vomissements, une toux spasmodique ou bien une fièvre intense, puis tout rentrer dans l'ordre sans qu'on ait pu formuler un diagnostic; un bon nombre de malaises ou d'indispositions ne font que traduire le développement régulier des organes et sont compatibles avec l'exercice normal des fonctions: il n'y faut pas voir des maladies; des causes légères peuvent amener des troubles graves en apparence, et, sous l'action d'agents peu énergiques ou même insignifiants, les fonctions reprennent aisément leur allure normale. Quand le diagnostic est incertain, et qu'aucune indication bien nette n'impose une thérapeutique, il est préférable d'employer les moyens inoffensifs qui permettent de gagner du temps. Certaines maladies, les fièvres éruptives entre autres, veulent être respectées dans leur évolution, et l'on ne doit pas intervenir sans nécessité urgente. Les jeunes enfants supportent d'ailleurs moins bien une médication active, et c'est chez eux que l'expectation, triomphe du naturisme, trouve son meilleur emploi. Elle est d'ailleurs souvent imposée au médecin par la résistance du petit malade; il est toujours imprudent d'engager une lutte dans laquelle on est exposé à avoir le dessous, et qui peut, chose plus grave, exaspérer certains symptômes, augmenter l'agitation et la fièvre, amener même des convulsions. A moins donc d'attendre d'un médicament un effet décisif, il est plus sage de ne pas contrarier l'enfant pour le lui faire accepter de force. L'utilité qu'il en tirerait ne compenserait pas les inconvénients de l'agitation due à la lutte. On a fait remarquer que c'est surtout dans les affections légères qu'on rencontre ces résistances; dans les maladies graves, l'enfant accepte plus facilement les médicaments. On devra se rappeler aussi que la tendance normale est la guérison, quand l'enfant est vigoureux et soumis à une bonne hygiène. Il faudra, même en pratiquant l'expectation la plus franche, être attentif et se tenir prêt à agir, en raison de la rapidité avec laquelle peuvent paraître des accidents graves et survenir des lésions irrémédiables; on devra surveiller de près le malade, en suivant pas à pas chaque évolution de la maladie.

Il faudra toujours apporter une grande réserve dans l'emploi des médicaments spoliateurs, des évacuants, des débilitants, que les enfants supportent mal. On ne perdra pas de vue que chez les jeunes sujets, l'activité de la nutrition est employée non-seulement à entretenir, mais à accroître, et que la diète, même relative, ne saurait être maintenue longtemps; on tien-

dra compte, pour la prescrire, des conditions antérieures des malades, de l'influence dépressive d'une mauvaise hygiène, de l'état des forces. Il y aura d'ailleurs des nuances dans le régime diététique, et les affections intestinales comporteront un régime plus sévère que les maladies pulmonaires.

Les médicaments peuvent être absorbés par la muqueuse digestive ou par la peau. Les premiers seront donnés par la bouche ou par le rectum; ils auront d'autant plus de chances d'être acceptés qu'ils seront en plus petite quantité; les doses minimales sont d'ailleurs imposées par la susceptibilité de l'enfant et les plus petites sont les meilleures. Encore faudra-t-il prendre soin de dissimuler certaines substances que leur goût ou leur odeur peut faire repousser. Si l'avantage à tirer du médicament compense les inconvénients d'une lutte, on pourra employer pour l'administrer un artifice analogue à celui à l'aide duquel on explore la gorge, en se servant de la cuillère pleine de liquide comme d'abaisse-langue. Quand il n'y aura pas urgence absolue, il faudra céder et remplacer les agents internes par le traitement externe.

Les substances liquides ou demi-solides sont facilement acceptées. Les potions et les juleps ne devront pas excéder 50 à 60 grammes pour les très-jeunes enfants; au-delà d'un an, ils atteindront de 60 à 90 grammes.

Les sirops sont aisément administrés, ainsi que les conserves et les électuaires, que les petits malades prennent pour des confitures. Les agents solides sont moins faciles à faire prendre: les pilules ne sont avalées qu'avec peine et quelquefois provoquent de la toux; les poudres, qui ne doivent être prescrites qu'en très-petite quantité (50 centigrammes), peuvent être données dans un sirop ou incorporées à des confitures.

Si la substance active est désagréable au goût, il faut la dissimuler; l'huile de ricin, la scammonée, le jalap, pourront être donnés dans du lait; les amers seront administrés sous forme de vin ou de sirop; l'huile de foie de morue pourra être mélangée au sirop d'écorces d'oranges amères.

Il faudra apporter une grande précision dans le dosage des médicaments. La table de Gaubius ne nous paraît être que d'un médiocre secours; d'après ses indications, la dose normale de l'adulte étant prise pour unité, les quantités qui conviennent à chaque âge seraient représentées, pour les divers médicaments, par une même fraction de la dose qui sert d'unité; cette loi est en défaut pour bien des médicaments. La tolérance extrême de l'enfance pour la belladone, pour les mercuriaux, les accidents que provoquent au contraire de minimales doses d'opium, lui donnent un formel démenti et prouvent qu'on ne

peut admettre une sorte d'échelle proportionnelle pour doser tous les médicaments, mais qu'il faut, au moins pour un grand nombre d'entre eux, avoir présente à l'esprit la dose de chacun pour les différents âges.

Les gargarismes, qui n'ont pour objet que d'exercer une action topique, ne sont guère applicables que dans la seconde enfance; pour les nourrissons, on y supplée par l'emploi de collutoires portés directement sur l'arrière-gorge avec un pinceau ou par l'insufflation de poudres médicamenteuses.

L'autre extrémité du tube intestinal, le rectum, reçoit également des médicaments, les uns topiques, les autres destinés à être absorbés. Les lavements, par la rapidité de leur absorption et la facilité de leur emploi, constituent un moyen précieux d'administrer les remèdes lorsque l'indocilité des malades ne permet pas leur ingestion par la bouche; les lavements laxatifs ou topiques ne doivent pas dépasser 60 à 80 grammes de véhicule.

L'application des agents thérapeutiques sur la peau, soit qu'ils consistent en substances dont on recherche l'absorption, soit qu'ils doivent seulement exercer une action locale, constitue une utile ressource dans la médecine du jeune âge; elle permet au médecin de ne pas rester désarmé devant la résistance et le mauvais vouloir des petits malades et d'agir encore, alors que le mauvais état de l'intestin rendrait difficile ou périlleuse l'ingestion des drogues. L'activité si grande de l'absorption par la peau assure à la méthode iatraleptique la pénétration dans les voies circulatoires d'un bon nombre de substances actives; on choisira de préférence, pour leur application, les points où le réseau lymphatique est le plus riche, la face interne des cuisses, le creux de l'aisselle.

C'est encore sur la peau que l'on fait porter un nombre considérable de moyens destinés à avoir un effet purement local, tous les agents de la révulsion, les vésicatoires, les rubéfiants, ventouses sèches, teinture d'iode, sinapismes, les cataplasmes, les frictions sèches ou avec des liniments, le massage, les lotions, l'hydrothérapie, les bains simples ou médicamenteux, bains de vapeur, etc.

La médecine des enfants présente des ressources étendues, mais on peut en remplir les indications essentielles sans sortir d'un cercle relativement restreint. Nous ne pouvons passer en revue tous les agents thérapeutiques, ni même signaler les plus importants; nous nous bornerons à indiquer ce que quelques uns d'entre eux offrent de particulier.

Emissions sanguines.—Rarement indiquées d'une façon impérieuse, elles ne doivent être employées qu'avec une grande

modération, car elles plongent les enfants dans une prostration difficile à vaincre et qui fait traîner la convalescence. Dans les phlegmasies broncho-pulmonaires, par exemple, où l'on est le plus justement tenté de les prescrire, il faudra s'abstenir, si la fièvre est peu intense et surtout si l'enfant est débile: l'affaiblissement dû à la perte de sang augmente alors l'hypostase et l'engorgement des petites bronches; les toniques sont en ce cas préférables. Les pertes de sang sont mal tolérées par l'enfant. la syncope peut en être la suite, des convulsions peuvent survenir, d'autant plus à craindre si l'émission sanguine s'adresse à une maladie du système nerveux.

Si l'on se décide à tirer du sang, on ne pourra guère employer la phlébotomie, impossible au bras au-dessous de trois ans. Il sera préférable d'appliquer des sangsues; l'estimation de la quantité de sang perdue est difficile: West conseille, pour l'obtenir, de ne pas laisser couler les piqûres, mais d'appliquer un nombre de sangsues suffisant pour tirer d'emblée la quantité voulue, en estimant à 8 grammes le sang évacué par chacune. Les sangsues devront être appliquées sur des points qui permettent la compression si l'écoulement se prolongeait, comme au-devant du sternum, ou au niveau du condyle interne du fémur; si l'hémorrhagie était rebelle, on en aurait raison à l'aide du perchlorure de fer, des serres-fines, ou bien au moyen d'une épingle passée dans les deux lèvres de la plaie et sur laquelle on entortille un fil. Aux sangsues Rilliet et Barthez préfèrent les ventouses sacrifiées, dont l'écoulement s'arrête sur-le-champ et peut être exactement dosé; toutefois, elles sont rarement favorables aux enfants du premier âge; elles ont l'inconvénient d'exalter leur sensibilité et de les jeter dans un état nerveux.

(à continuer).

Des générations prétendues spontanées. — Expériences de MM. Pasteur et Tyndall.— Nous empruntons à un travail publié par M. Tabourin, dans la *Revue de médecine vétérinaire*, les intéressants détails suivants se rapportant aux expériences effectuées par ces savants expérimentateurs sur la soi-disant génération spontanée.

Voici, d'abord, en quels termes sont rappelées les expériences de M. Pasteur.

