

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine;

Par A. A. FOUCHER, M.D.,

Professeur à l'Université Laval, Montréal, Oculiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Il y a quelques années, George Wilson, professeur de technologie à l'Université d'Edimbourg, signalait à l'attention du public le fait que des accidents sérieux pouvaient être occasionnés par l'emploi de personnes aveugles pour les couleurs, dans les chemins de fer et la marine et généralement dans toutes les fonctions où il faut obéir à des signaux colorés. Il avait été conduit à formuler cette opinion en constatant les méprises que commettaient les élèves de son laboratoire en jugeant des couleurs des précipités chimiques. Une statistique qu'il fit alors sur 1,154 personnes, lui fit constater, que sur ce nombre, 65 étaient viciées, c'est-à-dire 5.6 % ou 1 sur 17.7. Dès lors, les dangers qui menacent les communications et les malheurs résultant des méprises de personnes viciées, au sujet des signaux colorés, ont été clairement compris, nettement exprimés; les mesures à prendre pour y remédier ont été expressément proposées.

Des réformes importantes, pour affermir la sécurité publique à cet égard, ont été accomplies en Angleterre puis dans les principaux pays de l'Europe. Ces réformes ont été justifiées par l'incontestable importance de la cause en question et ensuite par les moyens rapides et étendus de communication à notre époque.

Cependant, il faut le dire, ces sages mesures n'ont pas été acceptées partout avec le même empressement. On s'est imaginé quelque part que la fréquence de la cécité pour les couleurs avait été exagérée. La réponse à cette objection a été faite depuis longtemps et les données sur lesquelles elle repose sont de nature à lever tout doute à ce sujet. Le Dr Fabre de Lyon a examiné, en 1864, 1,196 personnes; sur ce nombre, 13 étaient aveugles pour le rouge, 1 pour le vert, soit 1.17%. En 1872, il examina 728 employés de chemin de fer parmi lesquels il découvrit 42 cas de cécité pour les couleurs. Un autre examen fut en 1875 sur 1,050 hommes âgés de 18 à 30 lui fit découvrir 98 viciés, soit 9.33%. Le Dr Férès, médecin major de la marine, a examiné 501 marins parmi lesquels il a trouvé 41 individus plus ou moins affectés d'anomalies dans la perception des couleurs, soit une proportion de 8.18%. Holmgren, professeur à l'Université d'Upsal, a examiné, en 1876, 2,220 hommes appartenant à un régiment d'infanterie, sur ce nombre il en trouva 11 qui ne percevaient pas le rouge, 17 aveugles pour le vert, 32 qui étaient incomplètement viciés. Il y avait en tout 60 viciés, c'est-à-dire 2.7%. Un autre examen ayant été fait sur un régiment d'artillerie de 100 hommes, il trouva 4 viciés. Un autre examen de 266 personnes lui fit découvrir 13 viciés, c'est-à-dire 4.8%. En

Finlande, le Dr Krohn a examiné le personnel attaché aux chemins de fer de son pays; il a trouvé, parmi 1,200 personnes examinées, 60 viciés, c'est-à-dire 5 %. Ces chiffres, que nous pourrions multiplier davantage, démontrent clairement qu'il y a en moyenne de 4 à 6 % de personnes incapables de distinguer les couleurs. Cette proportion reste la même pour les employés de chemin de fer et ceux en général qui ont à obéir à des signaux colorés.

Y a-t-il un danger pour la sécurité publique? Cela ne fait de doute pour personne, surtout si on remarque que la cécité des couleurs porte de préférence sur la couleur rouge et verte. En effet, ces deux couleurs sont les plus importantes parmi celles qui sont employées comme signaux: le rouge signifie danger, le vert, attention. S'il y a danger d'employer sur les chemins de fer et dans la navigation des hommes ayant une vue avariée, a-t-on l'assurance que les compagnies de chemin de fer et de navigation prennent les moyens nécessaires de remédier à ce danger? Les recherches qui ont été faites à ce sujet, quoiqu'incomplètes, nous permettent d'affirmer le contraire. L'examen de la vue des marins et des machinistes de chemin de fer n'est pas fait du tout, ou il est fait d'une façon incomplète. Les compagnies qui confient à un officier supérieur, non médecin, la tâche délicate d'examiner la vue des ingénieurs se font illusion sur la compétence de cet examinateur. Cette pratique est dangereuse pour plusieurs raisons:

1^o Celui qui réellement est aveugle pour les couleurs, ou certain couleur, peut passer inaperçu; alors cet individu deviendra d'autant plus dangereux qu'on lui aura déclaré officiellement qu'il a une vue exacte.

2^o Des personnes ayant un sens normal des couleurs peuvent être déclarées viciées et exclues injustement du service.

3^o L'examen de la vue ne doit pas porter seulement sur la perception des couleurs, il y a d'autres défauts de la vue qui doivent exclure du service des chemins de fer et de la marine. Ces différents examens exigent de la part du médecin des connaissances variées et exactes sur toutes les branches de l'ophtalmologie. Le maniement de l'ophtal moscope, la théorie des couleurs, les lois de la réfraction appliquées à l'œil doivent lui être familières.

Ce ne sont pas tous les médecins qui peuvent répondre à ces exigences, encore bien moins les personnes qui n'ont aucune notion de la physiologie et de la pathologie oculaire.

Nous en avons la preuve dans la manière dérisoire dont se font les examens de la vue des employés de quelques-unes de nos compagnies de chemins de fer. Ces examens, dans toute leur sévérité, consistent à mettre le candidat en épreuve à une certaine distance d'une planche colorée et à s'enquérir s'il distingue ou non les couleurs rouge, verte ou blanche employées ordinairement comme signaux. On nous a assuré que ce semblant d'examen n'était même pas toujours de rigueur.

Cette manière de procéder est incomplète et dangereuse. Le diagnostic de l'achromatopsie est plus compliqué que ne l'ont cru ceux qui ont reposé tout leur confiance dans les capacités des officiers supérieurs chargés de cette fonction.

On présente des objets colorés vivement à l'individu en examen, il peut répondre sans hésitation en désignant chaque couleur par son nom sans qu'il y ait certitude qu'il ne soit pas achromatope. Il faut

que l'examen, pour être complet, porte aussi sur les teintes secondaires, les nuances faibles. Un individu aveugle pour une des trois couleurs fondamentales arrive quelquefois à nommer justement la nuance vive de la couleur qu'il ne voit pas réellement; il y parviendra par artifice, c'est-à-dire en se rapportant aux propriétés que l'usage lui a appris à reconnaître à cette couleur. Il se trompe généralement sur les nuances faibles produites par l'addition du blanc, par la diminution de l'éclairage ou l'étendue de la couleur. L'achromatopsie partielle se révèle surtout par la composition des couleurs fondamentales, qui sont vues. Ainsi l'achromatope pour le vert compose toutes ses couleurs avec le rouge et le violet ou le bleu selon Maxwell. Toutes les couleurs dans la composition desquelles entre le vert sont altérées à ses yeux et vues d'une manière toute particulière. Le blanc résultant du mélange du rouge et du vert peut être rendu égal, pour l'œil normal, au blanc résultant du bleu et du jaune; il n'en est pas de même de l'achromatope pour le vert.

Il s'en suit que l'achromatope partiel compose les couleurs à sa façon. Dans l'examen des personnes que l'on soupçonne atteintes de cette affection il faut se rendre compte des noms que l'achromatope donne aux différentes couleurs. C'est là une tâche assez difficile, attendu que le sujet examiné appelle souvent les couleurs par leur nom. Il ne faut donc pas se fier uniquement aux réponses des sujets examinés, il faut contrôler leur dire et avoir l'assurance, par un examen détaillé, qu'ils n'ont pas trompé et ne se sont pas trompés.

Ainsi, on peut considérer l'examen de la vue, tel que pratiqué par quelques-unes de nos Compagnies de chemin de fer, comme incomplet et par conséquent inutile.

Au moment où il n'est question dans nos journaux que d'accidents de chemins de fer et de réformes à adopter pour les prévenir, nous avons cru opportun d'attirer l'attention sur les faits plus haut mentionnés, afin que les intéressés en tirent profit s'il y a moyen.

Toute réforme, acceptée volontairement ou imposée par le gouvernement, pour être efficace en ce qui regarde l'examen du sens de la vue, devrait être conforme aux résolutions qui ont été passées au congrès médical d'Amsterdam en 1879 et approuvées par le congrès médical international de Londres, en 1881. Pour être admis aux différents postes où il faut obéir à des signaux colorés, il faudrait par conséquent satisfaire aux conditions suivantes.

1^o (*Sur les chemins de fer*). Pour être admis en qualité de conducteur ou de chauffeur, il faut être exempt d'inflammations des yeux ou des paupières; il faut que le champ visuel, la réfraction et l'acuité visuelle soient normales; il faut que la perception des couleurs égale au moins les $\frac{4}{5}$ de l'état normal; il faut être exempt de cataracte et de toute maladie progressive de l'œil.

2^o Pour être admis à d'autres postes dans le service des chemins de fer, il faut être exempt d'inflammations des yeux ou des paupières, de cataracte ou de maladie progressive; il faut que l'un des deux yeux soit normal sous le rapport de l'acuité visuelle et de la réfraction; il faut que la perception des couleurs soit au moins égale au $\frac{2}{3}$ de l'état normal; pour l'autre œil, il faut que la vue ne soit pas diminuée au-delà de la moitié de l'état normal.

3^o (*Dans la navigation*.) Sur les vaisseaux, surtout ceux qui trans-

portent des passagers, il doit toujours y avoir au gouvernail une personne ayant une vue parfaite des deux yeux et ne portant pas de lunettes ; de plus, il est nécessaire qu'il y ait au moins une autre personne aussi bien qualifiée pour surveiller.

4^o Les mêmes emplois sur les vaisseaux marchands exigent au moins les $\frac{2}{3}$ d'une vision normale.

5^o Toute personne chargée des signaux, tous les pilotes doivent avoir une vue normale telle qu'indiquée plus haut à propos des conducteurs et des chauffeurs.

6^o Les personnes hypermétropes, quoique satisfaisant à toutes les conditions d'une vue normale, sous le rapport de l'acuité visuelle, du champ visuel et de la perception des couleurs, ne seront pas admis, si avant l'âge de 18 ans, ils ont une hypermétropie manifeste de 1 dioptrie.

7^o Un nouvel examen devra être fait pour chaque employé à tous les 5 ans, après n'importe quelle maladie des yeux, après des traumatismes cérébraux ou des maladies cérébrales ; en général, tous les employés ayant atteint l'âge de 45 ans devront subir un nouvel examen.

8^o Ces examens doivent être faits par des médecins versés dans la pratique et les études ophtalmologiques.

Telles sont les résolutions qui ont été adoptées à différents congrès scientifiques et mis en pratique par beaucoup de gouvernements et de compagnies de chemins de fer. Il est à souhaiter que dans ce pays on en comprenne toute l'importance et tout l'à-propos, et qu'on fasse bénéficier le public des avantages qui résultent nécessairement de mesures aussi sages et aussi prudentes.

Note sur un cas d'urémie ; (1)

par N. FAFARD, M. D., Montréal.

L'urémie est un état secondaire qui résulte de l'insuffisance de la dépuration urinaire. (Jaccoud)

Les reins sont des émonctoires de l'économie. Ils sont spécialement destinés à séparer du sang l'eau qui s'y trouve en trop grande quantité, les sels et les produits azotés provenant de la métamorphose des tissus et devenus impropres à la nutrition.

L'urine normale a une densité de 1020° à 1025°. Cette densité augmentée, on doit en conclure que la désassimilation se fait d'une manière trop rapide ou que l'urine contient des substances anormales, telles que le sucre, etc. Cette densité au contraire est-elle constamment au dessous de 1020°, de deux choses l'une : ou bien la désassimilation ne se fait pas d'une manière normale, ou bien elle se fait d'une manière normale, mais le filtre rénal est impuissant à séparer du sang les produits de la dénutrition. Cet état, dû toujours à une affection des reins, constitue l'urémie.

L'urémie est une maladie des plus graves parce qu'elle reconnaît généralement pour cause une altération profonde des reins, telle que la néphrite parenchymateuse, la dégénérescence amyloïde, la cirrhose atrophique. Quelquefois l'urémie est due à une simple néphrite catarrhale, alors le malade a une grande chance de guérison.

(1) Lue devant la Société Médicale de Montréal.

Quoiqu'il en soit, la rétention dans le sang des produits de la désassimilation occasionne du côté du système nerveux une foule de désordres aussi bizarres que dangereux ; il serait trop long de les énumérer ici. Souvent la cause immédiate de la mort est l'urémie, et le médecin est loin de s'en douter, parcequ'il n'a pas eu la simple précaution de prendre tous les jours la densité de l'urine.

Je vais vous rapporter un cas d'urémie qui démontrera combien il est facile de se tromper dans le diagnostic d'une maladie.

En octobre 1881 j'étais appelé auprès d'une dame Dubois. Voici, pour les huit premiers jours, les symptômes que présentait cette malade :

- Bronchite simple avec accès de toux souvent répétés ;
- Fièvre continue mais peu intense ; langue sèche, pouls légèrement accéléré ;
- Fortes céphalalgies ; douleurs lombaires intenses ;
- Sens émoussés ; contracture des membres supérieurs et inférieurs ;
- Douleur vive aux pieds et aux mains ; phlyctènes sous les pieds ;
- Convulsions passagères suivies de torpeur générale, délire permanent ;
- Un peu de diarrhée ; urine rare (environ 12 oz. dans 24 heures) et peu colorée.

Je n'avais pas pris exactement la température, comme il aurait fallu, matin et soir. Néanmoins, avec ce cortège de symptômes, je n'hésitai pas à porter mon diagnostic : fièvre typhoïde.

Le 9^{me} jour il me vint à l'idée de faire l'analyse de l'urine. Celle-ci rougissait faiblement le papier bleu de tournesol, au repos elle laissait déposer une assez grande quantité de mucus ; j'y découvris par les moyens ordinaires un peu d'albumine. Je regrette de n'avoir pas eu de microscope, pour m'assurer s'il n'y avait pas de tubes urinaires, quoique probablement dans ce cas-ci il n'y en eut pas. Enfin la densité n'était que de 1008°, c'était ce qu'il y avait de plus important à constater. Cette densité si faible, bien que le liquide urinaire fût peu abondant (environ 12 oz. dans les 24 heures), oscilla une dizaine de jours entre 1008° et 1010°.

Donc mon premier diagnostic était erroné ; j'avais affaire à un cas d'urémie. Une autre expérience vint me confirmer complètement dans cette nouvelle opinion.

Il arrive souvent que l'urée, retenue dans le sang, se transforme en ammoniacque. Ce serait, d'après plusieurs auteurs, cette dernière substance qui serait cause de tous les désordres du système nerveux que l'on observe dans ces cas. Jaccoud désigne cette affection sous le nom d'ammoniémie. Pour reconnaître que de l'ammoniacque s'est formée dans l'économie, il suffit de tremper un bâton de verre dans l'acide chlorhydrique et de le placer devant la bouche du malade ; s'il se produit autour du bâton d'abondantes fumées blanches, c'est que de l'ammoniacque se dégage des poumons. Cette expérience m'a complètement réussi ; il était donc évident que de l'urée avait été retenue dans le sang.

L'urée ne se transforme pas toujours en ammoniacque. Celle-ci peut manquer, quoiqu'il y ait une grande quantité de produits de désassimilation dans l'organisme. Le seul moyen certain et très facile de reconnaître l'urémie est de prendre la densité de l'urine matin et soir. Cet examen si simple est rarement employé par les médecins, et cependant, comme le recommande Jac-

coud, on ne devrait jamais se priver de cet excellent moyen de diagnostic.

Traitement.—Dans le cas qui nous occupe, comme dans tous les cas d'urémie, le traitement devait consister à rétablir autant que faire se pouvait la fonction rénale. J'ai ordonné le traitement suivant : régime lacté, boissons délayantes ; drastiques, lorsque la diarrhée cessait (et je tenais à ce que la diarrhée continuât afin de compenser par les intestins le défaut de fonction des reins) ; frictions avec une éponge imbibée d'eau tiède ; fomentations sur les reins et l'abdomen.

La malade est revenue à la santé, parceque la cause de l'urémie était une simple néphrite catarrhale ;

Le pronostic, dans l'urémie, ne peut être porté d'une manière à peu près sûre que lorsque le dépôt urinaire a été examiné au microscope. La présence constante de l'albumine et de tubes urinaires indique une lésion profonde des reins qui laisse peu de chance de guérison. Le médecin qui n'a pas de microscope peut encore porter un pronostic convenable s'il a la précaution de constater l'absence ou la présence de l'albumine dans l'urine. Quand il n'y a pas d'albumine il n'y a pas non plus généralement de tubes urinaires, et le pronostic est moins grave.

Du traitement de la coqueluche ;

par SÉVERIN LACHAPPELLE, M.D., St. Henri de Montréal.

Il est un principe qui régit la pathologie infantile, c'est qu'il y a imminence morbide de tous les organes dans le cours d'une maladie. Cela est dû à la faiblesse réelle organique et à l'impressionnabilité exagérée du système nerveux. C'est cette imminence morbide qui nous explique et nous fait comprendre ces transitions subites d'un état pathologique d'un organe dans un autre organe, d'une cavité dans une autre cavité splanchnique, et il nous faut remarquer que cette imminence est si permanente que le point de départ d'une maladie grave est souvent insignifiant.

Le praticien qui méconnaît cette vérité, que nous révèle l'observation, ne fait que tâtonner dans la médication infantile et est perdu, sans fil conducteur, dans un dédale presque sans fin.

Cette susceptibilité morbide du jeune âge, qui déplace si facilement et si promptement le siège de la maladie, agit à la manière d'un dérivatif puissant, d'où il suit que les maladies franchement inflammatoires ne sont pas le partage de l'enfance. Ce deuxième fait étant constaté, il nous faut conclure que ce sont les nerfs trop faibles qui reçoivent des coups trop forts, et que le seul parti que nous ayons à prendre est de fortifier ces derniers en les rendant moins impressionnables. C'est pourquoi nous devons recourir énergiquement et sans crainte aux calmants que la thérapeutique moderne nous offre avec des avantages qui ne manquent aucun danger : c'est ainsi que l'on doit avoir recours sans hésiter au chloral, ce calmant inoffensif de l'enfance.

Ces réflexions, que nous offre le champ si vaste de la pathologie infantile dans les maladies graves, sont surtout plus évidentes dans les maladies d'ordre moindre, parce que leur démonstration est beaucoup plus facile.

Dans la coqueluche, les complications sont nombreuses : nous avons le catarrhe pulmonaire aigu que nous révèlent les râles sibilant, muqueux et sous crépitant, le pneumonie aiguë ou chronique, les convulsions, les hémorrhagies nasale et conjonctivale, les vomissements, les entérites, les congestions cérébrales etc. Ici ce sont des résultats des efforts de la toux. C'est pourquoi la médication de la coqueluche, généralement considérée comme inutile, est d'une absolue nécessité.

La coqueluche, primitivement phlegmasie catarrhale de l'épiglotte, donnant naissance à une série d'accidents morbides de tout genre, mérite nécessairement une intervention médicamenteuse active, et le médecin est coupable qui se déclare impuissant en face de ses quintes répétées.

La coqueluche présente trois périodes distinctes, *catarrhale, convulsive et de déclin*. Les deux premières réclament une médication distincte, la dernière subissant naturellement une influence heureuse de la médication de la seconde dont elle n'est que la terminaison graduelle.

La première période doit être traitée avec énergie s'il y a fièvre ; les purgatifs, les pédiluves irritants seront employés activement, et quoiqu'en disent certains auteurs, une médication abortive doit être tentée. C'est pourquoi je recommande les vomitifs répétés au moyen de l'ipeccac, et les gargarismes détersifs au moyen des substances que nous avons à notre disposition ; ainsi l'acide carbolique, le salicylate de soude, le chlorate de potasse en solution seront employés fréquemment, chez les enfants assez âgés pour subir cette médication adjuvante.

La deuxième période s'impose cependant le plus souvent malgré nos efforts, et c'est ici que la patience ne doit pas être mise à bout, quelque résistant que puisse être la maladie.

Les vomissements que nous provoquons au début, nous avons à les combattre dans la deuxième période ; nous aurons recours à la belladone à dose de une à quatre gouttes (teinture) avant le repas, dans une infusion quelconque.

Voici la formule que je recommande contre les quintes.

Hydrate de chloral.....	ʒi
Glycérine.....	ʒiiii
Eau distillée.....	ʒiiii

Une cuillerée à thé, le soir, à répéter dans le courant de la nuit, pour un enfant de six mois.

Il est une habitude conseillée par l'hygiène, c'est le changement d'air à la fin de la coqueluche, ou dans aucune période ; on va plus loin, on a recours au bain d'air comprimé qui agirait dans le même sens que le changement d'air ; il ne faudra pas hésiter à recourir à ces moyens réputés efficaces.

DR J. COMBY.—D'après un certain nombre de pleurésies du côté gauche présentent des pulsations synchrones aux battements du cœur. Ces pulsations thoraciques sont dues à la transmission des battements du cœur à travers le poumon sclérosé et la couche liquide. Ils ne se rencontrent que dans les *pleurésies purulentes anciennes* avec rétraction définitive du poumon et la fusion de cet organe avec la péricarde.—*France médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Cirrhose hypertrophique d'origine biliaire : diagnostic.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un malade couché au No 35 de la salle Jenner. Le fait que je vais rapporter, fort intéressant en lui-même, fournit une occasion favorable pour exposer la marche du diagnostic et les diverses étapes du jugement clinique dans les cas de ce genre.

Il s'agit d'un homme de 27 ans. Vous approchez de son lit et dès l'abord votre regard est frappé par la coloration jaune répandue sur le tégument externe et sur toutes les muqueuses appréciables à la vue. Nulle hésitation sur l'interprétation qu'il convient d'en faire : c'est un ictère de moyenne intensité. Ce premier fait acquis, de quoi faut-il s'enquérir ? De la date à laquelle remonte l'ictère. La réponse est catégorique : il existe depuis le mois d'avril 1882, c'est-à-dire depuis 19 mois. Ce qui doit nous occuper ensuite, c'est de savoir si depuis 19 mois cet ictère a été permanent, ou si au contraire il y a dans cette longue période des intervalles durant lesquels il a disparu. Ici encore le malade, assez intelligent, ayant l'habitude de s'observer, est très-affirmatif : l'ictère n'a jamais disparu. Il faut y ajouter cette notion depuis 20 ou 25 jours l'ictère aurait-il diminué ? Bien loin de diminuer, il a plutôt augmenté ; c'est ce qui résulte des renseignements fournis par le malade et des observations que nous avons pu faire.

Nous voilà donc en possession, par une série de questions logiquement posées, des données suivantes : ictère permanent qui date de 19 mois et qui n'a présenté aucune diminution dans les trois dernières semaines, et nous pouvons déjà en tirer cette conclusion que, quelle que soit la maladie en jeu, la sécrétion biliaire est intacte, car si, à un moment quelconque, elle se fût arrêtée, l'ictère aurait diminué, puis disparu. Le délai de trois semaines est nécessaire pour que les pigments biliaires qui imprègnent les tissus disparaissent lorsque la cause de l'ictère cesse d'exister.

Avant d'aller plus loin dans les cas de cet ordre, il faut établir le mécanisme de l'ictère. Aujourd'hui, au point de vue pathogénique, on ne doit plus admettre que deux classes d'ictère : 1^o celui qui résulte d'une exagération plus ou moins notable dans la sécrétion biliaire qui est accrue au point que l'élimination, par les voies naturelles, devient insuffisante et qu'une résorption de la bile a lieu dans le foie : c'est l'ictère par polychololie ; il est rare dans nos climats ; 2^o celui qui est dû à un obstacle au cours de la bile, ou ictère par rétention. Quand on a poussé l'interrogatoire au point où nous l'avons amené, il faut établir à laquelle de ces deux variétés nous avons affaire. Quels sont les moyens de jugement ? Est-ce l'urine ? Non, dans les deux genres d'ictère, elle est chargée de pigments biliaires.

Il n'y a qu'un moyen, un seul, de trancher la question : c'est l'examen des matières fécales. Cet examen, il convient de le faire à plusieurs reprises, afin de bien s'assurer que les caractères

tères constatés une première fois sont persistants. Le résultat est des plus nets: les matières fécales, normales d'ailleurs pour la consistance, sont totalement décolorées; elles sont semblables pour l'aspect, suivant la comparaison classique, à de la terre argileuse, et cette décoloration a toujours existé au même degré.

Par conséquent, nous sommes en face d'un ictère permanent dû à la rétention des produits biliaires, la sécrétion continuant à se faire avec une activité sensiblement normale. Pouvons-nous tirer de là quelque indication au point de vue de l'état anatomique du foie? Sans doute, et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de ce fait que la netteté des conclusions pour ainsi dire anticipées qu'il nous autorise à formuler. Nous pouvons affirmer que les éléments sécréteurs de la bile, sinon en totalité, du moins en grande majorité, sont intacts; l'altération hépatique, quelle qu'elle soit, les a respectés; c'est ma proposition de tout à l'heure présentée sous une autre forme. Il y a dix-neuf mois que les choses sont ainsi: nous sommes en droit d'en inférer que le foie est gros et même très gros. Pourquoi? Pour une raison des plus simples: pendant tout ce temps, le foie a fait de la bile, et il ne s'en est pas écoulé une goutte dans l'intestin; il y a donc stase biliaire et par suite turgescence mécanique de l'organe, laquelle n'a pu qu'aller en croissant. Un tel état, s'il se prolonge, s'accompagne d'un certain degré de stase sanguine due à la gêne de la circulation intra-hépatique, et cette stase se joint à la turgescence pour contribuer au développement du foie. Enfin, nous savons d'observation que lorsqu'un foie est sans rémission le siège d'une stase biliaire, celle-ci agit par irritation des éléments du tissu voisin et en amène le gonflement.

Ainsi, du seul fait que l'ictère remonte à 19 mois, qu'il est produit par la rétention totale de la bile, découle au point de vue anatomique l'intégrité des éléments sécréteurs et la certitude d'une augmentation de volume du foie, ayant pour cause la stase biliaire du début, la stase sanguine consécutive et, vû la date, des modifications histologiques dans le tissu péri-biliaire. La simple vue justifie cette présomption: le ventre est énorme et, en appliquant la main sur la région, on constate que le foie est considérablement au-dessus de ses dimensions normales. Il commence à sa limite supérieure ordinaire et descend dans la ligne mamelonnaire jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, dans la ligne ombilicale à trois travers de doigt au dessus de l'arcade crurale. Il empiète dans le flanc gauche où il rencontre la rate et se fusionne avec elle. Je ne me rappelle pas avoir vu pareille augmentation de volume.

Cet examen direct, que rendent facile l'amaigrissement du malade et la flaccidité des téguments, fournit quelques autres notions qui permettent d'avancer vers le diagnostic final. La surface du foie, dans toute son étendue, est parfaitement lisse, égale. le travail pathologique ne consiste donc pas dans la production de saillies bourgeonnantes; la palpation des contours de l'organe fait reconnaître qu'il a conservé la forme normale; il est gros mais il n'est pas déformé, c'est-à-dire que le processus morbide en cause ne détermine aucune rétraction des tissus.