On prend deux ballons en verre aussi semblables que possible et l'on en étire fortement le col; on introduit dans ces vases de l'infusion de foin qu'on porte à l'ébullition dans l'un et

l'autre; au bout de quelques minutes, on ferme à la lampe le col de l'un des ballons et on laisse l'autre ouvert; puis, ces précautions comparatives étant prises, on abandonne les deux ballons dans un coin du laboratoire; au bout d'un certain temps, et qui varie selon la saison et la grandeur de l'ouverture du col du ballon, on voit apparaître à la surface du liquide de celui qui a été laissé ouvert des végétations inférieures qui se multiplient rapidement et parfois des infusoires dans la masse du liquide organique; par contre, l'infusion du ballon fermé ne donne aucun signe d'organisation et peut être conservée indéfiniment. Tel est le fait capital établi par M. Pasteur et que chacun peut répéter comme lui, avec le même succès, pour peu qu'on ait l'habitude des manipulations d'un laboratoire de chimie.

Une contre-épreuve d'une grande importance peut être immédiatement faite avec le ballon fermé: c'est d'en briser le col et de permettre ainsi le contact de l'air extérieur avec l'infusion. Ce liquide, resté jusqu'ici inaltéré et stérile, ne tarde pas à donner, comme le premier, les signes d'une multiplication végétale et animale plus ou moins abondante. On le voit donc, d'après ces faits incontestables et solidement établis par une expérimentation rigoureuse, la condition essentielle pour le développement des organismes inférieurs dans une infusion, c'est le contact de l'air. Reste à interpréter ce fait brut.

L'air étant un tout très-complexe, on peut se demander quel est celui de ses éléments constituants qui est l'agent actif en la circonstance; est-ce un élément chimique, est-ce un élément physique? Longtemps on a admis que c'est l'oxygène, et cette opinion était basée sur une expérience de Gay-Lussac restée célèbre. Cet illustre savant ayant écrasé des grains de raisin au sommet d'une éprouvette pleine de mercure, vit le jus resté inaltéré tant qu'il fut dans le vide, mais se mettre à fermenter dès qu'on introduisit quelques bulles d'air ou d'oxygène. C'est aussi en s'appuyant sur cette expérience qu'on a expliqué pendant longtemps l'efficacité du procédé de conservation des matières alimentaires dû à Appert, et il faut arriver jusqu'aux travaux de M. Pasteur pour interpréter dans sa signification réelle l'expérience de Gay-Lussac et juger à leur valeur réelle les déductions qu'on en a tirées.

Si ce n'est pas l'oxygène qui provoque la création des proto-organismes dans l'infusion, qu'est-ce donc? Seraient-ce l'azote, l'acide carbonique ou la vapeur d'eau, qui constituent avec l'oxygène les éléments chimiques de l'air? Poser la question, c'est la résoudre. Mais alors sur quoi reporter l'action créatrice des êtres élémentaires qu'on observe? Si ce ne sont pas les éléments chimiques de l'air qui agissent alors, ce sont

des éléments *physiques* ? C'est précisément ce que M. Pasteur a prouvé d'une façon bien nette et précise. Établissons à cet égard quelques preuves irréfutables.

Lorsqu'un rayon lumineux pénètre par une étroite ouverture dans un local obscur, il y trace une traînée lumineuse à bords nettement arrêtés et qui tranche sur l'obscurité du lieu. Au milieu de ce faisceau lumineux, on constate la présence d'une innombrable quantité de particules solides qui y sont en suspension et qui se meuvent en tous sens. C'est ce qu'on appelle vulgairement la *poussière* de l'air. Cette sorte de poudre impalpable se dépose peu à peu dans l'appartement ; si on la recueille et si on l'examine au microscope, on constate aisément qu'elle contient deux genres de particules : les unes polyédriques et de nature minérale, les autres plus ou moins sphéroïdales et de nature organique. Or, d'après M. Pasteur, ce sont ces dernières particules qui renfermeraient les germes des proto-organismes qui se forment dans l'infusion, ainsi que ceux des ferments qui provoquent la destruction des matières organiques dans certaines conditions.

Voyons comment cet illustre savant a établi cette vérité fondamentale.

Si dans le ballon fermé et contenant une infusion restée inactive on fait pénétrer de l'air calciné dans un tube de platine de manière à détruire les germes en suspension dans l'atmosphère, on remarque que le liquide reste inaltéré malgré l'oxygène et les autres éléments chimiques de l'air, en prenant la précaution, bien entendu, de refermer ensuite le col du ballon. De plus, si dans ce ballon, au bout d'un certain temps, ou dans tout autre dans les mêmes conditions, on fait pénétrer un tampon de coton qui a servi à filtrer de l'air et qui est couvert des poussières atmosphériques, comme M. Pasteur l'a indiqué, l'infusion, restée jusqu'ici stérile, ne tarde pas à se montrer féconde en de nombreux proto-organismes.

M. Pasteur ne s'en est pas tenu là ; il a voulu donner de nouvelles preuves de l'exactitude de sa théorie et, en même temps, ramener les conditions d'expérimentation à des termes si simples que chacun pût aisément et sans grand appareil répéter ses expériences ; voici comment :

L'expérience démontre que la poussière atmosphérique, et par conséquent les germes fécondats des infusions, deviennent de plus en plus rares à mesure que l'altitude devient plus grande. Aussi, sur les hauts sommets, comme M. Pasteur l'a pratiqué sur le Jura, si on fait bouillir l'infusion dans plusieurs ballons pour détruire les germes qu'elle pourrait contenir, et si on les abandonne à eux-mêmes, sans fermer le col, ils restent inaltérés

à de rares exceptions près, bien que l'air extérieur ait pu pénétrer librement dans les vases. Nouvelle preuve que, sans germes, il n'y a pas de proto-crédation d'êtres élémentaires et que les prétendues générations spontanées reposaient sur une fausse interprétation des phénomènes observés.

M. Tyndall, célèbre physicien anglais, est venu récemment confirmer l'exactitude des idées de M. Pasteur et simplifier encore les moyens de démonstration de sa théorie des germes préexistants. Voici, entr'autres, le procédé très-simple et très-original qu'il a imaginé :

Une grande boîte en bois, sorte de chambre obscure, reçoit par une de ses faces, percée d'une mince ouverture, un rayon de lumière. Tant que les poussières sont en suspension dans l'air, le rayon est visible et trace dans la boîte un sillon lumineux ; mais dès qu'elles se sont déposées et que leurs grains se sont fixés sur les parois de la boîte enduite de glycérine, toute trace lumineuse disparaît. Si, à ce moment, on introduit l'extrémité ouverte de plusieurs éprouvettes contenant des infusions organiques dans la boîte, dont la paroi inférieure est pourvue à cet effet d'ouvertures garnies de caoutchouc, on observe que ces infusions se conservent indéfiniment sans altération ; tandis que, si on fixe les éprouvettes à la paroi de la boîte avant la disparition du rayon lumineux et par conséquent avant le dépôt de la poussière atmosphérique, les infusions ne tardent pas à s'altérer et à se peupler d'organismes élémentaires. Il serait difficile d'imaginer un moyen plus simple, plus net et plus original de démontrer l'exactitude des idées de M. Pasteur sur les générations dites spontanées.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Les plaques muqueuses idiopathiques de la bouche ; par le docteur Schwimmer (de Pesth).— Sous le nom de *leucoplacia buccalis*, Schwimmer étudie une affection des lèvres, de la bouche et de la langue, qu'on a décrite jusqu'ici sous les noms très divers de tylosis, d'iththiose, de psoriasis de la bouche et de la langue. Cette affection ne doit pas être confondue avec le psoriasis syphilitique. Elle est de sa nature idiopathique, et constitue une affection essentiellement locale, capable, par les accidents auxquels elle peut donner naissance, d'avoir un retentissement fâcheux sur l'organisme.

La marche de cette affection est toujours très lente. Schwimmer lui distingue deux périodes. La première est caractérisée par l'apparition de taches rouges sur la langue, les lèvres, et à

la face interne des joues (stade érythémateux). Dans la seconde période, ces tâches prennent une coloration bleuâtre; au niveau de la langue elles ont au contraire une teinte d'un blanc grisâtre, et présentent l'aspect de plaques indurées, qui rendent la mastication douloureuse et engendrent de la gêne de la parole et de la déglutition. Toujours il y a un certain degré de ptyalisme. Sous l'influence des irritations mécaniques auxquelles elles sont exposées, ces plaques se recouvrent de sillons et de rhagades qui finissent par se transformer en ulcérations sanieuses.

Au point de vue de la terminaison, Schwimmer distingue une forme bénigne et une forme maligne. Dans les cas qui appartiennent à cette dernière forme, la *leucoplacia buccalis* ne représente que le stade initial du carcinome de la langue et des lèvres. Dans les cas bénins, au contraire, les plaques restent stationnaires pendant un temps indéfini, parfois même elles sont susceptibles de guérir complètement.

Le diagnostic de ces plaques muqueuses idiopathiques avec les manifestations buccales de la syphilis présente souvent des difficultés considérables. Kaposi soutient que toutes les plaques indurées et cornées sont des produits de la syphilis. Schwimmer est d'un avis opposé, et il s'attache précisément à étudier dans tous leurs détails les signes qui permettront de distinguer les manifestations buccales de la *leucoplacia buccalis*, de celles de la syphilis.

Les recherches histologiques entreprises par l'auteur, en collaboration avec le docteur Barbesiu, lui ont permis de constater que la lésion qu'il a décrite a son point de départ dans le chorion. Pour rendre plus clair l'exposé de ses recherches microscopiques, Schwimmer a annexé à son mémoire quatre planches chromolithographiées d'une exécution parfaite.

L'auteur a pu rechercher les causes de la *leucoplacia buccalis* chez 20 malades qu'il a eu occasion de suivre. Ces causes sont au nombre de trois, à savoir: certaines affections du tube digestif, l'abus du tabac, la syphilis. Cette dernière n'agit qu'à titre de circonstance prédisposante; la plupart des malades observés par Schwimmer (14 sur 20) n'avaient jamais présenté d'accidents syphilitiques.