Il ne nous reste plus qu'à nous mettre en règle avec deux phénomènes qui jouent un grand rôle dans la pathologie hépatique, et notre examen sera tout à fait achevé. Ces phénomènes sont l'ascite et

l'état de la rate. Or, on ne trouve pas vestige d'épanchement dans la cavité péritonéale, et il n'y a pas de réseau veineux sous-cutané notable. En revanche, la rate est très volumineuse, et connaissant les dimensions respectives des deux organes à l'état sain, on peut dire que la tuméfaction de la rate est aussi grande que celle du foie. Dans le flanc gauche, la matité s'étend du sixième espace intercostal jusqu'à trois travers de doigt au dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle se dirige un peu en avant et en bas, où le bord antérieur de la rate se fusionne avec le bord gauche du foie, sans démarcation possible par la percussion.

L'analyse des symptômes est terminée; elle se résume ainsi: maladie chronique, progressive quant à l'état du foie et de la rate, caractérisée par un ictère permanent depuis 19 mois, ictère par rétention accompagné d'une augmentation colossale du volume du foie et de la rate avec absence d'ascite et sans développement de réseau veineux sous-cutané. Quelle peut être la conclusion synthétique de cette analyse? C'est que nous avons sous les yeux une cirrhose hypertrophique d'origine biliaire.

Si vous préférez le diagnostic indirect ou par exclusion, je vais vous le présenter, bien que le sujet par sa netteté ne justifie pas l'emploi de ce procédé.

S'agit-il d'un kyste hydatique? Ce serait à titre exceptionnel, car il est très-rare qu'un kyste hydatique atteigne un pareil développement. Cela se rencontre pourtant, et dans l'atlas de Frerichs vous en verrez représentés deux ou trois exemples. Mais quand il est si énorme, il siège dans la région droite du foie et amène une déformation complète de l'organe; le lobe droit s'abaisse dans la fosse iliaque tandis que le lobe gauche reste à sa place. L'ictère est un symptôme assez peu commun du kyste hydatique, mais il se présente quelquefois et reconnaît alors pour origine la compression exercée sur les canaux biliaires au niveau du hile du foie. Et comme cette compression intéresse aussi le tronc de la veine porte, il en résulte de l'ascite.

Il existe une autre variété de kyste qui a été découverte par Buhl: c'est le kyste à échinocoques multiloculaires ou kyste hydatique alvéolaire. Elle produit une tuméfaction parfois énorme du foie, mais il est remarquable que sur cette tuméfaction se détache une protubération saillante du lobe droit, laquelle donne la sensation d'une paroi dure et comme cartilagineuse, tellement que, même lorsque la poche est en suppuration, on n'obtient pas de fluctuation. Le kyste multiloculaire peut s'accompagner d'ascite et d'ictère, mais il ne porte pas aussi rapidement atteinte à l'état général de la santé que les autres maladies du foie, et notre homme est profondément anémié.

Quant à la possibilité d'un cancer du foie, l'âge du malade n'est pas une raison d'éliminer cette idée. Sans doute, la majorité des cas s'observent au delà de quarante ans, mais on peut en rencontrer beaucoup plus tôt. Sur 83 cas cités par Frerichs, 14 appartiennent à la période de 30 à 40 ans, et 7 de 20 à 30; un auteur anglais en a même rapporté trois chez des enfants de 2 à 3 ans. Je rappellerai, avant tout, que l'ictère se montre rarement dans le cancer du foie: il fait défaut dans plus de la moitié des cas, 53 fois dans un relevé portant sur 91 malades. D'un autre côté, quand il existe, il peut se montrer sans ascite,

parce que l'origine de l'ictère du cancer n'est pas toujours dans une compression exercée au niveau de la veine porte ; il survient lorsque les canalicules intra-hépatiques sont comprimés ou bien encore lorsque la maladie s'accompagne d'angiocholite. Presqu'invariablement la palpation constate une surface dure, inégale, ou des bosselures plus ou moins saillantes ; c'est un des signes cliniques les plus importants ; il ne manque guère que dans le quart des cas. Il est rare que le cancer du foie produise une tumeur de la rate : on la trouve environ 12 fois sur 100, et elle n'atteint pas le quart du volume que nous voyons chez notre malade. Enfin le cancer se manifeste de bonne heure par des troubles gastro-intestinaux et par une atteinte cachectique dont les traces n'existent point ici.

Il est une affection capable de donner au foie un volume énorme, tout en conservant l'intégrité de sa forme et sa surface. Je veux parler de la dégénérescence amyloïde. Mais elle a une étiologie nette et pour ainsi dire fermée : ses causes sont la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose, les suppurations prolongées et particulièrement les suppurations osseuses. Aucune de ces conditions pathologiques n'est saisissable chez notre homme. D'autre part, la dégénérescence amyloïde détermine rarement de l'ictère, c'est une lésion périartérielle : un symptôme précoce de cette maladie est une diarrhée persistante, ici rien de pareil. Très ordinairement aussi on observe de l'albuminurie, non par suite de l'influence de la lésion hépatique sur le rein mais parce que celle-ci est associée à une lésion semblable du rein ; notre malade n'a jamais présenté d'albumine dans les urines.

Par ce chemin détourné, nous arrivons, vous le voyez, à la conclusion de tout à l'heure.

Une question doit nécessairement se poser avant d'aller plus loin : j'ai dit ictère par rétention, où est l'obstacle ? La réponse n'est pas aussi simple que vous pourriez le croire. Généralement dans les cirrhoses hypertrophiques, l'obstacle consiste dans l'inflammation catarrhale des canalicules intra hépatiques, dans l'angiocholite des petits canaux. Sommes-nous autorisés à nous contenter de cette solution ? Cela me paraît un peu difficile, pour une raison de pure logique. Il n'y a pas un atome de bile qui passe dans l'intestin : il faudrait donc admettre que cette angiocholite intéresse la totalité des canaux. La conséquence est forcée : s'il n'y a que des canalicules en cause, ils sont tous oblitérés. Ce n'est pas impossible, j'en conviens, mais la conclusion est purement hypothétique. Je serais bien plutôt porté à croire qu'à l'angiocholite initiale s'ajoute l'oblitération d'un canal plus important du canal hépatique dans le hile ou du canal cholédoque. Avons-nous une raison de pencher plutôt d'un côté que de l'autre ? Oui, et sans prétendre pour cela à une attitude qui serait déplacée. Si le canal cholédoque est oblitéré, d'après les faits connus, l'ictère devrait être beaucoup plus foncé ; or il est de moyenne intensité et n'a pas le ton vert ou noir qui caractérise les ictères intenses. En outre, dans cette hypothèse, nous aurions une tumeur de la vésicule biliaire, ce qui n'existe pas, comme il est facile de s'en assurer par la palpation. Reste donc l'oblitération des plus grands canaux, et c'est à cette éventualité que nous nous arrêterons. — *Praticien.*

Usage des bromures dans les cas de névrose abdominale.—Il y a, entre les bromures et les désordres nerveux de la tête et de la poitrine, un tel lien d'association thérapeutique, que nous en sommes venus à oublier un peu combien ces mêmes médicaments peuvent être utiles dans plusieurs cas de désordres des organes digestifs; et cependant les lois de l'analogie sont là pour nous dire que cette dernière application est rationnelle. Personne, à coup sûr, ne prétend attribuer aux bromures de potassium et de sodium le pouvoir de faire résorber les exsudats ou de réparer les lésions de structure des éléments anatomiques; mais ceux d'entre nous qui en tiennent encore pour les "dérangements fonctionnels" ou pour les perversions passagères de la force dynamique, comprendront facilement qu'il existe certains troubles du système cérébro-spinal, qui, étant toujours de nature semblable, quelque part qu'ils se trouvent, doivent vraisemblablement céder aux mêmes médicaments.

Dans le cas d'une dame, veuve assez âgée, souffrant assez souvent de *diarrhée émotionnelle*, je prescrivis un jour les astringents combinés à de petits doses d'opium, à prendre suivant le besoin. Mais contre un autre accident, l'insomnie, je donnai, de temps à autre, des doses modérées de bromure de potassium. Elle s'aperçut, cependant, que ce dernier remède soulageait sa diarrhée mieux que tout autre, et que chaque fois qu'elle en prenait une dose (le soir, au coucher) elle n'avait pas de selle diarrhéique le jour suivant. Il y a quatorze ans, le Dr J. Waring Curran recommandait le bromure de potassium contre les vomissements de la grossesse; mais on n'en put déterminer la valeur réelle attendu qu'il était prescrit conjointement avec d'autres remèdes. Depuis, j'ai administré le médicament seul, en solution aqueuse, et en ai toujours obtenu un soulagement qui pour n'être que passager n'en était pas moins très marqué.

Rappelons ici les importantes observations du Dr James Begbie qui considérait le bromure de potassium comme pouvant être de quelque utilité dans le traitement du choléra. Il le donnait au début de la période de collapse, à dose de vingt à trente grains, toutes les demi-heures ou toutes les heures; il a pu obtenir de la sorte la cessation des vomissements et des crampes, le retour de la chaleur et de la couleur normale aux surfaces déjà froides et livides.

Un dernier mot au sujet de l'emploi des bromures dans le traitement du diabète sucré. Ici encore le Dr Begbie a inauguré une série d'expérimentations qui ont été corroborées par d'autres observateurs. A l'heure qu'il est, j'ai sous mes soins une dame âgée de cinquante à soixante ans et chez qui les manifestations diabétiques sont enrayées par une forte dose de bromure d'ammonium prise chaque soir. Est-ce que ceci ne serait pas un exemple des "effets altérants et absorbants" des bromures sur le foie?—*British Med. Journal.—Cincinnati Lancet and Clinic.*

Physiologie et thérapeutique de la caféine.—A la suite d'une étude très élaborée sur les effets physiologiques et l'action thérapeutique de la caféine, M. le Dr E. Leblond conclut ainsi :

A dose physiologique :

- 1^o La caféine est un excitant du système nerveux et musculaire ;
- 2^o Elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des

battements cardiaques et la pression sanguine par constriction vaso-motrice ;

3^o Elle fait tomber la température périphérique ;

4^o Elle n'influe en rien la formation et l'excrétion de l'urée.

A dose toxique :

1^o La caféine exagère le pouvoir excito-moteur de la moëlle, paralyse les nerfs sensitifs périphériques et agit aussi sur le pneumo-gastrique dont elle diminue l'excitabilité ;

2^o Elle fait rapidement baisser la pression sanguine par paralysie des vaso-moteurs ;

3^o Le cœur, chez les animaux à sang froid, se ralentit de plus en plus et s'arrête en systole : chez les animaux à sang chaud, il s'accélère sur la fin de l'empoisonnement et s'arrête en diastole ;

4^o Elle produit une action tétanisante sur les muscles ;

5^o Elle fait rapidement baisser la température ;

6^o Elle augmente la dénutrition.

Pour ce qui est de l'emploi thérapeutique de la caféine :

1^o Elle est en général beaucoup mieux supportée que la digitale, et en débutant par de faibles doses, on n'a pas à craindre les fâcheux effets provoqués souvent par cette dernière ;

2^o Elle régularise le cœur, augmente sa force d'impulsion et le ralentit ;

3^o Elle provoque une diurèse plus ou moins abondante ;

4^o Non-seulement c'est un succédané de la digitale, mais il faut toujours l'administrer dans les cas graves et qui peuvent devenir promptement mortels, car alors son action se manifeste plus sûrement et surtout plus rapidement que celle de la digitale ;

5^o Il faut administrer la caféine à doses fractionnées, en potions ou en injections sous-cutanées, et ne jamais débiter par une dose plus forte que 20 centigrammes pour tâter la susceptibilité des malades, et augmenter rapidement la dose, s'il y a lieu, jusqu'à 50 à 75 centigrammes. Il est inutile de dépasser 1 gramme 50 ;

6^o Pour résumer les indications de la caféine dans les affections du cœur, nous dirons qu'elle doit être administrée toutes les fois que, pour une cause quelconque, l'état des malades oblige ou à suspendre l'emploi de la digitale, ou que celle-ci ne serait pas supportée sans inconvénients ;

7^o La caféine semble faire baisser la température dans les pyrexies : de plus, elle est très utile dans ces cas comme tonique du cœur ;

8^o Dans les albuminuries d'origine cardiaque ou autres, elle peut être souvent d'un grand secours ;

9^o C'est elle enfin qui semble agir sur la contractilité musculaire de l'intestin dans les cas de hernies étranglées.—*Tribune médicale.*

Traitement de l'Hydropisie d'origine cardiaque.—Le Dr James BRAITHWAITE, de Leeds, attire l'attention sur le fait que dans le traitement de l'hydropisie d'origine cardiaque l'infusion de digitale est beaucoup plus efficace que toutes les autres préparations de ce médicament. Il ne prétend pas dire là quelque chose de bien nouveau, mais il mentionne le fait pour la raison que dans la localité où il réside, il est rare que la digitale soit prescrite sous cette forme qui est cependant celle qui assure le mieux les effets diurétiques du remède. Il s'est donné

le trouble de demander aux médecins eux-mêmes quel était leur mode d'emploi de la digitale, et n'en a rencontré qu'un seul qui fit usage de l'infusion. Dans un cas d'anasarque énorme due à une maladie du cœur, le frère du malade disait au Dr Braithwaite : " Eh bien, je suppose que vous allez m'annoncer que c'est là un cas où il est impossible de produire aucune amélioration." A la grande surprise de son interlocuteur, le Dr B. répliqua qu'au contraire le cas était très favorable, ce qui fut confirmé, du reste, par la marche subséquente de la maladie. L'auteur a l'habitude de prescrire une infusion fraîchement préparée chaque jour. " Je fais ordinairement mettre, dit-il, une demi-feuille de digitale, avec un peu de thé noir, dans douze onces d'eau bouillante, et fais prendre le tout dans le cours de la journée. Par ce moyen, nous obtenons tout l'effet diurétique du remède, en même temps que nous assurons son action bien connue sur la fibre musculaire du cœur. Il va sans dire que le patient doit observer le repos le plus absolu."

Ce traitement, que le Dr B. a mis en usage durant une période de quinze ans, a donné des résultats bien satisfaisants, quoique certains cas dans lesquels il l'a employé fussent très graves.—*N. Y. Med Record.*

Dilatation stomacale ; pseudo-cancer de l'estomac.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que depuis quelque temps l'attention se trouve appelée sur certaines affections de l'estomac par suite de l'intervention chirurgicale à laquelle elles ont donné lieu de la part de chirurgiens allemands, en particulier de Billroth, et plus récemment encore à l'occasion de la maladie d'un personnage illustre. Il y a là, dit M. Beaumetz, tout un chapitre à faire sur ce que l'on pourrait appeler les faux cancers de l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz communique l'histoire d'un malade qui vomissait absolument tout ce qu'il prenait et qui avait un estomac extrêmement dilaté, comme dans les cas qui ont été désignés par les Allemands sous le nom de sténose cicatricielle du pylore. Ce malade, sous l'influence du lavage de l'estomac avec le tube Faucher, alla beaucoup mieux et put sortir de l'hôpital. Aussitôt parti de l'hôpital, il cessa ses lavages et se mit à prendre une quantité de pilules suisses. Il rentra presque aussitôt à l'hôpital, atteint d'une diarrhée très abondante, fut pris peu de temps après de tétanie généralisée et mourut, en vingt-quatre heures, asphyxique.

Le diagnostic porté, dans ce cas, par M. Dujardin-Beaumetz, avait été le suivant : ulcère de l'estomac ou du duodénum ayant amené une bride cicatricielle, et, conséquemment, un rétrécissement et la dilatation stomacale. L'autopsie confirma ce diagnostic. Elle montra tout d'abord, fait intéressant au point de vue de l'intervention chirurgicale, que, dans ces cas, les rapports habituels de l'estomac se trouvent tout à fait modifiés. L'estomac, en effet, chez ce malade, descendait dans la cavité abdominale qu'il remplissait presque entièrement. Il n'y avait pas de cancer, mais il existait, dans le duodénum, un rétrécissement dont l'examen histologique fera connaître la nature.

En présence des faits de ce genre, on peut dire qu'il n'y a pas aujourd'hui, en dehors de l'existence d'une tumeur appréciable, de signes positifs de l'existence d'un cancer de l'estomac.

M. DEBOVE croit que le nombre des faux cancers de l'estomac est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit. Il cite l'exemple d'une

dame âgée de plus de soixante-dix ans qui, à un moment donné, a présenté tous les signes caractéristiques d'un cancer de l'estomac; il n'y avait pas l'ombre d'un doute sur le diagnostic. Or cette malade va beaucoup mieux aujourd'hui et voilà plus d'un an qu'elle vit; il ne s'agit donc pas de cancer.

M. MILLARD a vu un nombre considérable de faits analogues à celui que vient de citer M. Debovo. Bien des fois il a pu réformer le diagnostic de cancer à l'aide des trois signes suivants: l'abondance des vomissements sanguins, la longue durée de la maladie, les variations de poids. Quand un malade présente des signes de cancer stomacal, M. Millard le soumet à la diète lactée et se garde d'abuser du lavage; si après un certain temps le malade augmente de poids, s'il vit seulement un ou deux ans, M. Millard croit qu'on peut affirmer qu'il n'existe pas de cancer et qu'il s'agit d'une gastrite chronique. L'épaississement de la paroi stomacale peut donner lieu à une sensation de tumeur; même lorsqu'il y a des évacuations sanguines, pour peu que la maladie dure un certain temps et que le malade augmente de poids, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer.—*Gaz. des hôpitaux.*

Anémie pernicieuse ou idiopathique et son traitement curatif. (*Lancet*, 10 et 17 novembre 1883).—Le docteur George Padley, médecin consultant de l'hôpital de Swansea à Londres, vient de faire paraître un mémoire des plus intéressants sur l'emploi de l'arsenic ou du fer dans l'anémie pernicieuse.

A l'appui de ses conclusions, le docteur Padley rapporte une série d'observations empruntées, soit à sa propre pratique, soit à celle des docteurs Timay, Lockie, Broadbent, Wilkin Moore, enfin du distingué professeur d'Edimbourg, le docteur Byron Bramwell.

L'arsenic possède des propriétés curatives évidentes contre l'anémie pernicieuse, progressive ou idiopathique, quelque difficile qu'il soit de trouver l'explication de ce fait.

Ces propriétés ont été trop longtemps et sont encore trop méconnues.

Au contraire, l'emploi du fer, s'il n'est pas nuisible, est tout au moins inutile. Autant ce médicament se montre héroïque dans les anémies passagères, et surtout dans la chlorose, autant il paraît plus qu'inutile dans le traitement de l'anémie pernicieuse, où son action paraîtrait plutôt entraver celle de l'arsenic. C'est en effet ce qui ressort de la lecture de ces observations, où les malades n'ont commencé à s'améliorer que lorsque le traitement ferrugineux a été supprimé.

Il faut donc bien se garder de gorger son malade de préparations ferrugineuses, et n'employer tous les toniques, autres que l'arsenic, qu'à titre de médicaments auxiliaires.

L'arsenic paraît mieux agir quand il est donné sous une forme simple (liqueur de Fowler); son union avec le fer, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas à conseiller.

L'insuccès du fer pourrait, selon l'auteur, être considéré comme une espèce de signe diagnostique thérapeutique.

L'arsenic, à peine préconisé en courant et pêle-mêle avec d'autres drogues, dans le traitement de cette affection par les autorités de la thérapeutique anglaise, paraît, dans tous les cas précités, avoir contribué largement à sauver les malades de la mort.—*Bull. de thérapeutique.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Cancer du rectum.—Clinique de M. HUBERT à l'Hôtel-Dieu.—

Nous avons à faire aujourd'hui deux petites opérations. La première sur un vieillard de soixante dix ans atteint d'une ostéite de l'extrémité supérieure du tibia. La deuxième consiste à extirper chez un homme de soixante-trois ans un épithélioma de la face. Je ne vous en dirai pas plus long sur ces deux malades. Je préfère les laisser de côté; pour vous parler d'un homme qui est couché dans la salle St-Jean. Vous m'avez vu l'examiner ce matin et reconnaître qu'il était atteint d'un cancer du rectum.

Cet individu, que je n'opère pas, est âgé de cinquante-trois ans. Il se portait bien, quand, il y a six ou sept mois, pas davantage, il fut pris de sensations de pesanteur dans le rectum et de ténésme rectal. Chaque fois que l'envie d'aller à la selle le prenait, il rendait, non pas des matières, mais des glaires auxquels venait se mêler quelquefois un peu de sang. Ces troubles sont du reste les premiers dont se plaignent les malades atteints de cette affection. Depuis cette époque, il a continué à souffrir, et, en même temps qu'il perdait du sang, il s'est mis aussi à perdre de l'humeur. En présence de ces modifications, nous avons touché le rectum et le diagnostic d'épithélioma du rectum n'a pas été long à établir.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le rectum, on ne tarde pas, après avoir constaté que l'anus est sain, à tomber sur une tumeur annulaire dont le centre laisse passer le doigt. Cette tumeur occupe toute la circonférence du rectum. Elle est dure, irrégulière et légèrement bosselée. La surface est inégale et sa circonférence antérieure légèrement découpée. Si vous persistez à pousser votre doigt dans ce canal rétréci, il continue à y pénétrer et vous arrivez à sentir la partie supérieure de la tumeur. La sensation que l'on a ressemble à celle que l'on aurait éprouvée en enfonçant le doigt dans l'épithélioma de l'avant bras que j'ai enlevé l'autre jour.

Le diagnostic s'impose donc; et s'il ne saute pas aux yeux, il saute au doigt. Il est impossible de confondre cette affection avec un rétrécissement simple. On sent trop bien qu'il existe une tumeur bosselée et ulcérée. Il ne reste plus maintenant que quelque chose à rechercher pour le compléter. Il faut examiner l'état des ganglions inguinaux, celui des ganglions pelviens et voir enfin si l'état général est bon.

Les ganglions inguinaux se prennent quand la tumeur descend très bas. Ils n'existent donc pas chez notre malade, puisque l'anus est sain. Quant aux ganglions pelviens, beaucoup plus difficiles à examiner chez lui, je n'en ai pas senti. Ce n'est pas toutefois une raison pour nier leur existence, bien au contraire; vu la difficulté de l'examen et l'état du malade, on doit présumer qu'il y en a. L'état général était assez satisfaisant jusqu'à ces derniers jours. Il avait, il est vrai, perdu du sang, mais il ne s'était pas amaigri: il allait à la garde-robe et la nutrition pouvait se faire.

Son état n'offrait donc rien d'alarmant, lorsqu'il y a quelques jours est survenue une complication. Il présente maintenant un plegmon périrectal. Cette complication n'est pas rare et, soit qu'elle survienne à la suite d'un cul-de-sac qui se sera formé au dessus de la tumeur, soit

qu'elle ait sa cause dans l'irritation de voisinage, elle se montre à nos yeux sous l'aspect suivant :

Les téguments sont rouges et les parties molles sont dures. La moindre pression, exercée à ce niveau, provoque de la douleur. Le malade est inquiet. Il souffre, ne dort pas et il en sera ainsi jusqu'au jour où nous aurons donné une issue au pus, ce que nous ferons du reste peut-être demain. Le pronostic est très grave. Un individu atteint de cancer du rectum vit six mois, un an ou deux ans au plus. Cette affection évolue rapidement et les malades sont fatalement condamnés. Tantôt ils sont enlevés par des hémorrhagies répétées. Tantôt, épuisés par la souffrance et le défaut d'aliments, ils vont en s'affaiblissant de plus en plus et meurent sans bruit.

En présence de cas semblables devons-nous rester les bras croisés ? Non. Cherchons donc quelles sont les ressources dont nous pouvons disposer. La première pensée qui s'offre à notre esprit, c'est qu'il faut enlever la tumeur. Cette idée n'est pas neuve, car c'est elle qui a présidé à l'extirpation du rectum pratiquée pour la première fois avec succès par Lisfranc.

Cette extirpation peut être partielle ou totale, suivant que le mal remonte plus ou moins haut. Lorsqu'on arrive à sentir l'extrémité supérieure du cancer, on peut enlever une bande du rectum ou même toute sa circonférence. Quant aux cas d'extirpation partielle, ils ne se rencontrent guère, la tumeur étant presque toujours annulaire. Cette extirpation est difficile et grave, attendu qu'il faut détacher le rectum des parties qui l'entourent. En arrière et sur les côtés, cela ne va pas mal ; mais en avant, ses rapports avec la vessie, la prostate et le péritoine rendent l'opération beaucoup plus délicate. En effet, si l'on blesse la prostate ou la vessie, on peut en être quitte pour une fistule ; mais si l'on va ouvrir le péritoine, cet accident est fatalement mortel. J'ai vu pour ma part un fait de ce genre. Deux jours après l'opération le malade mourut, et le lendemain, nous constatâmes, à l'autopsie, la présence des matières fécales dans le petit bassin.

Supposons maintenant que toutes ces difficultés aient été vaincues. Est-ce à dire que les opérés soient sauvés ? Non. Tantôt ils sont emportés par une hémorrhagie rapide ou par des pertes de sang qui se suivent ; tantôt par une inflammation du tissu cellulaire du bassin. Quelquefois ils guérissent, mais, dans ces cas, vous ne leur procurez qu'une survie dont la durée sera plus ou moins longue, selon que la tumeur récidivera plus ou moins tard. Ce n'est pas toutefois une raison suffisante pour ne pas opérer. Dans cet épithélioma, comme dans celui de la langue, procurer un supplément d'existence à un être humain est toujours une bonne œuvre. Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à examiner l'état des fonctions intestinales. Chez quelques-uns il y a une incontinence absolue. D'autres ne peuvent plus vider leur intestin ; il y a alors une obstruction complète. Enfin il en est qui peuvent retenir les matières dures.

C'est en se fondant sur ces résultats qu'on a complètement rejeté cette opération en Angleterre, et qu'en Amérique on ne la pratique presque plus. Faut-il aller aussi loin ? Non. Si vous lisez la thèse de M. Marchand, parue en 1873, vous y verrez qu'il y a de bons résultats. Ils sont rares, il est vrai, mais il y en a. C'est donc assez pour nous autoriser à pratiquer l'opération. Reste à savoir si on doit toujours

la pratiquer, et, dans le cas contraire, quelles sont les contre-indications. Chez notre malade, par exemple, est-ce possible? Non. Est-ce à cause de l'état général? Non, puisqu'il n'est pas mauvais. M. Péyrot, bien qu'il eût des hésitations, était d'avis de l'opérer. Est-ce le volume des ganglions qui pourrait être une contre-indication? Non, puisque les inguinaux n'existent pas et qu'on ne peut sentir les pelviens. Ce n'est pas non plus la hauteur de la tumeur, puisqu'on sent son bord supérieur et qu'on peut extirper dix, onze et même douze centimètres du rectum; mais c'est parce qu'elle envahit toute la circonférence du rectum, et qu'elle est adhérente à la partie antérieure. C'est parce que nous ne pouvons pas l'enlever sans toucher à la prostate et à la vessie. Voilà ce qui, chez notre malade, rend l'opération impossible. Vous pouvez donc, toutes les fois que la tumeur est mobile, tenter son extirpation; mais, quand la paroi antérieure est intimement liée aux organes avoisinants, n'enlevez jamais le rectum. Votre opération serait désastreuse. C'est pour ces raisons que nous pratiquons quelquefois cette opération et que nous ne la mettons pas complètement de côté, comme on le fait en Angleterre.