Le traitement consiste dans des applications locales de solutions astringentes et alcalines. L'auteur repousse la cautérisation des plaques à l'aide de la teinture d'iode ou du nitrate d'argent, comme étant capable, par l'irritation qu'elle occasionne, de favoriser les progrès du mal.—(*Gazette Médicale de Paris.*)—*Bordeaux Médical.*

Emploi du vin dans la bronchite capillaire des enfants.—M. Bonamy (de Nantes) préconise dans le *Bulletin de Thérapeutique* l'emploi du vin chez les enfants très-jeunes atteints de bronchite capillaire; les doses très-fortes ne lui ont pas semblé utiles; elles ont été prescrites sous forme de rations quotidiennes de vin variant de 160 à 190 grammes, chez des enfants de moins d'un an à deux ans, suivant la nature de la maladie et aussi à proportion de la force et de l'énergie du sujet. Mais dans les cas où ce moyen a été employé, il a eu comme adjuvants curatifs nécessaires les révulsifs cutanés et l'ipéca. M. Bonamy cite trois faits dans lesquels cette médication eut un plein succès. Dans le premier il s'agissait d'une broncho-pneumonie très-grave dans le cours de laquelle le vin de Malaga fut donné chaque jour à la dose de 160 à 180 grammes; les mouvements respiratoires tombèrent rapidement sous cette influence de 50 à 26 à la minute. Dans le second cas, une petite fille de seize mois était atteinte d'une broncho-pneumonie dans le cours d'une coqueluche. Le vin lui fut administré sous forme de potion à la manière suivante :

Vin de Malaga.....	ʒiiss
Eau de menthe	ʒiiss
Sirop d'écorce d'orange.....	ʒv

Pour vingt-quatre heures : une cuillerée à dessert d'heure en heure. L'influence sur le pouls se fit sentir rapidement en amenant une diminution considérable dans sa fréquence. Chez cette enfant aussi, une aggravation coïncida avec la suppression du médicament, et la guérison survint après qu'on y eut recours de nouveau. Enfin, dans le dernier cas, pour une enfant de dix mois atteinte de broncho-pneumonie survenue également pendant la coqueluche, le vin a été employé sous cette même formule, alors qu'il y avait véritablement collapsus (pâleur très-grande de visage, chute des paupières supérieures, affaissement général, pouls presque syncopal). Le traitement au vin réussit encore en pareille circonstance, où il a été du reste en tout temps recommandé.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Observations d'opération de hernies étranglées ; par M. le docteur ARIBAUD (de Condrieu).—La nécessité d'une intervention chirurgicale sérieuse, urgente, est toujours pour le praticien des petites localités une éventualité grave. Moins heureux que le praticien des grandes villes ; il n'a pas la ressource de l'adjonction d'une spécialité indiscutée si son client est favorisé de la fortune, ou celle d'un grand hôpital si ce dernier est pauvre.

Cependant, d'un côté il importe d'agir et vite, d'un autre côté l'expérience l'habileté de mains, le sang-froid quelquefois, qualités qui ne s'acquièrent que par la pratique, font plus ou moins défaut ; la surface professionnelle n'est pas toujours au-dessus des appréciations plus ou moins bienveillantes d'un entourage dont l'intelligence laisse souvent à désirer.

Enfin, chose plus pénible, l'assistance nécessaire, l'assistance utile, manque souvent.

Malgré cela, il est plus d'une circonstance où le médecin doit savoir ne pas faiblir devant un devoir strict, et, quelles que soient ses répugnances, agir au moins dans l'intérêt du patient, quels que puissent en être les résultats au point de vue de ses intérêts matériels.

Je me suis, comme beaucoup d'autres, heurté au début de ma pratique à ces impossibilités chirurgicales, et n'ai pas tardé à me résigner à la seule intervention urgente, obligatoire. C'est de cette façon que l'opération de la hernie étranglée s'est imposée à moi.

Peu soucieux de leur corps, pas toujours très-intelligents, beaucoup d'ouvriers, de cultivateurs portent souvent sans s'en douter, ou sans y attacher d'importance, et cela depuis longtemps, quelquefois, des hernies non contenues par un bandage ; ou, si elles le sont, c'est souvent par des bandages mal faits, usés, cassés, insuffisants.

A la suite d'une chute, d'un effort, d'un traumatisme quelconque, cette hernie s'engoue ou s'étrangle rapidement ; après des tentatives plus ou moins répétées de bains, au bout de peu de jours de traitement rationnel, l'intervention chirurgicale se présente avec son urgence habituelle dans ce cas.

Très-imbu de cette idée que partagent beaucoup de médecins, que cette opération présente de sérieuses difficultés et expose à de redoutables hémorragies, j'éprouvais une grande répulsion

à l'aborder moi-même. Dans deux premiers cas, après insuccès du traitement par la position, la glace, les purgatifs, le taxis, etc., j'avais en vain demandé l'assistance d'un confrère compétent : cette opération n'étant pratiquée que par un petit nombre de praticiens de campagne : en vain j'avais demandé le transport dans un grand hôpital. On m'avait contesté la nécessité de l'intervention, son utilité ; les malades avaient succombé.

Ma conscience ne me laissant pas parfaitement tranquille sur la conduite assez pusillanime que j'avais tenue dans ces deux circonstances, je me promis à la prochaine occasion, d'être plus énergique, d'exiger l'opération, quand elle me semblerait urgente, et s'il était nécessaire, de la tenter moi-même. Je l'ai fait, j'ai réussi, et je n'ai pas tardé à me convaincre que cette opération n'a rien d'inabordable, même dans des conditions défavorables de milieu.

Voici les quelques cas qui composent ma statistique :

OBS. I.—Veuve V..., 58 ans, de Chonas (Isère), porte depuis plusieurs années une petite hernie crurale droite, non contenue.

Effort pour soulever un fardeau, étranglement datant de 48 heures.

À ma première visite, tentative de taxis, insuccès ; glace, position le siège relevé, lavement de séné.

Le lendemain, même état, mêmes prescriptions, même insuccès.

Je demande un confrère à Vienne, et le soir, après de nouveaux essais de taxis sans résultat, je pratique la kélotomie.

La hernie, petite, purement intestinale, est réduite facilement après le débridement ; l'intestin me paraît sain.

Suites simples : une petite fistule stercorale apparaît au bout de quelques jours : elle guérit au bout de peu de temps avec de simples attouchements de nitrate d'argent. La malade vit encore.

Je noterai dans cette observation cette fistule consécutive, malgré un étranglement qui n'atteignait pas quatre jours. Cette opération remonte à une douzaine d'années.

OBS. II.—C..., homme de 50 ans, au Péage-de-Roussillon (Isère). Hernie inguinale droite, ancienne, assez volumineuse, étranglement datant de cinq jours ; état grave.

Le médecin de la localité m'assiste. Dans la dissection de la tumeur, j'ai un moment d'hésitation, je me trouve en présence d'un tissu qui ne me paraît pas le sac que je crois ne pas avoir encore ouvert, et qui ressemble au gros intestin.

Après un examen de quelques instants, je suis certain de ne pas me tromper : j'étais dans la hernie et j'avais devant moi une portion du cœcum.

Quant à un sac, je n'avais rien vu qui y ressemblât ; la hernie était sèche.

Peut-être n'existait-il pas de sac ? La portion intestinale herniée n'étant souvent que recouverte en partie et non enveloppée par le péritoine.

Deux débridements en haut et en dedans ; réduction.

Suites simples, guérison.

OBS. III.—C..., 74 ans, de Condrieu, hernie inguinale gauche, étranglement datant de cinq jours.

Vieillard assez débilité, état grave, prostration, pouls irrégulier, sans lésion cardiaque valvulaire.

Mon confrère, qui est médecin du malade et lui a donné des soins jusqu'à ce jour, hésite à se décider à l'opération ; moi-même n'en suis pas très-enthousiaste.

Après longue discussion, je finis par décider mon confrère par la raison toute simple, que la situation du malade ne peut guère être aggravée, et que le taxis est devenu intolérable. Je pratique l'opération qui est des plus simples : la hernie est complètement intestinale ; un seul débridement ; réduction.

Le malade va bien pendant quatre jours, puis à la suite d'une indigestion, il est repris de vomissements, ballonnement du ventre, péritonite généralisée subaiguë ; je suis rappelé et j'ai le bonheur de voir ces accidents alarmants céder au bout de quelques jours.

Le malade guérit et porte un bandage ; sa hernie s'est reproduite au bout de peu de temps.

OBS. IV.—V. B..., 78 ans, de Condrieu, hernie crurale gauche. Cinq jours d'étranglement, état assez grave, opération simple, la hernie est à la fois intestinale et épiploïque ; l'intestin est réduit, un morceau d'épiploon est retranché, le reste est abandonné dans la plaie sans réduction.

Péritonite consécutive, mort au bout de trois jours.

L'intestin ne paraissait pas sphacélé ; mais l'opération a été pratiquée bien tard ; le confrère qui soignait le malade avait cru devoir différer de me faire appeler jusqu'à ce moment, et je dus pratiquer l'opération en partie à la lumière de bougie ; j'ai bien pu me tromper sur la vitalité de l'anse intestinale réduite.

OBS. V.—Veuve D..., d'Ampuis, 66 ans. Hernie crurale droite ancienne, irréductible, non contenue, étranglement

datant de trois jours. Au moment où je pratique l'opération avec l'assistance d'un confrère, j'étais dans une petite chambre mal éclairée; soit maladresse, soit difficulté réelle, la dissection avait été pénible, tâtonnée; enfin j'étais arrivé dans la hernie qui était complètement intestinale, et j'avais débridé.

Je mis un temps d'arrêt de quelques secondes avant de retirer un peu l'intestin pour l'examiner, comme je le fais toujours, avant de le réduire.

Pendant ce court instant où quittant la position penchée que j'avais et qui me fatiguait, je reprenais haleine en me redressant; mon confrère, qui avait comme moi les doigts dans la plaie, réduisit rapidement et en masse l'intestin avant que j'aie pu l'arrêter. Je retins une exclamation, je ne dis rien, mais je regrettais ce temps de l'opération mal fait. Le malade cependant est allé bien pendant deux jours, les selles se rétablirent, mais la péritonite éclata et l'emporta au cinquième jour.