L'extirpation est donc impossible. C'est pour nous un fait bien acquis; mais est-ce à dire que nous n'ayons plus rien à faire? Non. Il nous reste le traitement palliatif. Il consiste à rétablir le canal du rectum obstrué par le cancer qui fait tellement saillie, qu'on n'a plus qu'un pertuis large comme un tuyau de plume. On peut, lorsque le sphacèle de la tumeur n'est pas venu, rétablir la voie, employer trois moyens pour obtenir ce résultat. Ce sont, en procédant du plus simple au plus grave, la dilatation, la rectotomie et l'anus artificiel.

Dans la dilatation, il s'agit simplement d'introduire dans le rectum des bougies, des canules, ou d'y passer un ou deux doigts. Je ne vous conseille pas le moyen de M. Duplay. Introduire la main dans le rectum est trop dilater. Si cette dilatation ne suffit pas, il faut avoir recours à la rectotomie linéaire de M. Verneuil. Elle consiste à fendre verticalement le rectum au niveau de la région postérieure avec une chaîne d'écraseur. Elle est plus grave que la dilatation, mais elle offre moins de dangers que la colotomie, à laquelle on est quelquefois obligé de recourir.

L'anus artificiel se pratique au niveau du colon, comme l'a indiqué M. Trélat à la Société de chirurgie, en 1852. Un certain nombre de malades, à la suite de cette opération, peuvent garder les selles. On a ainsi l'avantage de prolonger leur vie. On donne un cours aux matières fécales et l'alimentation devient possible. Les douleurs sont supprimées, mais le cancer n'en continue pas moins sa marche.

Chez notre malade, devons-nous faire cette opération? Non, parce que mon doigt passe. Il faut se borner aux moyens hygiéniques. Il faut se borner aux moyens hygiéniques. Il faut faire des lavages et des irrigations. Il faut entretenir la liberté du ventre par des lavements émollients et des purgatifs comme l'huile de ricin, prise à petite dose. Il faut calmer les souffrances par la morphine et mettre de côté l'opium qui constipe. En somme, en présence d'un cas mortel, on doit opérer et, si nous ne le faisons pas ici, c'est parce que notre malade a encore plus de chance pour vivre qu'il n'en aurait après l'opération.—Praticien.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule. — *Société de chirurgie de Paris* ; séances des 7, 14 et 21 novembre 1883.

M. CHAUVEL, à l'occasion d'un rapport dont il était chargé sur un malade présenté par M. Beauregard (du Havre), lit un travail sur la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule.

M. Beauregard, dans le courant de l'année, présenta un malade qui, deux mois auparavant s'était fait une fracture de la rotule. Le rapprochement des deux fragments étant impossible, M. Beauregard fit, dès le second jour, l'arthrotomie et la suture immédiate. Le fragment inférieur était si petit qu'après avoir passé un gros fil d'argent dans l'épaisseur du fragment supérieur, il dut faire passer ce fil au-dessous du fragment inférieur. Les suites de l'opération furent des plus simples. Deux mois après, le malade marchait et semblait guéri. Ce fut alors que M. Beauregard le présenta à la Société de chirurgie, en concluant à la guérison et aux bons résultats de la suture osseuse. Plusieurs membres ayant déclaré que l'examen de l'opéré ne leur semblait pas confirmer les conclusions, M. Beauregard présenta de nouveau son malade deux mois après, acceptant alors les réserves qui avaient été formulées par plusieurs membres de la Société en considérant le cas comme un demi-succès à l'actif de la suture osseuse dans la fracture de la rotule. Il attribuait cet insuccès relatif à deux causes, d'abord à l'arthrite, puis à l'exiguïté du fragment inférieur. Mais il persistait à considérer la disposition des fragments, dans ce cas, comme justifiant l'opération. Quoiqu'il en soit, M. Chauvel, tout en acceptant que l'opération semblait indiquée, considère le résultat obtenu par M. Beauregard comme peu encourageant.

M. Chauvel a pu réunir 43 observations de suture osseuse dans les cas de fracture de la rotule, dont quatre antérieures à 1877, époque à laquelle est apparue la méthode antiseptique. Sur ce nombre se trouvent 33 hommes pour 7 femmes. Dans 38, il s'agissait de fractures avec plaie. Dans 25 de ces cas, la fracture était récente. Des diverses recherches auxquelles s'est livré M. Chauvel, en compulsant ces observations, il résulte qu'un seul fil suffit généralement, qu'il n'est pas nécessaire d'en faire passer un au-dessous du fragment inférieur, que le métallique est préférable à tout autre, qu'il vaut mieux le laisser en place, que le drainage est indispensable, que la réunion des parties superficielles favorise la solidité de la suture, qu'il est de toute nécessité d'employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, qu'il faut placer le membre dans un appareil inamovible qui ne devra être levé qu'à la fin du premier mois.

Les suites immédiates de l'opération sont souvent dangereuses. Sur 33 observations, on compte 28 bons résultats et 5 résultats mauvais. Sur 43 faits, 3 décès et une amputation de cuisse consécutive, ce qui fait environ 5 p. 100 de mortalité. L'atrophie et la faiblesse du membre, après l'opération, sont la règle. La consolidation fibreuse est la plus habituelle, la consolidation osseuse l'exception.

Il résulte de toutes ces considérations, selon M. Chauvel, que dans les cas de fracture ancienne de la rotule avec impotence fonctionnelle du membre, la suture osseuse est une opération utile et doit être tentée ; en est-il de même pour les fractures récentes ?

Ici, M. Chauvel hésite à se prononcer : on ne meurt pas d'une fracture de la rotule, dit-il, on peut mourir de l'arthrotomie. Aussi la

suture osseuse, dans les cas de fracture récente, ne doit-elle pas être érigée en méthode générale ; elle doit être réservée uniquement aux cas où la coaptation des deux fragments est absolument impossible par tout autre moyen.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne conclut pas comme M. Chauvel et se montre plus favorable à l'arthrotomie et à la suture osseuse dans les fractures récentes de la rotule. Il y a, dit-il, quelques inconvénients à rassembler tous les cas, comme l'a dit M. Chauvel, à les comparer entre eux et à en tirer des conclusions générales. Dans ces sortes de statistiques portant sur tous les faits, on arrive toujours à une mortalité relativement considérable pour une opération qui, entre les mains de certains chirurgiens, ne donne pas du tout de mortalité. C'est ainsi que dans un travail récent publié dans le *British Medical Journal* M. Lister publie 7 cas se rapportant à 7 malades qu'il a présentés à une société chirurgicale de Londres. Aucun de ces 7 malades n'a eu le moindre accident. Chez l'un d'eux l'arthrotomie a été pratiquée deux fois sur le même genou, la mobilisation ayant été faite prématurément la première fois et les fragments s'étant de nouveau séparés. Cela fait donc 8 arthrotomies avec suture des fragments, toutes suivies de guérison plus ou moins complète. Lorsque le fragment inférieur est petit, Lister passe un fil au-dessous, dans le tendon rotulien ; il a obtenu d'excellents résultats de cette manière de faire. Il n'emploie qu'un seul fil et le laisse en place ; dans certains cas, il fait une ouverture d'écoulement postérieure dans le creux poplité.

M. Lucas-Championnière a lui-même pratiqué une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule, il y a trente-cinq jours, dans un cas de fracture ancienne où la coaptation était absolument impossible, où il y avait un écartement considérable des fragments, où tout mouvement de la jambe était impossible. Il ouvrit largement le genou, dégagea chacun des fragments d'une sorte de fausse membrane épaisse dans laquelle ils étaient enveloppés, ce temps de l'opération fut laborieux ; il éprouva de grandes difficultés pour rapprocher les fragments. Il dut mettre trois fils et plaça deux drains. Les suites furent aussi simples que possible. Rien à signaler en ce qui concerne l'articulation ; aucun inconvénient du fait même de l'opération. Le malade est encore dans un appareil, reste à savoir quel sera le résultat fonctionnel.

Ce fait, joint à ceux de M. Lister, autorise M. Lucas-Championnière à penser que la suture osseuse immédiate dans les fractures de la rotule est une bonne opération, pourvu qu'on soit bien sûr de son antiseptie.

M. Pozzi a pratiqué, il y a quelque temps, sur un aliéné agité de l'asile Sainte-Anne, une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule fracturée. L'opération s'est faite dans les meilleures conditions, les suites ont été des plus simples et le résultat final semblait devoir être aussi satisfaisant que possible, lorsque, sous l'influence de manœuvres de mobilisation intempestives ou tout au moins prématurées, la rotule se rompit de nouveau.

Cet aliéné s'était, la première fois, fracturé la rotule dans une chute en s'échappant de l'asile Sainte-Anne ; il fit à pied, après l'accident, plus de 400 mètres ; l'écartement considérable des deux fragments, un épanchement sanguin intra-articulaire abondant, l'extrême agitation du malade rendirent l'opération assez difficile. Elle put cependant

être menée à bonne fin et le malade fut placé dans un appareil plâtré. Il n'y eut pas de fièvre, pas de suppuration. La cicatrisation était complète après huit jours. Les attelles plâtrées furent laissées deux mois en place ; les fils métalliques sont restés dans la plaie ; le malade put marcher, mais il avait une raideur articulaire considérable et il ne pouvait fléchir le genou. Le cal était parfaitement linéaire. M. Pozzi eut devoir mobiliser l'articulation. Des mouvements trop brusques imprimés par l'interne de garde déterminèrent la rupture de la rotule.

Malgré le mauvais résultat final, M. Pozzi signale quelques points intéressants dans cette observation : d'abord l'apyrexie complète, la parfaite tolérance des fils, une atrophie très marquée du triceps attribuable à l'immobilisation prolongée. En terminant, M. Pozzi demande l'avis de ses collègues ; il serait assez disposé à tenter de nouveau la suture chez le malade.

M. RICHELLOT : Puisque M. Pozzi demande l'avis de ses collègues, je commencerai par lui donner le conseil d'électriser le triceps de son malade avant de recommencer la suture osseuse. Il y a dans cette question deux choses à considérer : d'abord la valeur opératoire, puis la valeur clinique. Dans la plupart des cas qui ont été signalés, la valeur opératoire a été absolue ; M. Beauregard a réussi à obtenir le rapprochement des fragments, de même M. Lucas-Championnière, de même M. Pozzi. Reste à savoir quelle est la valeur clinique de ces résultats. Etant admis que l'arthrotomie antiseptique est une très-bonne opération, est-elle applicable aux fractures de la rotule ? Il ne faut s'y risquer que si elle est formellement indiquée.

On admet classiquement que l'écartement des deux fragments rotuliens est la cause unique de la gêne fonctionnelle ; mais cela reste à démontrer. On sait, en effet, cliniquement, qu'il y a des malades qui marchent très bien avec un écartement plus ou moins considérable des fragments de la rotule, qu'il y en a d'autres, au contraire, qui marchent très mal sans qu'il y ait d'écartement.

Le rôle de ce dernier n'est donc pas essentiel pour la production de la gêne fonctionnelle. On raconte même qu'un chirurgien anglais, voyant un jour marcher dans ses salles un malade qui s'était fracturé la rotule et qui était guéri sans écartement, s'empressa de lui donner un croc-en-jambe afin de fracturer de nouveau sa rotule, l'écartement lui paraissant une condition indispensable à la guérison. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas de relation exacte entre le degré de l'écartement et le degré de la gêne fonctionnelle. Dans les fractures de la rotule, il y a toujours un certain degré d'arthrite, et, conséquemment, un certain degré d'atrophie du triceps. J'ai eu à soigner en même temps à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de fracture de la rotule, dans les mêmes conditions, avec le même écartement, soumis au même traitement ; l'un de ces malades a très bien marché, tandis que l'autre a présenté une impotence absolue. Pourquoi cette différence ? C'est que le premier avait un triceps à peu près normal, tandis que, chez le second, le triceps faisait complètement défaut, était tout à fait paralysé. La gêne fonctionnelle tient donc beaucoup plus à l'état du triceps qu'à l'écartement des fragments. Je ne nie pas, toutefois, que l'écartement puisse être seul cause de la gêne fonctionnelle, et j'admets que dans certains cas, comme dans celui de M. Lucas-Championnière, par exemple, le triceps étant normal, une solution de continuité absolue

entraîne une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable et suffisante pour justifier l'intervention chirurgicale. Mais, dans toutes les observations où l'on considère la guérison comme la conséquence directe du rapprochement des deux fragments, il y aurait lieu d'indiquer l'état du triceps. Il est hors de doute pour moi que les malades qui ont bien marché avaient un triceps normal, et je suis bien convaincu que, dans certains cas, la guérison aurait pu être obtenue aussi bien par l'électrisation du triceps que par le rapprochement des fragments. En résumé, il importe donc de bien examiner tout d'abord le triceps, et, s'il est atrophié, de l'électriser avant de recourir à une opération n'ayant pour but que le rapprochement des fragments.