J'ai toujours regretté cette réduction en masse intempestive, trop précipitée, qui a peut être contribué à l'insuccès.

Obs. VI.—R..., de Condrieu, 44 ans. Cet homme, il y a 17 ans, me fait appeler un soir; il avait des vomissements, de la constipation, des symptômes, en un mot, d'obstruction intestinale. Je lui trouvai au pli de l'aîne une petite tumeur située à droite, dure, douloureuse, qui, au premier abord, ressemble à un bubon. Il n'y a rien aux organes génitaux ni aux orteils; pas de plaie à la jambe.

Cette tumeur me paraît cependant avoir son implantation au-dessus du ligament de Fallope, et je ne lui trouve pas la direction habituelle d'une hernie inguinale; cependant je ne vois pas d'autre diagnostic à porter que celui de hernie inguinale étranglée. J'essaie la réduction sans succès; puis je fais appliquer des sangsues; onctions d'onguent gris belladonné, lavements purgatifs, etc...

Le lendemain même état.

Nouveau taxis infructueux.

Nos doutes sur la tumeur disparaissent. Je continue toutefois ce traitement. Le lendemain le mieux se dessine et quatre jours après le malade est guéri: sa tumeur y est toujours, mais elle n'est pas douloureuse, et les accidents d'obstruction ont cessé. Je conseille un bandage approprié. Je perds ce malade de vue en tant que médecin.

Il y a quatre ans, je montais en voiture pour me rendre à quelques kilomètres de chez moi, lorsqu'on me prie de passer chez ce même malade; mon confrère, me disait-on, m'attendait pour lui pratiquer une opération.

Je retrouvai ma tumeur, cette fois beaucoup plus volumineuse ; elle s'était depuis le premier étranglement, progressivement accrue ; le malade n'avait pas voulu prendre de bandage ; le nouvel étranglement datait de trois jours.

L'état de ce malade était des plus graves, le pouls misérable, accéléré, la face grippée, la coloration cyanique, la voix éteinte me rappelaient les malades atteints de choléra asiatique ; les vomissements étaient incoercibles, fécaloïdes, les selles nulles ; le taxis et les différents moyens employés par mon confrère avaient échoué.

Je jugeai cette homme perdu, n'ayant pas deux heures de vie ; c'était aussi l'avis de mon confrère qui penchait du côté de l'abstention en présence d'une situation aussi désastreuse. Moi-même je redoutais que le malade ne pût supporter le traumatisme de l'opération et la légère perte de sang qui pouvait l'accompagner.

Malgré ces conditions déplorables, j'osai entraîner mon confrère du côté de l'intervention immédiate, le malade n'ayant plus rien à perdre. Cet homme, assez courageux, avait toute sa connaissance ; il consentit sur ma demande, malgré les nausées, à avaler un demi-verre de vin, et je me hâtai de pratiquer l'opération.

Après incision des couches superficielles, je tombe sur une enveloppe grisâtre, dense, sèche, dont l'aspect me rappelle la hernie du cœcum de l'Obs. II ; cependant ce n'était pas la même coloration, et je m'assure que je ne suis pas encore dans la hernie : du reste, une incision superficielle ne donne pas de sang, c'est une enveloppe fibreuse ; j'incise et je trouve en dessous une masse épiploïque ; c'était un sac ancien ; je fouille cette masse, je rencontre deux cloisonnements incomplets qui brident la masse herniée, je les sectionne et toute ma tumeur épiploïque libre d'adhérence, s'étale dans la plaie : il n'y a pas d'intestin.

Je vais à la recherche de l'auneau, il est libre, large et, au grand scandale de mon confrère, je me refuse à débrider, lui assurant que l'étranglement devait être dans le sac et produit par des brides que j'avais rompues.

Je fis laisser l'épiploon dehors, je ne fis point de suture, une large plaque de caustique de pâte de Canquoin fut appliquée sur cet épiploon pour le détruire.

Le malade, à peine opéré, parut revivre. Tout se passa bien, sauf un abcès périphérique occasionné probablement par la cauterisation. Cet homme est guéri, il ne porte pas de bandage, il n'en a pas besoin.

Je noterai dans cette observation cet état général grave, cholériforme, dans un étranglement de hernie purement épiploïque ;

l'absence absolue de selles, bien que l'intestin ne fût ni lésé ni intéressé.

Enfin, l'étranglement produit uniquement par les cloisonnements incomplets du sac, lequel, tout en paraissant unique à l'extérieur, était intérieurement divisé en trois parties successives à séparations en partie détruites.

OBS. VII.—Le sieur D..., de Condrieu, 60 ans, proche parent d'un de mes confrères, avec lequel il était brouillé, vient me trouver porteur d'une hernie inguinale gauche, ancienne, mal contenue par un mauvais bandage; cette hernie est engouée ou étranglée depuis trente-six heures; toutefois, les symptômes d'obstruction sont peu prononcés.

Je tente le taxis sans succès, conseille le repos, la position: sangsues, onguent gris belladoné, pargatifs.

Le lendemain, me trouvant en consultation avec le confrère parent, je l'avertis de la situation grave de cette personne de sa famille.

Le malade, malgré ma recommandation, ne me fait pas appeler: je ne le revois pas et pense qu'il va mieux ou a reçu les soins de son parent, ce qui était vrai.

Six jours après, c'est-à-dire le huitième jour de l'étranglement, le confrère me fait prier de venir opérer son parent: cette fois c'est moi qui hésite, l'état est grave et l'étranglement, qui a huit jours, me laisse peu d'espoir de trouver un intestin réductible.

Toutefois la hernie étant inguinale et par cela comportant une résistance plus grande à la mortification, surtout lorsqu'elle est volumineuse, je me décide. Après dissection, à peine ai-je débridé l'anneau, que l'intestin qui me paraissait un peu flasque et d'une coloration douteuse, éclate sous l'action d'un flot de liquide intestinal qui afflue dans la tumeur.

J'ouvre alors largement, je fixe l'intestin à la plaie des parties molles par quatre points de suture, essayant de sauver la situation par la création d'un anus artificiel. La péritonite éclate, le malade succombe quarante-huit heures après.—*Lyon Médical.*

(A continuer).

Leçon sur les kystes dermoïdes; par M. Bernutz.— Dans le service de M. Bernutz se trouve, en ce moment, une malade opérée par lui, il y a environ un an, par le procédé des caustiques, d'un kyste dermoïde ovarien. La fistule, située

dans le flanc droit, donne toujours issue à une suppuration assez abondante. La cavité kystique se rétrécit très lentement. Aujourd'hui encore, après bien des péripéties, il faut engager l'index dans toute sa longueur pour en atteindre la paroi postérieure.

C'est à propos de cette malade qui, durant le cours de son long traitement, a plusieurs fois quitté l'hôpital pour retourner à son ménage, que l'éminent gynécologiste a fait une substantielle et très intéressante leçon, que nous allons, de notre mieux, nous efforcer de reproduire.

Jusqu'à ces derniers temps, les kystes dermoïdes avaient été confondus avec les vestiges de grossesses extra-utérines. Les progrès de la science moderne ont démontré qu'il fallait voir en eux les produits d'occlusions fœtales, effectuées durant le cours de la grossesse intra-utérine.

L'enveloppe de ces kystes est constituée par une coque fibreuse très épaisse.

Leur paroi interne est revêtue d'une membrane muqueuse incomplète. Cette particularité suffit pour rendre compte de la difficulté que l'on éprouve à en obtenir l'oblitération.

Dans la poche kystique on trouve : de la matière sébacée, des poils, des mèches de cheveux, des dents appartenant à la première et à la seconde dentition, des portions d'os, le plus souvent appartenant au maxillaire inférieur. Entre la matière grasse et la muqueuse on rencontre souvent une collection plus ou moins abondante de sérosité.

Ces kystes ont pour siège le plus habituel la région pelvienne. Mais on les trouve encore quelquefois à la région cervicale, au sourcil, à la fesse, preuve manifeste qu'il ne sont pas le fait d'une grossesse extra-utérine. De plus, on les rencontre aussi chez des filles sages. Leur fréquence est, en outre, aussi grande chez l'homme que chez la femme. Non moins que dans les kystes pelviens, on trouve, dans les kystes extérieurs, des dents, des poils et des débris de fœtus. On ne peut donc expliquer leur production que par une grossesse gémellaire et l'intromission d'un œuf dans un autre œuf, qui seul continue à se développer. La greffe se fait dans des endroits déterminés, là où la peau a laissé le plus longtemps persister un hiatus. Le produit avorte, devenu parasitaire, végète et croît avec l'âge : de là les dents de seconde dentition et les cheveux d'une certaine longueur.

Cette opinion d'une occlusion fœtale, acceptée par la plupart des gynécologistes, a trouvé un contradicteur dans M. Lebert. Ce savant, pour combattre cette manière de voir, s'est surtout fondé sur ce que l'on trouve dans ces kystes un trop grand

nombre de dents, pour n'appartenir qu'à un seul fœtus. Mais ce fait trouve son explication plausible en ce que les dents peuvent provenir aussi bien d'une seconde que d'une première dentition.

Ces kystes sont congénitaux. Lorsqu'ils siègent à l'intérieur du corps et qu'ils gênent les fonctions, ils ne sauraient passer inaperçus. Il n'en est pas de même quand ils se développent dans l'excavation. Quelquefois, alors, on en constate la présence, soit à propos d'une grossesse, soit à l'occasion d'une affection utérine qui porte la femme à demander les conseils du médecin.

Ces tumeurs siègent habituellement sur l'ovaire ou à son voisinage, vers la partie supérieure de l'un des ligaments larges. Elles finissent par proéminer dans la fosse iliaque. Si la greffe s'est faite dans le cul-de-sac rétro-utérin, la tumeur se trouve en arrière de l'organe gestateur. On pourrait croire à un hématoçèle; mais le processus symptomatique est si différent dans les deux cas, qu'il n'y a pas d'erreur diagnostique possible.