M. GILLETTE s'associe entièrement à la manière de voir de M. Richelot. Il considère l'opération pratiquée par M. Beauregard comme une opération mauvaise et même dangereuse. L'arthrotomie immédiate, dit-il, est une opération très grave et, bien que je sois franchement listérien, je ne le suis pas assez pour accepter cette opération dans les conditions où elle a été pratiquée par Lister lui-même. Je crois qu'on ne doit pratiquer une opération aussi grave que quand il y a une indication formelle ; or, je ne vois que deux cas dans lesquels l'arthrotomie et la suture de la rotule me paraissent pouvoir être indiquées : lorsqu'il s'agit d'une fracture de la rotule compliquée de plaie ou lorsqu'il s'agit d'une fracture ancienne ayant amené des troubles de la locomotion qu'aucun des moyens ordinaires n'est parvenu à surmonter. La consolidation osseuse n'est pas le seul élément dont il faille tenir compte ; comme l'a très bien fait observer M. Richelot, l'état du triceps joue aussi un grand rôle. En outre, souvent un cal fibreux vaut infiniment mieux qu'un cal osseux.

En somme, je repousse absolument l'arthrotomie immédiate pour les fractures de la rotule, sauf en présence des deux seules indications que j'ai signalées.

M. VERNEUIL professe la même opinion : « Si j'avais la mauvaise chance, dit-il, en sortant d'ici, de me casser la rotule, M. Lister lui-même viendrait-il me proposer de m'ouvrir le genou et de me pratiquer la suture osseuse,—je refuserais énergiquement. Or, comme je ne fais pas à autrui ce que je ne voudrais pas qu'il me fût fait, je condamne absolument l'arthrotomie immédiate. S'il n'y a dans le monde entier que quelques chirurgiens capables de mener à bien cette opération, ce n'est pas assez et il faut se garder de la préconiser, d'autoriser des médecins ou des chirurgiens inexpérimentés ou mal outillés à la pratiquer comme une opération de la chirurgie courante. Si l'on se laisse aller dans cette voie, on nous proposera bientôt la suture des fragments dans la fracture du col du fémur.

Il a été fait un tableau bien chargé des accidents consécutifs aux fractures récentes de la rotule. Si j'avais pris la parole avant M. Richelot, j'aurais dit mot pour mot ce qu'il a dit. M. Petit prépare en ce moment un mémoire contenant un grand nombre d'observations qui prouvent que la gêne fonctionnelle, dans les fractures de la rotule, est due surtout à la paralysie du triceps. Quand j'ai à traiter ces fractures, je cherche à obtenir la coaptation des deux fragments, et, si le triceps est en bon état, un cal fibreux suffit parfaitement. On obtient d'excellents résultats avec une simple attelle de plâtre, trois tubes de caoutchouc et dix agrafes ; pourquoi aller courir les risques d'une

grave et dangereuse opération, opération qui donne 4 morts sur 43 cas ? N'est-ce donc rien que cette mortalité ? Je proteste donc de la façon la plus formelle contre l'intervention à outrance dans le traitement des fractures de la rotule.

M. Verneuil cite même deux cas de fractures de la rotule avec plaie, qu'il a parfaitement guéries, sans opération, avec le simple appareil plâtré dont il vient de parler, appareil, dit-il, avec lequel on obtient d'excellents résultats, tandis qu'avec l'arthrotomie immédiate, quels résultats obtient-on ? Celui de M. Beauregard, celui de M. Pozzi. Il est dangereux de laisser s'installer dans la chirurgie courante une thérapeutique qui peut causer d'aussi graves accidents.—(A suivre.)—*Union médicale.*

Traitement de l'uréthrite chronique et de la cystite d'origine blennorrhagique.—M. le professeur Guyon, dans ses leçons sur l'uréthrite chronique, insiste surtout sur le rôle de la médication générale et sur son importance, suivant les diathèses qui donnent naissance ou entretiennent les écoulements. Il recommande l'huile de foie de morue créosotée, l'arsenic, l'iode de fer, les sulfureux à l'extérieur et à l'intérieur, les balsamiques, les douches, etc.

Le traitement local a aussi une grande valeur, et consiste principalement dans les injections, les instillations, les cautérisations et le cathétérisme.

Si l'injection est le procédé le plus usité, elle reste le plus souvent insuffisante, faute d'un emploi judicieux. Son action est irrégulière, car, d'une part, les liquides employés sont trop ou trop peu actifs, et restent alors sans effets ou dépassent le but; d'autre part, le liquide n'arrive que bien rarement au cul-de-sac bulbaire, point précis où s'est localisée l'affection.

L'instillation présente plus de garantie pour porter le liquide curatif sur la partie malade. Elle se fait avec un explorateur en gomme, creux et percé d'un orifice très fin au sommet de son olive. À l'autre extrémité, on ajoute une seringue semblable à celle de Pravaz, mais un peu plus grande et permettant de compter les gouttes. On introduit donc la sonde jusqu'au point où l'on sent une résistance; on la retire (la sonde) un peu en arrière et l'on injecte 5 ou 6 gouttes de la solution. Après quelques minutes d'attente, on enfonce plus profondément, et quand on est arrivé vers l'extrémité postérieure de l'urètre, on injecte de 20 à 25 gouttes de liquide. S'il en pénètre quelque peu dans la vessie, l'urine neutralise aussitôt l'action trop astringente du liquide, ou même le décompose instantanément, s'il s'agit du nitrate d'argent, que M. Guyon emploie le plus souvent en solution variant du vingtième au cinquantième. Il se sert aussi du sulfate de cuivre du dixième au trentième.

Les rétrécissements seraient, à cette période de l'uréthrite chronique, extrêmement rares, et il faut user du cathétérisme avec prudence, pour ne pas amener chez les sujets prédisposés des cystites, des orchites, etc.

On n'emploiera donc le cathétérisme que dans les cas rebelles, et encore avec les plus grandes précautions, tous les deux jours au plus et en évitant tout effort. Quant à celles qui sont dites *médicamenteuses*, elles semblent sans utilité.

Lorsque à la suite d'une blennorrhagie chronique, ou d'une injection poussée avec trop de violence, il se déclare une cystite, l'inflammation provoquée par la présence du pus ou du liquide astringent est toujours très violente. Elle s'accompagne même, plus souvent que les autres formes, d'hémorrhagies avec mictions fréquentes, et de douleurs considérables. Le sang n'apparaît que dans la dernière partie de la miction.

Les instillations de nitrate d'argent dans la vessie, en solution au centième ou au cinquantième (10 ou 15 gouttes), arrêtent l'hémorrhagie et soulagent les malades très rapidement. L'effet thérapeutique de l'injection se produit aussi bien dans les cas anciens que dans ceux qui sont récents; on doit la renouveler tous les jours, et M. Guyon a vu au bout de cinq à six instillations guérir un malade qui, malgré un traitement bien dirigé, conservait depuis trois mois une cystite-hémorrhagique douloureuse.

La cystite chronique ou subaiguë, survenant longtemps après les premiers accidents de la blennorrhagie, serait, d'après M. Guyon, très fréquente; sa persistance et ses récidives peuvent quelquefois la faire confondre avec une tuberculose vésicale, et rendre le diagnostic très difficile.

Le traitement serait encore le même que dans la cystite aiguë.—*Bulletin de thérapeutique.*

Nous rapprocherons ici de cette remarquable leçon de l'éminent chirurgien de Necker, le mode de traitement préconisé par Ultzmann à la polyclinique de Vienne, et reproduit par le *New-York Medical Journal*.

Le malade que je vous présente souffre d'urétrite chronique. Nous disons que la gonorrhée est aiguë quand elle évolue en quatre ou six semaines, et qu'elle est guérie lorsque l'écoulement a cessé. Mais à l'examen endoscopique, on peut facilement voir que la muqueuse est couverte d'une sécrétion qui s'enlève lors de la miction et qui pour cela même, passe inaperçue. La plus grande partie du produit sécrété est en réalité une espèce de fausse membrane développée sur la muqueuse urétrale et n'a aucun rapport avec les liquides provenant de la prostate ou des glandes de Cowper. Quand la maladie est aiguë, cette sécrétion est très abondante; quand elle passe à l'état chronique, il n'y a plus que quelques débris épithéliaux qui passent avec l'urine. L'examen microscopique de cette sécrétion y révèle quelquefois la présence du sperme; on sait que l'inflammation des parties profondes de l'urètre peut s'accompagner de pollutions nocturnes. Il n'est pas facile de dire, au seul aspect de la sécrétion, si c'est la portion antérieure ou la portion postérieure du canal qui est affectée. En général, la sécrétion venant de la région antérieure est plus épaisse et plus filante.

Ce malade a uriné, et vous pouvez remarquer la présence de petites masses fibrineuses dans l'urine. Étant aussi petites et aussi isolées, elles ne proviennent, probablement, que de quelques points enflammés de l'urètre. Où siège l'urétrite dans ce cas-ci? Indubitablement dans la portion antérieure, puisque le patient n'éprouve aucune douleur en urinant. Si la portion prostatique était affectée, il y aurait douleur à la fin de la miction.

Quel est le traitement à suivre? L'urétrite chronique amène des altérations de l'urèthre. Avons-nous, ici, des symptômes d'épaississement de la muqueuse ou une stricture? Pouvons-nous passer un cathéter No 24 et 26? Si nous découvrons une stricture, il faut commencer immédiatement à la dilater.

La seconde indication est de traiter localement l'inflammation, ce qui peut se faire au moyen d'une seringue ordinaire. Dans la gonorrhée aiguë, il est non-seulement inutile mais encore positivement nuisible de faire des injections trop considérables. Il vaut mieux n'injecter qu'une demi-seringue à la fois et répéter l'injection deux ou trois fois. Rien ne peut enlever la sécrétion purulente aussi bien que le jet même de l'urine, de sorte qu'il est de bonne pratique de faire uriner le malade avant de pratiquer l'injection.

A très peu d'exceptions près, les strictures les plus étroites se rencontrent dans la portion bulbeuse, d'où il suit que dans les cas rebelles d'urétrite, nous devons faire les applications nécessaires sur les parties profondes du canal. Ce n'est pas toujours chose facile, car les muscles bulbaires, se contractant sous la moindre irritation, chasseront le liquide au dehors. Il importe de porter les applications sur le mal même, ce qui ne peut se faire qu'au moyen d'un cathéter ou d'une seringue faite expressément dans ce but. Un cathéter de petit calibre (No 7) est ce qui convient le mieux. Introduisez-le lentement jusqu'à environ douze ou quinze centimètres, jusqu'à ce que vous rencontriez un obstacle dû à la contraction des muscles. Injectez alors de 200 à 300 centigrammes. En pratiquant ceci une fois par jour, vous opérerez une guérison assez prompte. La solution doit être toujours chaude. Pour moi, j'emploie la formule suivante: R alun, sulfate de zinc, acide carbolique pur, de chaque, 1 partie; eau distillée, 500 parties. Ceci peut être dilué autant qu'on le veut. On augmentera chaque jour le titre de la solution jusqu'à ce qu'il représente quatre parties de chaque ingrédient.

Vous pouvez aussi employer: Permanganate de potasse, 2 parties; eau distillée, 200 parties.

Ajoutez dix pour cent de cette solution à un grand verre d'eau chaude pour chaque injection; vous pouvez augmenter graduellement à 50 pour cent.

Nous avons enfin une troisième formule: R. nitrate d'argent 1 partie: eau distillée, 500 parties.

Chez le patient que voici, j'introduis un cathéter à l'extrémité duquel est attaché un long tube de caoutchouc; vous voyez combien il est facile, de la sorte, de pratiquer l'injection au moyen d'une seringue ordinaire en caoutchouc. De fait, le malade peut facilement apprendre à se la faire lui-même. Ici je ne puis découvrir aucun rétrécissement, quoique la muqueuse de la partie antérieure de l'urèthre semble être épaissie.

Symptôme pathognomonique de la fracture du col du fémur.—Il n'est pas de chirurgien qui ne sache l'immense difficulté qu'on rencontre souvent à diagnostiquer d'une façon absolument précise la fracture extra ou intracapsulaire du col du fémur.

Les symptômes qu'elle amène sont, en effet, ordinairement insuffisants et inconstants.

Et de fait, la douleur, la tuméfaction et l'impuissance fonctionnelle sont des symptômes communs à trop de lésions traumatiques différentes pour qu'on puisse leur donner une importance particulière dans le diagnostic de la fracture dont nous nous occupons. L'élevation du grand trochanter peut ne pas se manifester, non seulement parce que le grand trochanter peut ne pas s'élever, mais encore parce qu'en se portant un peu en arrière il peut rester toujours à la même distance de la crête de l'iléon qui va en s'élevant progressivement d'avant en arrière. La rotation du pied en dehors n'est pas constante, et l'on peut dans quelques cas rares avoir l'occasion de voir le pied tourné en dedans; la crépitation est un symptôme extrêmement difficile à reconnaître, et la diminution de l'arc de cercle que décrit le trochanter dans les mouvements de rotation imprimés à l'articulation est niée par Boyer et par d'autres autorités chirurgicales.

Voici, d'après M. le professeur Bezzi, à quel signe on pourra rendre évidente la fracture du col du fémur.