Les kystes dermoïdes restent longtemps indolents. Les excès de coït, un accouchement peuvent les faire passer à l'état inflammatoire. Alors se dessinent des caractères qui leur sont propres. Le palper, qui fournit une fluctuation peu nette, suffit cependant pour les différencier des tumeurs solides, fibreuses, cancéreuses.

Lorsque le kyste s'enflamme ou donne lieu à un travail inflammatoire circonvoisin, on pourrait croire à une péripéritonite suppurée. Mais l'acuité des accidents, la cause qui en a été le point de départ, ne permettent pas de confondre cette dernière affection avec la première.

Pour éclairer le diagnostic, on est quelquefois obligé de pratiquer une ponction exploratrice. Il faut toujours se garder de recourir à ce moyen tant que la tumeur n'est pas passée à l'état pathologique. Pendant tout le temps que le kyste est indolent, il convient de n'y pas toucher, de peur de provoquer une inflammation, qui pourrait être suivie de graves accidents. En pareil cas, le mieux est de ne pas s'en occuper, l'économie pouvant longtemps encore tolérer la présence de ce corps inerte.

S'il vient, au contraire, à se déclarer une fièvre purulente et à se former des abcès profonds, c'est alors seulement que le chirurgien est autorisé à intervenir.

Par excès de précaution, il convient de pratiquer tout d'abord une ponction capillaire exploratrice. A cet effet, il ne faut pas faire choix d'un trocart trop fin. C'est que le pus

mélangé de matière caséuse, ne sort qu'avec peine, goutte à goutte et en très petites proportions. Ce produit kystique est d'un gris verdâtre, oléagineux, caséux. Examiné au microscope, on y constate la présence de matières grasses, sébacées, et de petits poils roux; d'où le nom qui a été donné à ces sortes de kystes.

Quelque minime que soit la quantité du produit évacué, ses caractères sont tels, que le diagnostic est éclairé. Mais cette exploration, si inoffensive qu'elle paraisse, a suffi pour augmenter l'inflammation. De ce moment, une opération plus radicale est devenue nécessaire.

Si le kyste siège sur une partie extérieure du corps, il faut enlever sa coque dans sa totalité. Au front, par exemple, il est inséré sur le périoste. Il ne suffit pas d'enlever le plus possible de la tumeur, il faut recourir au râcloir, et ne rien laisser.

Des opérations analogues à l'ovariotomie ont été pratiquées avec succès pour l'ablation de kystes pelviens. C'est là un grave parti. Le plus souvent, en effet, le kyste a contracté, avec les parois abdominales, des adhérences qui ne permettent pas de l'isoler aisément. Pour ce qui est de ceux qui se sont développés dans le cul-de-sac rétro-utérin, il faudrait, pour en débarrasser les malades, plonger dans le sein du pelvis, et ces manœuvres ne sont ni faciles ni prudentes.

Serait-il plus convenable de recourir à des ponctions successives? Cette demi-mesure constitue un mauvais moyen. Le kyste se remplit vite, et le pus qui le distend épuise promptement les malades. Il est bien préférable d'évacuer le contenu de la tumeur et d'assurer à la suppuration un écoulement permanent. Dans cet objet, l'ouverture doit être pratiquée à la partie la plus déclive.

Si le kyste se trouve dans la fosse iliaque, il faut ouvrir au point le plus accessible de cette région, et se ménager une contre-ouverture, en passant par le vagin.

Mais cette indication n'est pas toujours facile à réaliser. Chez une de ses malades, M. Bernutz a essayé, à trois reprises, de faire sortir, par cette dernière voie, la pointe de son trocart. Autant de fois l'instrument est venu butter contre l'utérus. Il lui a fallu renoncer à ménager cette contre-ouverture. En pareils cas, on en est réduit à se contenter d'une large incision à la paroi abdominale.

Une particularité qu'on ne doit pas ignorer, c'est que les parois, très-épaisses, des kystes dermoïdes, sont pourvues d'un lacet artériel considérable. Une simple ponction n'est donc pas toujours une opération indifférente. M. Bernutz rappelle, à ce propos, un fait qui mérite d'être noté. Il a été, dans ces

derniers temps, appelé à Angers pour un cas de cette nature. En pratiquant la contre-ouverture vaginale, la pointe du trocart a rencontré une véritable couronne artérielle, siégeant sur la partie postérieure du kyste. Il en est résulté une hémorragie assez abondante, qui a nécessité l'emploi de trois pinces à artères de Péan.

Est-il besoin de le faire observer ? Lorsque le kyste n'a pas contracté d'adhérences avec les parois abdominales, il faut les déterminer avant de recourir au bistouri, en faisant une ou plusieurs applications de potasse caustique.

L'incision du kyste une fois pratiquée, il convient de l'évacuer. On peut se servir du doigt, pour enlever, sans violence, tout ce qu'il est possible. Comme il importe d'éviter les tiraillements, il faut se garder d'introduire à fois réitérées les doigts dans le kyste pour enlever la totalité de la matière cébacée. Mieux vaut recourir aux injections d'éther liquide, qui dissout et entraîne les matières grasses. Ces injections ne sont nullement douloureuses. Elles ne donnent lieu qu'à une sensation de froid qu'il est très-aisé de dissiper au moyen d'une injection d'eau tiède. Dans un dernier temps de l'opération, on doit aller à la recherche des dents, des cheveux pour les enlever.

Comme les parois internes du kyste sont revêtues d'une membrane muqueuse, qui n'a aucune tendance à adhérer, il est bon de savoir que la guérison est très-lente à se produire. Il faut souvent un an et plus avant que l'ouverture se ferme. Une fistule peut même se maintenir plus longtemps ouverte, et persister un temps indéfini. Son seul inconvénient est de donner lieu à un faible suintement, qui n'est, d'ailleurs, pour les malades, la source d'aucune gêne. Si, au moyen du doigt ou du stylet, on s'assure que le retrait du kyste n'est pas complet, il faut s'opposer à l'occlusion de l'ouverture, ce qui occasionnerait la rétention des matières avec toutes ses conséquences, en la maintenant libre, au moyen de corps dilatants. (*Revue de Thérapeutique.*)—*Le Bordeaux Médical.*

—

Sur le traitement du panaris. par le Dr CH. FERRANT.

Un homme atteint d'un panaris du pouce est exposé, tout au moins, à la perte de cet organe, pour avoir été trop pusillanime. Il n'a voulu autoriser aucune incision, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Aujourd'hui encore, on n'arrive à le toucher qu'avec la plus grande peine.

On ne se figure pas les malheurs qu'occasionnent les remèdes des populaires qui, dans toutes les classes de la société, ont

cours dans le traitement du panaris C'est à qui préconisera son spécifique. Qui ne connaît les cataplasmes de persil, la bouse de vache, le crottin de cheval, etc., etc.? On ne compte pas les doigts perdus chaque année par l'emploi de ces moyens héroïques!

Si c'était tout encore! On ne voit que trop souvent se développer, à la suite de ce traitement timide et insensé, le phlegmon de la main, du bras, une angioleucite profonde. Il n'est pas très rare que ces complications deviennent pour les malades une cause de mort.

Il n'y a qu'un traitement sûr de cette affection, prise à son début. C'est l'incision de la pulpe du doigt, qui doit être effectuée du quatrième au cinquième jour.

Chez ce malade, M. Desprès a pratiqué une première incision sur la pulpe du pouce. Le lendemain, il en a fait une seconde à la base de cet organe.

Il est à craindre que ces deux débridements soient insuffisants pour enrayer la marche ascendante des accidents. Il se peut faire malheureusement que l'inflammation se propage à la gaine des tendons fléchisseurs.

Dans ce cas, M. Desprès n'approuve pas la pratique des Boyer, des Dupuytren, des Velpeau, qui conseillaient l'incision hâtive. La plupart des auteurs considèrent encore comme formellement indiqué de recourir au bistouri, dès que la fluctuation se manifeste. Pour le chirurgien de l'hôpital Cochin, cette intervention précipitée est très mauvaise. Souvent il ne se produit qu'une fausse fluctuation. En allant à la recherche du pus, qui n'existe pas encore, vu qu'à une certaine période l'épanchement ne consiste qu'en une simple hypersécrétion séreuse, on déchire les tissus, on ouvre les gaines tendineuses, et l'on s'expose à de formidables accidents. Dans l'opinion de M. Desprès, rien ne presse de recourir à l'instrument tranchant. Pour lui, la rougeur et le gonflement ne sont que les indices d'une hypersécrétion, qui peut être sûrement réprimée par un moyen bien inoffensif. L'incision ne doit être employée que lorsque la fluctuation est bien nettement perçue, et alors que l'abstention n'est plus de saison. Plus d'une fois il a vu les funestes fruits des incisions intempestives. Elles n'ont pu aboutir à l'évacuation du pus, qui n'était pas encore formé. En revanche, l'ouverture des gaines tendineuses et les lésions qu'elles ont nécessitées ont eu pour résultat la production de fûsées purulentes, avec toutes leurs graves conséquences, pouvant aller jusqu'à la mort.

Aussitôt donc que l'on s'aperçoit que l'inflammation tend à envahir les gaines tendineuses, ce qui s'annonce par du gonfle-

ment, de la douleur et un peu de rougeur, il est d'une bonne pratique de s'abstenir de l'emploi du bistouri. Ce qui convient, c'est de recourir aux révulsifs. En pareils cas, M. Desprès, se trouve très bien d'appliquer sur cette partie un vésicatoire volant. Sous l'influence de ce moyen, il a souvent réussi en deux jours à enrayer la marche des accidents inflammatoires — (*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*)—*Le Bordeaux Médical.*

Hémorrhagies chez les diabétiques ; dénudation des artères.—Exostoses du sinus frontal.—Rétrécissement du rectum ; rectotomie.—M. Verneuil pratiqua, il y a quelque temps, chez un homme fort et vigoureux, l'ablation d'une énorme tumeur de la parotide ; cette tumeur, absolument indolente, ne détermina pas la moindre compression et paraissait de nature bénigne. Néanmoins, l'opération avait été différée parce que le malade annonçait qu'il s'était aperçu, peu de temps auparavant qu'il était diabétique. Cependant l'examen des urines ne laissant pas voir de sucre, l'opération fut pratiquée sans accident sérieux. Or, le lendemain, on trouva du sucre dans les urines.

Une circonstance permettait de soupçonner le diabète même pendant l'opération ; c'est qu'à la première incision, il s'écoula de la peau une rosée sanguine prolongée, phénomène qui se produit souvent chez les diabétiques et qui constitue ce que M. Verneuil appelle l'hémorrhagie primitive prolongée. Aussi faut-il éviter les incisions chez les diabétiques. Dans la journée, le pansement fut imbibé de sang, mais l'hémorrhagie fut rapidement arrêtée.

Le surlendemain, les urines étaient chargées d'une énorme quantité d'urates ; elles se sont clarifiées depuis, mais on n'a pu y retrouver de sucre. Malgré cette intermittence dans l'apparition du sucre, on devait craindre toutes les complications du diabète. Et, en effet, le quatrième jour survint un érysipèle, et ce même jour, il se produisit une petite hémorrhagie artérielle. A partir de ce moment, de petites hémorrhagies eurent lieu tous les jours, même après la guérison de l'érysipèle. En enlevant le pansement, M. Verneuil vit un jour un jet de sang sortir de la carotide primitive, qui avait été mise à nu par l'opération. Une ligature fut placée au-dessus et au-dessous du point ulcéré, mais le malade épuisé mourut dans la journée.

Une première condition mauvaise résultait chez ce malade de l'état diabétique, au point de vue des autres complications

Mais parmi les hémorrhagies, la plus grave s'est faite par une perforation de la carotide. Or comment s'est faite cette perforation? Il arrive souvent, en effet, que, dans la dissection de certaines tumeurs, on dénude une artère; dans ce cas, il peut arriver deux choses tout opposées: ou la plaie guérira sans la moindre tendance à l'hémorrhagie, ou, au contraire, il se produira une perforation de l'artère. Pour sa part, M. Verneuil dit n'avoir vu se produire que trois fois cet accident dans le grand nombre d'opérations où il a dû dénuder des artères. Or, dans ces cas malheureux, il y a eu de la fièvre. Voici, d'ailleurs, l'explication du fait: quand les choses marchent régulièrement, il se forme rapidement sur l'artère dénudée une couche granuleuse qui la protège et empêche sa rupture. Si, au contraire, les circonstances sont défavorables, si la fièvre survient, cette couche granuleuse se mortifie et la couche conjonctive de l'artère prolifère; mais c'est aux dépens des autres couches, qui s'affaiblissent, ce qui rend la paroi artérielle insuffisante. C'est en raison de ce phénomène que ces genres d'hémorrhagies ne sont à craindre que s'il se produit de la fièvre; c'est alors que le danger arrive. Or, c'est ce qui était arrivé chez ce malade, chez lequel un érysipèle grave était survenu, entraînant avec lui une fièvre intense.

M. Verneuil rapporte ensuite un autre fait, observé récemment par lui, qui peut être rapproché de celui-ci. Un homme qui s'était fait une plaie insignifiante du doigt, est atteint, peu de jours après, d'un phlegmon considérable; une incision superficielle est faite, et, plusieurs jours après, il se produit une hémorrhagie à laquelle succède un anévrysmes. Dans ce cas, l'artère ayant été dénudée, il s'était formé une ulcération consécutive. On apprend alors que ce malade était diabétique, ce qui expliquait la gravité des accidents chez lui. De plus, on peut conclure que lorsque chez un de ces malades une artère se trouve dénudée, on a tout avantage à en faire la ligature immédiatement.

—M. Verneuil a pu montrer à ses élèves un malade atteint d'une affection rare et chez lequel une opération, faite depuis longtemps, s'est complétée spontanément d'une manière très-remarquable. Il s'agissait d'un gonflement considérable de la région frontale produit par une exostose du sinus de cette région. Ces exostoses ont une dureté extrême et sont tout à fait éburnées. Un point intéressant de leur histoire, c'est que lorsqu'elles sont petites, elles flottent dans la cavité muqueuse; elles forment alors de petits grains durs qui augmentent peu à peu de volume et finissent alors par distendre les os voisins et les refouler: elles sont, à ce moment, tellement étroitement

accolées à ces os qu'elles semblent se confondre avec eux. Aussi a-t-on pu considérer ces productions, tantôt comme se développant aux dépens des os voisins, tantôt comme en étant complètement indépendantes. Lorsque M. Verneuil opéra son malade, après avoir enlevé une partie de la tumeur avec la gouge et le marteau, il tomba dans un tissu spongieux qui lui fit supposer qu'il était sur la paroi du sinus. Cependant le malade fut soulagé, mais ne guérit pas. La plaie continua à suppurer pendant plusieurs années, et tout récemment il s'en est détaché un gros fragment osseux plus volumineux que celui qui avait été enlevé par l'opération. Ce fragment détaché était la preuve que l'opération était incomplète, et qu'au lieu d'arriver sur la paroi du sinus, on était arrivé au milieu de la tumeur. De plus, s'il s'était détaché spontanément, c'est que la tumeur était simplement enchatonnée dans le sinus et ne faisait pas corps avec les os voisins comme on supposait jusqu'ici que cela pouvait être, car dans ces conditions, cette séparation spontanée n'aurait jamais pu se faire. Enfin, un fait bien remarquable, est que, depuis sept années, il y ait eu dans cette région, un foyer de suppuration avec corps étranger volumineux, sans qu'on n'ait jamais observé d'accidents cérébraux.

—Une femme était entrée, pour la première fois à l'hôpital, il y a quatre ans, avec une cachexie syphilitique des plus accusées, de l'ecthyma, un syphilum ano-rectal avec rétrécissement, qui laissait passer à peine une sonde de femme et une fistule recto-vaginale. Le rétrécissement du rectum surtout déterminait des accidents très-graves; mais la malade était dans un tel état que l'on reculait devant une opération. Néanmoins M. Verneuil lui fit la rectotomie, ce qui la soulagea considérablement. Le cours des matières se rétablit, puis un traitement approprié ayant été institué, l'état général s'améliora, et la malade recouvra en partie la santé. Elle sortit de l'hôpital momentanément guérie. Elle y rentra récemment avec une hémiplegie probablement d'origine syphilitique. Mais ce qu'il y a de remarquable chez elle, c'est que le rétrécissement du rectum s'est reproduit à peu près aussi étroit qu'auparavant, mais que néanmoins il n'amène plus les mêmes accidents qu'autrefois. M. Verneuil insiste sur ce fait, qu'il arrive souvent après que le rétrécissement du rectum a été incisé une première fois, que ce rétrécissement se reproduit, mais sans avoir les mêmes inconvénients qu'auparavant. Aussi est ce une bonne opération, qu'il ne faut pas hésiter à faire, même chez des cancéreux atteints de rétrécissement du rectum, car on les soulage ainsi considérablement.—P. L.-C.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Opération du bec-de-lièvre. — Anesthésie par le chloral, suivant la méthode du docteur Bouchut.— M. le docteur des Chenais nous communique une intéressante observation déjà rapportée par lui dans la *Gazette des hôpitaux* et relative à une opération du bec-de-lièvre faite avec le secours du chloral comme anesthésique.

Le jeune X..., garçon de six ans, bien développé et fort pour son âge, est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral du côté droit. Il existait en même temps des vices de conformation du maxillaire, mais tellement prononcés qu'il fallait renoncer à y remédier et agir comme si l'on se trouvait en présence d'un bec-de-lièvre simple.

Sur le conseil de notre maître, le docteur Bouchut, nous avons employé pour cette opération la méthode anesthésique par le chloral.

Le 25 mars dernier, à sept heures et demie du matin, nous avons fait prendre à l'enfant, à jeun, -)ii et grs. v de chloral dans ℥iii de julep-gommeux.

L'enfant a pris sa potion sans répugnance et en une seule fois. Vingt minutes après il commença à dormir. Son pouls était calme et son sommeil très-naturel.

Une heure après nous le fîmes transporter sur la table où nous devions l'opérer. L'enfant, en y arrivant, ouvrit les yeux comme réveillé en sursaut et nous regarda d'un air étonné.

C'était la première fois que j'employais ce mode d'anesthésie, et je dus cacher aux assistants l'ennui que j'éprouvai à la vue de ce premier résultat. Devais-je administrer le chloroforme pour ramener le sommeil? On sait que, dans l'organisme, le chloral se dédouble en chloroforme et en formiate alcalin. Pourquoi l'enfant ne dormait-il pas? C'est que la quantité de chloroforme produite par le dédoublement du chloral était insuffisante. Je pouvais donc directement ajouter une nouvelle dose de chloroforme pour obtenir tout l'effet désiré.

Je n'eus pas besoin cependant de recourir à ce dernier moyen. L'enfant referma presque aussitôt les yeux en gémissant. Je lui pinçai les joues, il fit quelques petites grimaces, toujours en gémissant, mais ne se réveilla pas.

J'avais trois aides, tous étrangers à la médecine, mais je pouvais compter sur leur intelligence et leur sang-froid. Je recommandai à deux de bien tenir l'enfant tandis que l'autre épongerait le sang et je commençai l'avivement des bords de la lèvre en me servant du bistouri et des ciseaux.

Dès les premiers coups de bistouri l'enfant se remit à se plaindre, même à crier, et à faire quelques mouvements des membres et de la tête. Un de mes aides tenait les bras, un autre

fixa la tête entre ses mains. L'opération dura environ une demi-heure. A aucun moment l'enfant ne se réveilla, bien qu'une fois il ouvrit de nouveau les yeux et me regarda d'un air indifférent, puis il les referma sans paraître m'avoir remarqué. Il était évidemment dans un sommeil profond, mais sentait qu'on le tracassait et souffrait; ses cris étaient autant l'effet du trouble que nous causions à son sommeil que de la douleur qu'il pouvait éprouver. Si je lui dérangeais la tête de place, si je lui touchais la joue, ou si je l'opérais, la sensation était peu modifiée pour lui, et il y répondait par des gémissements.