A l'hôpital de Milan, il existe une pratique traditionnelle qui consiste à explorer, chaque fois que l'on soupçonne la fracture du col, le court espace qui se trouve entre le trochanter et la crête de l'iléon. Au lieu de la résistance considérable que présente dans le membre sain la tension du muscle tenseur du fascia lata, on rencontre, lorsque le membre est malade, une dépression profonde due évidemment à la diminution de tension de ce muscle par suite du rapprochement de ses points d'attache.—*Revue médicale française et étrangère.*

La trachéotomie dans la phthisie laryngée.—M. GOUGUENHEIM communique à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade atteint de phthisie laryngée et qui était sur le point de succomber lorsque M. Dujardin-Beaumetz, dans le service duquel il se trouvait alors, lui fit la trachéotomie. A la suite de cette opération, ce malade, bien que déjà arrivé à une période avancée de la tuberculose, se trouva singulièrement amélioré et M. Dujardin-Beaumetz l'envoya dans le service de son collègue M. Gouguenheim, où il vécut encore pendant six semaines après l'opération. Ce malade ayant fini par succomber aux progrès de la tuberculose, voici ce qu'on trouva à l'autopsie: il y avait de nombreuses et volumineuses végétations tuberculeuses sur le larynx dont le calibre était presque entièrement bouché, de telle sorte qu'au moment où fut faite la trachéotomie, la suffocation était imminente. Il y avait également de l'adénopathie trachéo-laryngienne et, à cette occasion, M. Gouguenheim fait observer qu'il existe en cette région de nombreux ganglions qui n'ont encore été décrits par aucun anatomiste, et que l'hypertrophie de ces ganglions, en comprimant le nerf récurrent, peut amener des accidents très redoutables.—*Gazette des hôpitaux.*

Z..., est bien malade.

Le docteur est au chevet et le console.

—Rassurez-vous, cher ami...

—Croyez-vous que ce ne soit pas fini ?

—Hum !... reprend le docteur, tout ce que je puis vous dire, c'est que, avec cette maladie, le cadavre ne sera pas défiguré.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De la couveuse pour enfants.—Extrait d'une monographie du Dr. A. AUVARD, interne à la Maternité de Paris.—La question du milieu dans lequel le nouveau-né peut être placé, surtout quand il vient avant terme, a été depuis longtemps le sujet des études et des recherches de la science obstétricale. L'emploi des couveuses pour enfants, introduites à la Maternité en 1881, par notre excellent maître M. Tarnier, nous paraît, vu les résultats qu'elles ont fournis, constituer un réel progrès, et mériter l'attention des médecins.

Une des couveuses de la Maternité de Paris, construite, d'après les indications de M. Tarnier, par M. Odile Martini, se compose d'une boîte en bois dont les parois sont épaisses de 4 à 5 pouces et remplies de sciure de bois, pour les rendre isolantes autant que possible. Cette boîte, reposant sur un piédestal, est haute, y compris ce dernier, de 3 pieds $1\frac{1}{2}$ pouces, large de 2 pieds $3\frac{1}{2}$ pouces, et profonde de 2 pieds $9\frac{1}{2}$ pouces.

Elle est séparée en deux compartiments par une division centrale. Le compartiment inférieur contient le réservoir d'eau chaude; le supérieur est destiné à recevoir le berceau de l'enfant.

La caisse en métal qui constitue le réservoir d'eau chaude remplit presque tout le compartiment inférieur. Ses dimensions extérieures sont les suivantes : largeur $15\frac{3}{4}$ pouces, profondeur $22\frac{3}{4}$ pouces, hauteur $12\frac{1}{4}$ pouces. Son contenu est de 18 gallons environ. Entre les parois des réservoirs et celles de la caisse en métal il y a un espace libre, de 1 pouce, destiné à la circulation de l'air qui, venant des parties inférieures, monte dans le compartiment supérieur et s'échappe par des orifices pratiqués au couvercle de la boîte.

Au réservoir d'eau chaude est adapté un robinet permettant de le vider facilement, et un thermosiphon.

Le compartiment supérieur est destiné à recevoir une corbeille dans laquelle sera placé l'enfant. Elle a pour dimensions : hauteur 1 pied largeur $1\frac{1}{2}$ pieds, profondeur 2 pieds. Ce compartiment n'est séparé de l'inférieur que par une paroi à jour permettant un libre accès de l'air de l'un dans l'autre. Il communique avec l'extérieur par deux orifices : l'un percé dans la paroi supérieure de la boîte, et fermé par un double couvercle en verre; l'autre s'ouvrant à la façon d'une porte comprenant presque toute la paroi latérale du compartiment et permettant d'enlever facilement le berceau de l'enfant en l'attirant au dehors.

Aux quatre coins de l'ouverture supérieure se trouve un orifice arrondi de $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre, pour permettre le passage de l'air de telle sorte que ce fluide, pénétrant entre le piédestal et la boîte par les solutions de continuité qui existent à ce niveau, monte le long des parois du réservoir d'eau chaude, arrive échauffé dans le compartiment supérieur, où il séjourne un temps variable, et enfin s'échappe par un des orifices que nous venons de mentionner.

Au réservoir d'eau chaude est adapté un thermosiphon. Il suffit d'allumer la lampe représentée dans la figure, lampe alimentée soit par le gaz, soit par l'alcool, soit par l'essence de pétrole, pour que le liquide contenu dans le cylindre s'échauffe rapidement. Puis le liquide échauffé, s'échappant par le tube supérieur, pénètre dans le réservoir;

il est remplacé dans le thermosiphon par une partie égale de liquide revenant par le tube inférieur. Un courant se trouve ainsi établi dans toute la masse du réservoir, dont la température s'élève progressivement jusqu'au degré désiré.

La couveuse que nous venons de décrire constitue pour une maternité un bon appareil, mais pour la clientèle privée elle présente deux inconvénients, son prix et son volume, qui peuvent faire reculer devant son emploi, malgré ses avantages. Pour y remédier, guidé par les avis de M. Tarnier, nous avons fait construire le modèle suivant, dont la simplicité est la principale qualité et que toute personne pourra sans difficulté se procurer auprès d'un menuisier quelconque.

Cet appareil est représenté par les trois figures ci-jointes :

Il se compose d'une caisse en bois longue de 2 pieds $1\frac{1}{2}$ pouces, large de 14 pouces, haute de $19\frac{1}{2}$ pouces (dimensions extérieures) : l'épaisseur des parois étant d'environ 1 pouce.

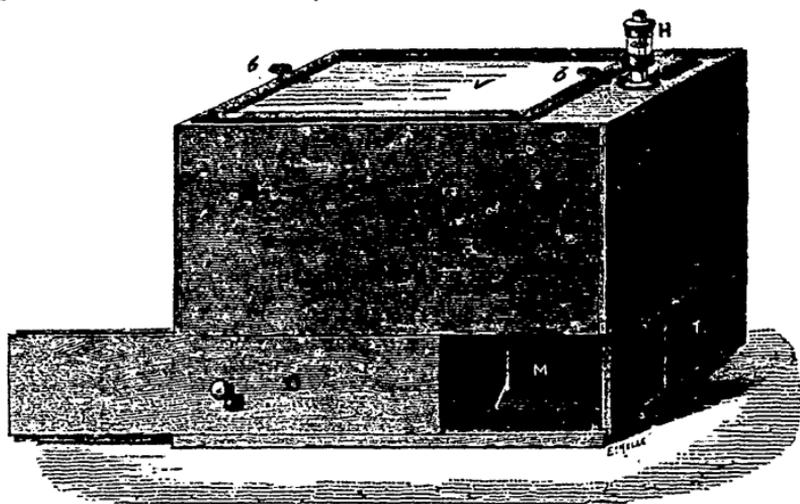


FIG. 1.

L'intérieur de la caisse est divisé en deux parties par une cloison horizontale incomplète (fig. 2, P) située à environ 6 pouces de la paroi inférieure.

Dans l'étage inférieur, destiné à recevoir des boules d'eau chaude en grès, connues à Paris sous le nom de moines, sont pratiquées deux ouvertures, l'une latérale (fig. 1, O), occupant toute la longueur de la paroi, fermée par une porte à coulisse et pouvant à volonté se tirer dans les deux sens; c'est la voie d'introduction des boules; l'autre percée à une des extrémités de la boîte (fig. 1 et 2, T), obturée par une porte incomplète, c'est-à-dire moins grande que l'orifice qu'elle recouvre, de manière à permettre toujours le passage d'une certaine quantité d'air.

L'étage supérieur, disposé pour recevoir l'enfant, est garni de coussins à cet effet; il s'ouvre en haut par un couvercle vitré (fig. 2, V) dont la fermeture est aussi complète que possible; deux boutons (fig. 1 et 2, bb) permettent de l'enlever facilement. Sur la paroi supérieure se trouve un orifice de sortie auquel est fixé, si on veut, un tube muni à son intérieur d'une petite hélice très mobile et pouvant tourner sous l'influence d'un faible courant d'air (fig. 1, H).

Dans l'ouverture qui fait communiquer les deux compartiments, on place une éponge imbibée d'eau simple pour humidifier l'air, et aussi un thermomètre destiné à marquer la température de l'appareil.

Les parois doivent avoir une épaisseur de 1 pouce environ. Pour les rendre plus isolantes, on peut les tapisser à l'intérieur et à l'extérieur d'un feutre blanc ou simplement de toile blanche sous laquelle on glissera une légère couche de ouate. C'est déjà un perfectionnement qui n'est pas indispensable, et auquel chacun à son gré peut en ajouter de nombreux autres. Le modèle avec lequel nous avons fait nos essais à la Maternité se compose d'une simple boîte en bois et sans revêtement aucun : nous avons, avec lui, obtenu une température suffisamment chaude et constante.

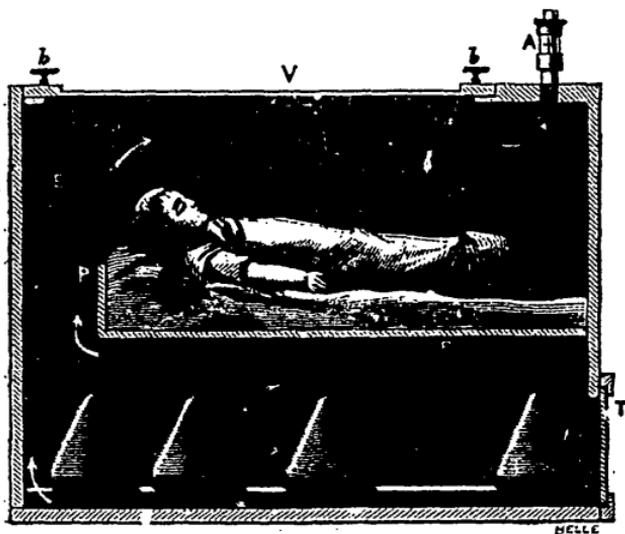


FIG. 2.

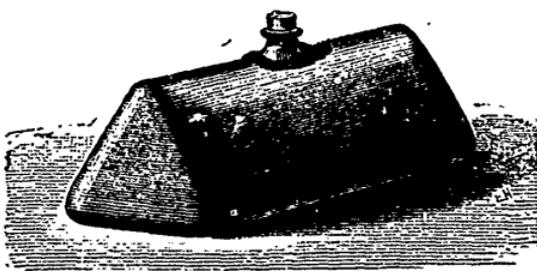


FIG. 3.

Le chauffage se fait au moyen de boules en grès ou moines, dont un modèle est représenté dans la figure 3 ; elles ont une longueur de 11½ pouces et une capacité d'une chopine. La couveuse peut contenir cinq moines, mais quatre ordinairement suffisent pour maintenir la chaleur nécessaire, c'est-à-dire variant entre 31 et 32° cent., la température extérieure de la chambre étant de 16 à 18°.

Pour chauffer la couveuse nous procédons de la façon suivante : on commence par mettre trois boules remplies d'eau bouillante dans l'appareil ; au bout d'une demi-heure elle a atteint le degré voulu, et on peut y placer l'enfant. Si à ce moment la température tend à s'élever

au-dessus de 32°, on ouvre légèrement le couvercle en verre pendant quelques instants.

Au bout de deux heures on met une quatrième boule, et à partir de ce moment toutes les heures et demie ou deux heures il faut changer le contenu d'une des boules, celle qui est la moins chaude, et avoir soin d'y faire verser de l'eau bien bouillante. Si l'eau n'est que chaude et non bouillante, la chaleur fournie ne sera pas suffisante, et malgré le renouvellement des moines on ne pourra empêcher la température de l'appareil de s'abaisser.

À l'aide de quatre boules, dont on en renouvelle une toutes les deux heures, nous avons, avec le modèle que nous possédons à la Maternité et qui est un peu plus large que celui indiqué précédemment, obtenu une température oscillant entre 31 et 33°, le thermomètre marquant à l'extérieur 16 à 18°.

Si la température menaçait de devenir trop haute et de dépasser 33°, ce qui arrive rarement, on peut ouvrir légèrement le couvercle supérieur. Avec cet appareil, d'ailleurs, et en ayant soin de procéder comme il vient d'être indiqué, il n'y a pas de danger d'atteindre un degré trop élevé de chaleur et pouvant nuire à l'enfant; nous n'avons pas vu ce degré dépasser 36 et, maintenus seulement pendant quelques instants, ces 36° ne peuvent exercer aucune influence fâcheuse sur le nouveau-né placé dans l'appareil.

L'air pénétrant par la petite trappe décrite plus haut, s'échauffe au contact des boules et, devenant ainsi plus léger, monte dans l'étage supérieur, s'imprégnant au passage de vapeur d'eau au contact de l'éponge (fig. 2, E) qu'on aura soin de conserver humide. Cet air vient ensuite entourer l'enfant, dont il balaye pour ainsi dire toute la surface et s'échappe par l'orifice de sortie placé à l'extrémité opposée, en imprimant à l'hélice un mouvement de rotation, preuve palpable de l'existence de ce courant d'air, qui est indispensable au bon fonctionnement de l'appareil.

Le changement des boules doit autant que possible coïncider avec la sortie de l'enfant hors de la couveuse, sortie qui a pour effet de refroidir l'appareil. On évitera presque complètement le refroidissement en refermant le couvercle aussitôt après qu'on a enlevé l'enfant.

La couveuse doit être placée à l'abri de tout courant d'air, sur deux chaises, ou une petite table basse, en ayant soin de la mettre bien d'aplomb, sans quoi l'hélice du ventilateur ne tourne pas ou difficilement.