Vu la disposition de son bec-de-lièvre, je préfèrai la suture entrecoupée avec des fils d'argent séparés à l'entortillée plus classique. Or, à chaque piqûre de l'aiguille, ses lamentations exprimèrent une sensibilité plus grande qu'à tout autre moment de l'opération.

Une fois tout fini, l'enfant gémit encore pendant dix minutes, mais toujours sans se réveiller; puis redevint tout à fait calme. Pendant l'opération, et peut-être aussi après, du sang avait coulé jusque dans l'estomac. Deux fois l'enfant s'assit tout seul sur son lit et vomit ce sang, sans ouvrir les yeux, sans se réveiller et, chose intéressante, avec la même facilité que s'il n'eût pas été endormi.

A midi et quelques minutes, c'est-à-dire quatre heures et demie après avoir pris sa potion, il se réveilla. Sa mère lui donna un peu de café, il était calme. Deux fois dans l'après-midi il vomit des matières glaireuses et une fois bilieuses. Le chloral avait produit un peu d'irritation dans l'estomac: ce fut tout.

Depuis, l'enfant s'est parfaitement porté. Dès le lendemain, très-bon appétit et digestions excellentes. Pas un mouvement de fièvre.

Il ne se souvient absolument de rien, ni de son opération, ni de ceux qui étaient présents, quelles que soient les questions que sa mère ou d'autres lui aient faites à ce sujet.

J'ai pensé utile d'entrer dans tous les détails qui précèdent, car ce résultat me semble très-encourageant dans la chirurgie infantile, surtout pour les opérations du visage, et quand on manque d'aides-médecins comme il arrive si souvent à la campagne.

Une réflexion pour finir. Si j'avais purgé l'enfant la veille de l'opération: 1^o le chloral eût été absorbé plus promptement et n'aurait pas causé cette irritation légère de l'estomac; 2^o l'absorption ayant été plus rapide, le dédoublement du chloral eût été plus prompt et l'anesthésie plus profonde.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Ligature de l'artère carotide primitive; guérison.

—M. Dénucé lit l'observation d'un malade auquel il a été amené à faire la ligature de la carotide primitive. Il s'agissait d'une otite externe suivie d'un phlegmon de la région; il y eut d'abord une hémorrhagie primitive de la région temporale facile à réprimer; mais au bout de dix-huit jours une hémorrhagie secondaire considérable se produisit. La tumeur phlegmoneuse était tout entière changée en une vaste poche remplie de sang, et celui-ci s'échappait en jets artériels par les diverses ouvertures qui avaient été pratiquées. La compression, aidée du perchlorure de fer, fut d'abord faite, mais au bout de quelques jours ces moyens avaient amenés une recrudescence du phlegmon qui envahissait toutes les régions voisines. Le malade étant exsangue, M. Dénucé se décida à pratiquer la ligature de la carotide primitive à sa partie inférieure, à cause de l'état d'empâtement où se trouvait la partie supérieure du cou. Le malade ne perdit pas de sang, et la ligature fut faite progressivement et non brusquement; il n'y eut à aucun moment, aucun phénomène de coma, de vertige ou de paralysie. Le fil de la ligature se détacha le vingt-unième jour, et cinq jours après, le malade était complètement guéri.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des ulcères scrofuleux par le sulfure de carbone.—Le docteur Obissier fait panser les ulcères scrofuleux avec un mélange de :

Sulfure de carbone	̄ss.
Iode.....	̄vi.
Essence de menthe.....	4 gouttes.

L'addition de l'iode et de l'essence de menthe au sulfure de carbone a l'avantage d'en masquer l'odeur qui rendrait impossible son emploi en pansement. Sous l'action du sulfure de carbone les ulcères guérissent très-vite, et le docteur Obissier a déjà publié un grand nombre d'observations favorables à ce mode de traitement qui peut s'appliquer à tous les scrofulides. (*Gazetta medica ital. delle provincie venete.*)—*Lyon Médical.*

Prescriptions et Formules.

GARGARISME RUSSE (*Angines aiguës et chroniques*).

Acide phénique.....	ζss.
Tannin.....	ζss.
Alcool	ζii.
Fau distillée.....	ζiv.

Ce gargarisme est fort employé en Russie et dans la colonie étrangère Russe à Nice. Il rend de grands services au début des angines aiguës comme substitutif et dans toutes les irritations chroniques de la gorge. On s'en sert de la manière suivante : *une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau, une fois par jour.* (*Nice-Médical.*)

LYMPHANGITE SUBAIGUË. EPIDIDYMITÉ (*Chéron*).

Extrait de digitale.....)-iiss.
Vin blanc $\frac{1}{2}$ cuillerée pour dissoudre.	
Axonge.....	ζi.

F. S. A. une pommade.

En frictions matin et soir avec gros comme une noisette.

MIGRAINE (*G. Séc.*)

Salicylate de soude	ζss.
à 7 heures du matin.	
Et deux drachmes à 11 heures.	

Si ces deux doses ne suffisent pas à enrayer l'accès, on prend encore deux drachmes vers 4 heures du soir.

D'ordinaire le soulagement est prompt.

Le traitement de la fièvre puerpérale, par James GLOVER.—1^o Toutes les trois ou quatre heures le mélange suivant :

Quinine.....	2 grains.
Teinture de fer.....	10 minimes.
(Perchl, de fer plus de l'alcool)	
Esprit de chloroforme.....	10 minimes.
Sirop.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
Eau distillée.....	une once.

que l'on peut modifier de la manière suivante :

Sulfate de quinine.....	grs xvi.
Perchlorure de fer liquide.....	20 goutes.
Eau-de-vie ou rhum.....	3v.
Sirop de chlorof. de Dorvault.....	ʒiiss.
Eau.....	ʒiiii.

à prendre dans les 24 heures, à deux cuillerées à bouche toutes les trois ou quatre heures.

2^o Une pilule d'un demi-grain d'opium (0,03 environ) toutes les trois, quatre, six ou huit heures.

L'auteur repousse l'ipéca comme nauséux, le calomel comme irritant intestinal.

3^o Large cataplasme laudanisé sur le ventre renouvelé toutes les trois ou quatre heures.

4^o Injections vaginales, au moins deux fois par jour d'eau chaude additionnées de liqueur de Condy (solution de permanganate de potasse).

Régime : Thé de bœuf ou bouillon de poulet, brandy et arrow-root. (*The Lancet.*)—*Lyon Médical.*

Traitements de l'incontinence d'urine nocturne des enfants; par le docteur E. ORY. — L'incontinence d'urine nocturne intermittente reconnaît généralement pour cause l'atonie du col vésical avec spasme de la vessie et souvent une hyperesthésie de l'orifice urétral.

Le traitement moral, la crainte, sont bien souvent impuissants. Parmi les médications le plus utilement employées, nous rappellerons les suivantes :

L'eau froide, en bains, douches, affusions, générales ou locales, le régime tonique, les préparations de quinquina et de gentiane.

Chambiers a obtenu des guérisons en cautérisant avec le nitrate d'argent le méat urinaire chez les petites filles.

Bouchut recommande, dans les cas d'hyperesthésie de l'orifice urétral, l'administration de 3 à 4 grammes de bromure de potassium. L'excitation du col de la vessie au moyen d'une petite sonde deux fois par jour.

Mondière prescrit de la poudre de noix vomique :

Extrait de noix vomique.....	...	grs viii.
Oxyde noir de fer.....		ʒi.

Faites 24 pillules. A prendre 3 de ces pilules par jour.

On emploie utilement la mixture suivante :

Teinture de cantharides.....		-)iv.
Sirop de cannelle.....	}	iv.
Sirop de gomme.....		

M. Le soir en se couchant administrer la valeur d'une cuillerée à café au début.

Trousseau prescrivait de faire des frictions sur le périnée avec la pommade suivante :

Axonge ou glycérine.....	ʒv.
Extrait alcool de belladone.....	ʒiiss.

ou introduire le suppositoire suivant :

Beurre de cacao.....		-)iv.
Extrait de belladone		gr i.

Placer sur le périnée des sachets de sable chaud.

Faure a conseillé les prises ainsi composées :

Sous-carbonate de fer.....	grs iii.
Extrait de belladone.....	}	gr ss.
Noix vomique pulvérisée.....		

pour une prise. Une chaque jour pendant huit jours.

Keunard dit avoir vu des guérisons rapides à la suite de l'emploi de frictions avec :

Sulphate de morphine.....	}	grs ix.
Vératrine.....		
Axonge.....		ʒi.

Grisolle conseillait d'administrer chaque jour des bains tièdes froids, de priver de boisson au repas du soir, et de faire prendre 1 à 3 des pilules ainsi composées :

Extrait de noix vomique	grs iv.
Oxyde noir de fer	-)-iiss.
Poudre de quassia.....	-)-iiss.

M. pour 20 pilules.

La poudre d'ergot de seigle entre dans l'électuaire composé de Millet ; on peut utilement en conseiller l'emploi.

Chabrely a préconisé un opiat balsamique ainsi formulé :

Baume styrax purifié.....	ʒiiss.
Baume du Pérou	ʒiiss.
Miel blanc.....	ʒiii.
Gomme arabique pulvérisée.....	-)-iv.

M. On donnera une cuillère à café matin et soir.

Rappelons enfin l'usage des anneaux compresseurs, l'application du collodion sur l'orifice du prépuce, l'opération du phimosis chez les enfants qui ont un prépuce trop long. — *Le Bordeaux Médical*.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1878.

Comité de Rédaction :

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

Le Bureau de Santé.

Un des caractères qui distinguent la science médicale en notre ville, est la substitution, partout où cela est possible, de la prophylaxie à la thérapeutique ; et cela se comprend d'autant mieux qu'il faut admettre que le médecin de la santé est infiniment plus utile et plus souvent utile que le médecin de la maladie. L'avenir de la médecine est peut-être tout là. Atténuer le nombre et la force des maladies par le perfectionnement de la santé publique, par la réparation directe de la nature au moyen de l'hygiène, voilà le programme qu'elle semble adopter de plus en plus partout où la science rencontre l'appui raisonné et raisonnable de l'intelligence et de l'autorité.

C'est là la réflexion toute vraie et toute naturelle que nous fait faire une étude tant soit peu sérieuse de ce qui se passe.... à l'étranger.

Depuis 1851 surtout, la France a organisé un système de police sanitaire dont les résultats avantageux n'ont pas tardé à se faire sentir. Des conseils d'hygiène publique et de salubrité dans tous les arrondissements, des commissions sanitaires aux chefs-lieux de canton, les uns et les autres reliés à des conseils départementaux, et ceux-ci enfin correspondant avec le comité consultatif supérieur, voilà une légère idée de l'organisation sanitaire de la France, telle que faite pour l'avenir.

L'Angleterre possède deux sociétés hygiéniques importantes qui ont un contrôle puissant sur la maladie et les moyens d'en prévenir les trop grands ravages : le "Register's Office" et le "General Board of Health." La première rassemble les matériaux d'une vaste statistique médicale et en fait le dépouillement. La dernière établie en 1848 par un acte du parlement,

est le pouvoir exécutif. Ainsi, s'il arrive que dans une ville le chiffre de décès dépasse 23 sur 1000, aussitôt elle procède à une enquête sérieuse et prescrit des mesures énergiques que le parlement sanctionne toujours sans hésiter.

La Belgique en 1836, et la Sardaigne en 1847 ont adopté un système semblable à celui de la France. L'Allemagne et les États-Unis font un travail immense dans le même but de diminuer les maladies par l'énergie des forces vitales.

Il y a une dizaine d'années le gouvernement autrichien fit dresser une carte sanitaire de l'empire y compris le territoire de l'Italie septentrionale. Elle a pour but de marquer les différents degrés de salubrité du sol. D'un coup d'œil on peut y lire tout ce que son titre promet d'y chercher. L'étendue comme les frontières des lieux salubres, de ceux qui le sont peu et de ceux qui ne le sont pas, y sont tracées avec la netteté qui distingue les travaux graphiques les plus remarquables.

A Liverpool le médecin inspecteur de la santé ne reçoit pas moins de 50,000 francs d'appointement. Dans cette même ville la taxe spéciale connue sous le nom d'impôt de santé, s'est élevée jusqu'à 5 pour 100 du prix du loyer.

Il n'y a qu'un seul fait à constater : c'est que partout la science et l'autorité se donnent la main, et travaillent animées d'un même sentiment philanthropique qui est celui de la conservation de la société.

Et nous, à Montréal, comme dans tous les grands centres de notre Canada, que faisons-nous pour procurer au peuple le confortable qui lui manque, la santé qui lui échappe, pour arrêter enfin la maladie qui envahit sans cesse? Rien, absolument rien. Nous nous confions tout entiers à la richesse de notre nature, à l'abondance de nos forêts, à la grandeur de nos lacs et de nos rivières, à la poésie de tous nos sites, convaincus qu'avec tout cela la santé doit triompher..... Et cependant la maladie sous toutes ses formes a établi sa demeure dans notre cité de Montréal et y règne en maîtresse. Rien de surprenant qu'il en soit ainsi. Voyons ce qui s'est passé. Il y a deux ans notre première autorité civile (que nous respectons d'ailleurs et qui vient de se donner un titre de plus à notre estime) rentrant dans ses hautes fonctions, débutait par une proclamation solennelle, où l'abolition du Bureau de Santé était demandée dans un but économique et... sanitaire. La chose n'eut pas lieu immédiatement. Néanmoins depuis lors un travail s'est fait dans ce sens, qui a amené pour résultat la fameuse résolution qui vient d'être votée avec une majorité à notre conseil de ville, et qui décrète la mort du seul comité sanitaire que nous possédions. Tels sont les faits. Rien de plus pénible à

qu'elle affermit le monarque sur son trône, parce que la force des gouvernements leur vient bien plus du confortable des peuples que de la perfection de leur organisation. Aussi donne-t-elle toute la plus grande latitude aux institutions sanitaires, convaincue qu'elle est qu'il ne peut y avoir de résultats pratiques satisfaisants sans la réunion du savoir et de l'initiative, de la compétence et de l'autorité.

Nous demandons à l'autorité de ne pas s'arrêter à sa seule expérience, qui comme toute expérience personnelle est insuffisante et aveugle, qu'elle jette les yeux sur le monde entier, qu'elle regarde l'Angleterre, qu'elle lui demande conseil, et nous sommes sûr que le conseil qu'elle recevra d'elle sera une sévère condamnation de ce qu'elle vient de faire. Et alors l'hygiène triomphera, l'hygiène qui ne prétend pas enseigner à chacun de vivre plus que sa vie, mais au moins toute sa vie, ce qui n'arrive pas toujours, quand on méprise ses lois.

Mgr. Conroy.

Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort prématurée de Monseigneur Conroy, le Délégué Apostolique, survenue dimanche le 4 août, à St. Jean, Nouveau-Brunswick, Son Excellence a succombé à une pneumonie. On se rappelle sans doute les grands services que Monseigneur a rendus à la profession médicale et bien qu'il laisse son œuvre inachevée nous savons au moins apprécier ce qu'il a fait et ne saurions douter que l'impulsion qu'il a donné à la profession produira les bons résultats qu'il en espérait.

Condoléances.

A une réunion des médecins du district de St. Hyacinthe, présents aux funérailles de M. le Dr Magloire Turcot, M. le Dr W. French, fut nommé président, et M. le Dr Frédéric Despars, secrétaire

Proposé par M. le Dr Bernier, S. Pie, secondé par M. le Dr H. French: Que les médecins du district de St. Hyacinthe ont appris avec chagrin la mort soudaine et prématurée de leur distingué confrère Magloire Turcot, Ecr., M. D —Adopté.

Proposé par M. le Dr St. Jacques, secondé par M. le Dr Cha-

gnon, St. Pie : Que par son urbanité, son contact médical, son dévouement à sa profession, ses grandes connaissances pratiques, les succès brillants qu'il a remportés, M. le Dr Turcot a bien mérité de la profession médicale et a droit à ses regrets.
—Adopté

Proposé par M. le Dr St. Germain, secondé par M. le Dr Bernier : Que cette assemblée croirait manquer aux devoirs de la confraternité si elle n'offrait à la famille du regretté et honorable confrère ainsi qu'à la cité de St. Hyacinthe dont il fut un des membres les plus distingués et les plus intègres, ses vives sympathies et ses sincères condoléances pour la perte qu'elles viennent de subir.—Adopté.

Proposé par M. le Dr Chagnon, secondé par M. le Dr Tanguay : Que comme marque de regret et de sympathie, les membres de cette assemblée portent le deuil pendant un mois.
—Adopté.

Proposé par M. le Dr Tanguay, secondé par M. le Dr Trudeau, chirurgien-dentiste : Que le secrétaire soit prié de transmettre une copie des précédentes résolutions à la famille du défunt, à l'*Union Médicale* de Montréal, et à la presse de St. Hyacinthe.—Adopté.

WM. FRENCH, M. D., Président.

P. FRÉDÉRIC DESPARS, M. D., Secrétaire.

VARIÉTÉS

L'étude de la médecine en France.—Les conditions à remplir pour obtenir le diplôme de docteur en médecine viennent d'être modifiées ainsi qu'il suit :

Art. 1er.—Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années ; elles peuvent être faites, pendant les trois premières années, soit dans les Facultés, soit dans les Ecoles de plein exercice, soit dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une Faculté ou une Ecole de plein exercice.

Art. 2.—Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent leur première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. Les

deuxième, troisième et cinquième examens sont divisés en deux parties.

Les examens de fin d'année sont supprimés.

Art. 3.—Les cinq examens portent sur les objets suivants :

Premier examen.—Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

Deuxième examen.—Première partie : Anatomie et histologie.—Deuxième partie : Physiologie.

Troisième examen.—Première partie : Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire.—Deuxième partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen.—Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen.—Première partie : Clinique externe et obstétricale.—Deuxième partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse.—Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

Art. 4.—Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième, la première partie du deuxième examen, après la dixième inscription et avant la douzième et la seconde partie de cet examen, après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études.

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Art. 5.—Les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées au précédent article ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième partie) avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Art. 6.—Les inscriptions d'officier de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat, pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins.

Art. 7.—Les travaux pratiques de laboratoire, de dissection et le stage près des hôpitaux sont obligatoires.

Chaque période annuelle des travaux de laboratoire et de dissection comprend un semestre.

Le stage près des hôpitaux ne peut durer moins de deux ans.

Art. 8.—Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

16 inscriptions à 32 fr. 50 c., y compris le droit de bibliothèque.....	520
8 examens en épreuves à 30 fr.....	240
8 certificats d'aptitude à 25 fr.....	200
Frais matériels de travaux pratiques (première année, 60 fr. ; — deuxième année, 40 fr. ; — troisième année, 40 fr. ; — quatrième année, 20 fr.) soit	160
Thèse	100
Certificat d'aptitude.....	40
Diplôme	100
Total.....	1360

Art. 11. — Le présent décret recevra son exécution à partir du 1er novembre 1879.

Les aspirants inscrits avant cette époque pourront choisir entre le nouveau mode d'examens et le mode antérieur. S'ils optent pour le mode nouveau, ils devront, dans tous les cas, subir toutes les épreuves établies par l'article 3 ci-dessus.

Le présent décret restera seul en vigueur à partir du 1er novembre 1885. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

NAISSANCES.

Au St. Esprit, le 18 courant, la dame de Victorin-Joseph-Elzéar Brouillet, Ecr., M. D. V., une fille.

A Ste. Flore, le 1er août, la dame du Dr Edouard Ferrou, une fille.

DÉCÈS.

A Ste. Anne du Bout-de-l'Île, le 14 juillet 1878, à l'âge de 4 mois, Sara Graziella, enfant de G. Madore, M. D.

A Ste. Flore, le 1er août, Marie-Anne, enfant du Dr Edouard Ferron.