Les mesures que nous avons données plus haut sont celles à suivre si on désire avoir une couveuse pour un seul enfant. Si on voulait un appareil pour deux enfants, il suffirait, en conservant les autres dimensions, d'augmenter la largeur, et de la porter au lieu de 14, à 16 ou 20 pes.

Des boules en grès, quelle que soit leur forme, peuvent être employées; nous avons chauffé notre appareil avec des bouteilles en grès différant un peu des moines se trouvant à la Maternité; les résultats ont été à peu près les mêmes qu'avec les moines. Suivant les boules qu'on voudra employer il faudra modifier les dimensions de la couveuse de manière à ce que l'étage supérieur puisse les recevoir facilement (1).—(A suivre.)

(1) Le modèle et les différentes indications pour la construction de la couveuse que nous venons de décrire, ont été confiés à M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, 2 Rue de l'École de Médecine, Paris.

Des ulcérations du col de l'utérus; diagnostic et traitement.—

Ce sujet est un des plus controversés de la gynécologie, et la lecture des chapitres que lui ont consacrés les auteurs spéciaux, nous laisse dans un état de trouble et de perplexité vraiment désagréable.

L'accord n'existe, en effet, sur aucun point, entre des écrivains également réputés; ceux-ci arrivent aux conclusions les plus opposées sur la fréquence, la pathogénie, l'importance et le traitement, si bien que le lecteur, après avoir pris connaissance des affirmations contradictoires et n'ayant aucune raison pour repousser les unes plutôt que les autres, se demande anxieusement quelle conduite il tiendra lorsqu'il aura constaté chez une femme l'existence d'une de ces ulcérations si énigmatiques.

Nous avons, comme chaque médecin probablement, éprouvé cet embarras; mais nous avons aussi, comme tous les autres, constaté que ce sujet, singulièrement obscur dans la théorie, s'éclaire notablement à la lumière de la pratique.

Nous rappellerons en quelques mots les principales manières de voir des auteurs. Les plus anciens ont considéré l'ulcération du col utérin comme la cause des autres états morbides qui coexistent si fréquemment avec elle; la conséquence de cette manière d'envisager la question est la nécessité de chercher à reconnaître, le plus tôt possible, l'existence de l'ulcération, puis de la traiter avec la plus grande énergie, afin d'enrayer les complications qu'elle est supposée devoir entraîner à sa suite. — Pour d'autres gynécologistes, l'ulcération n'est qu'un symptôme presque banal, commun à plusieurs états morbides de l'utérus ou du vagin, et il n'y a guère à s'en préoccuper, parce que l'ulcère guérira de lui-même, quand aura guéri la maladie primitive. Cette opinion a des adeptes de deux nuances, les uns qui attribuent le plus grand nombre des ulcérations du col à l'engorgement, les autres qui y voient simplement le résultat de la leucorrhée.

Un premier fait qui ne nous paraît pas contestable, c'est la fréquence des ulcérations du col; il n'est pas moins certain que les causes les plus diverses sont susceptibles d'amener des ulcérations, et que la constatation pure et simple d'une perte de substance du tissu du col ne signifie rien, si on ne cherche pas à en déterminer la cause; ici, plus que partout ailleurs, peut-être, la thérapeutique aveugle de la lésion seule est de nul effet.

Les auteurs classiques ont établi des classifications diverses dont nous ne dirons qu'un mot. — Ainsi Courty distingue, au point de vue de la profondeur et de la durée de la perte de substance, l'exulcération, l'ulcération et l'ulcère, la première étant légère, superficielle; la seconde se développant surtout sous l'influence d'un état diathésique et se faisant remarquer par une destruction envahissante. — De Sinéty admet trois groupes: les lésions essentiellement bénignes, le plus souvent associées à la métrite; — d'autres également bénignes en tant que lésions locales, mais de nature contagieuse, vénérienne ou syphilitique; — d'autres, enfin, graves à la fois par leur tendance destructive locale, et par la généralisation à d'autres organes du processus néoplasique qui les a engendrées; le cancer par exemple. — M. Desprès avait admis quatre formes: ulcère érythémateux, glandulaire, chancereux, plaque muqueuse.

Il est facile de voir que toutes ces divisions sont attaquables, étant

tantôt incomplètes, parce qu'elles ne comprennent pas toutes les variétés, et tantôt confondant des lésions dissemblables dont la thérapeutique doit varier.

Pour simplifier, nous allons nous supposer en face d'une malade soumise à notre examen, et passer en revue les conditions locales et générales qui peuvent nous amener au diagnostic.

Les malheureuses femmes qui sont atteintes de *prolapsus utérin complet* à ce degré où le museau de tanche fait saillie hors de la vulve, présentent habituellement une ulcération de la muqueuse du col qui est de cause uniquement traumatique ; la réduction de la matrice et sa contention à l'aide du pressaire pourront quelquefois suffire à guérir cette ulcération ; d'autres fois, le contact du pressaire lui-même contribuera à l'entretenir, et le seul procédé de guérison radicale sera l'élytrorrhaphie, qui consiste à cloisonner le vagin en avivant ses parois, puis en les réunissant par des points de suture.

L'examen de la vulve et des téguments voisins peut déjà nous mettre sur la voie d'une ulcération du col, ou tout au moins nous servir beaucoup à déterminer la nature de celle-ci, une fois constatée. En premier lieu, les dermatoses aiguës ou chroniques, herpès, eczéma, érythème, acné, susceptibles, suivant certains auteurs, d'affecter à la fois les organes génitaux internes et externes, les lésions chancereuses, les plaques muqueuses, les adénopathies inguinales doivent être notées.

Mais supposons que rien ne frappe notre vue à l'extérieur. Nous pratiquons le toucher avant d'appliquer le spéculum, précaution toujours indispensable afin de pouvoir saisir le col sans tâtonnement, sans douleur pour la malade, et sans écoulement de sang, car le doigt seul, s'il est déjà suffisamment exercé, nous fournit des renseignements de premier ordre. On peut d'abord constater la direction du col et du corps, leur volume et leur consistance, leur sensibilité, la liberté des culs-de-sac, toutes notions capitales et beaucoup plus importantes que l'existence d'une ulcération en elle-même. D'ailleurs, le doigt nous apprend si la muqueuse du col est lisse et recouverte de son épithélium ou dénudée de celui-ci et inégale, granuleuse, anfractueuse. Nous pensons n'être pas contredit par aucun gynécologue, en affirmant qu'à l'exception des exulcérations très insignifiantes, on doit savoir, par le toucher seul, constater l'existence d'une ulcération, et, dans certains cas, les constatations que nous avons faites peuvent nous interdire d'appliquer le spéculum, au moins provisoirement ; ces cas sont l'existence d'un état inflammatoire aigu du vagin qui est chaud et excessivement douloureux, de masses pelvipéritonitiques dans les culs-de-sac, immobilisant l'utérus, ou d'un champignon fongueux, saignant au moindre contact avec grande abondance, comme dans certains épithéliomas. Dans tous ces cas, notre malade ne retirerait aucun bénéfice de l'application du spéculum, du moins provisoirement ; quand nous aurions complété de visu nos renseignements sur l'aspect de l'ulcération dont le toucher nous a déjà révélé l'existence et certains caractères, cet avantage mince ne saurait compenser la douleur, l'augmentation des phénomènes inflammatoires, ou l'hémorrhagie inquiétante auxquelles nous expose, en pareil cas, l'introduction du spéculum.

À supposer qu'aucune de ces contre-indications à l'examen visuel du col n'existe, celui-ci étant embrassé par les valves du spéculum et détergé à l'aide d'un pinceau de charpie ou d'un bourdonnet d'ouate

ou humide, au besoin même à l'aide d'une injection, quels sont les aspects qui peuvent s'offrir à nous ?

En premier lieu, nous croyons devoir mettre en défiance contre un aspect ulcéreux ou plutôt pseudo-ulcéreux du col qui ne doit pas être interprété comme un état pathologique. Une fois sur quinze ou vingt femmes n'éprouvant aucun symptôme morbide du côté de l'utérus, on observe, dit Sinéty, dans une étendue plus ou moins grande autour de l'orifice externe, une surface irrégulière, tomenteuse, d'un rouge vif. Chez les nullipares, cet espace rouge est circulaire et augmenté peu quand on presse sur les culs-de-sac vaginaux avec l'extrémité du spéculum; chez les multipares, cette manœuvre exagère considérablement les dimensions de la région paraissant ulcérée, en amenant un renversement des lèvres du col (ectropion artificiel). Cette coloration rouge-vif d'apparence ulcéreuse du pourtour de l'orifice, qui peut s'observer même chez le nouveau-né (Fischel), est due à une différence dans le revêtement épithélial. Car, tandis que la coloration rosée, l'aspect lisse et régulier du col résultent de la présence de l'épithélium pavimenteux, la teinte rouge-vif et l'apparence tomenteuse se montrent sur les points revêtus d'épithélium cylindrique. Or, chez les femmes qui présentent l'aspect pseudo-ulcérateur, les cellules cylindriques se prolongent sur la partie libre du col, au lieu de tapisser uniquement la cavité cervicale comme chez les autres.

Si nous avons insisté sur ces pseudo-ulcérations, c'est que, trop souvent, des médecins peu familiarisés avec la gynécologie et s'effrayant facilement de l'existence d'une ulcération sur le col, se sont hâtés de cautériser la partie qui semblait ulcérée; par l'action du caustique, l'épithélium se desquame en ce point; à des examens ultérieurs, l'aspect ulcéreux étant de plus en plus marqué, les cautérisations se succèdent sans profit aucun pour la femme.

C'est ici le lieu de dire que beaucoup de médecins abusent des cautérisations du col, surtout des cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent. Car, ou bien l'ulcération n'est pas liée à un état inflammatoire des tissus sous-jacents, elle est soit une pseudo-ulcération, soit le résultat d'une dermatose du col, et elle ne réclame aucun caustique; passagère, elle guérira spontanément, comme l'herpès du col; diathésique, elle ne disparaîtra que si on traite l'état général; — ou bien elle est un épisode de la métrite et, pour en venir à bout, il faudra modifier bien plus profondément les tissus que ne peut le faire l'action éminemment superficielle du nitrate d'argent solidifié.—(A suivre).—*Concours médical.*

Ictères de la grossesse.—M. le Dr QUÉREL, de Marseille, a lu à l'Académie de Médecine de Paris, une note sur ce sujet, qu'il termine par les conclusions suivantes :

Il y a trois variétés d'ictères pendant la grossesse :

- 1^o Un ictère du début, lié à un état morbide du canal alimentaire ;
- 2^o Un ictère de la fin de la grossesse, dû à la compression des conduits excréteurs (forme rare) ;
- 3^o Un ictère pouvant se montrer à toutes les époques de la grossesse ; il est dû à une affection hépatique de nature variable (dégénérescence, atrophie, etc.), se développant sous l'influence de l'état grévide.

—*Scaipel.*

Du catarrhe et de l'ulcère du col de l'utérus pendant la grossesse, par SLJELSCRUP.—Lorsqu'une femme, qui a mené à bien une première grossesse sans accident, est prise, dans le cours d'une seconde-grossesse, de vomissements, de douleurs mobiles et violentes dans le bassin, on doit souvent soupçonner un catarrhe chronique du col, datant d'avant la conception, et que l'état gravide exaspère. D'ailleurs, il peut se développer pendant le cours de la grossesse même, rapidement, soudainement, et sa disparition se fera non moins inopinément. Cependant, sans traitement, il subsiste généralement jusqu'à la délivrance, guérit alors, ou subsiste aux couches. L'auteur conseille la cautérisation au nitrate d'argent mitigé (parties égales avec nitrate de potasse), 10 à 12 applications suffisent, à raison de 2 par semaine; en même temps, des injections tièdes. Dans les trois cas cités, cette médication fut, en effet, suivie d'un prompt succès.—*Abeille médicale.*

Opération immédiate pour la lacération du périnée, par R. C. M. PAGE.—Quand après l'accouchement le périnée présente une solution de continuité ne mesurant que quelques millimètres, aucun traitement n'est nécessaire pour la guérison d'une plaie aussi peu importante, mais il n'en est pas de même quand la déchirure s'étend jusqu'au voisinage du sphincter anal ou même intéresse ce sphincter, remontant plus ou moins loin le long de la cloïson recto-vaginale.

Dans ce second et troisième degré une opération devient nécessaire. Il faut peu croire aux succès obtenus dans les cas de genre par le simple rapprochement des membres inférieurs.

Faut-il pratiquer l'opération tout de suite après l'accident ou seulement quelque temps après? Telle est la question qui divise les auteurs; toutefois les partisans de l'opération immédiate deviennent tous les jours de plus en plus nombreux.

Les statistiques fournies par la pratique privée sont pleinement en faveur de l'opération immédiate, la proportion des succès y est en effet très considérable. Moins satisfaisants sont les résultats fournis par l'hôpital; néanmoins, en réunissant différents cas opérés dans les hôpitaux de New-York, M. Page trouve que sur 25 cas il y a eu 16 guérisons et 9 échecs.

L'opération immédiate sera faite suivant les règles habituelles sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister ici.

Dans tous les cas qui ne sont pas très graves, l'emploi de l'anesthésie est inutile.

Les sutures pourront être pratiquées avec des fils d'argent, de la soie ou du catgut. L'auteur donne la préférence à la soie.

Quand l'opération immédiate a échoué, l'opération secondaire ne doit pas être différée au-delà du temps nécessaire pour placer la femme dans la condition favorable pour la subir, c'est-à-dire deux mois environ après l'accouchement.—*Bulletin de thérapeutique.*

Aménorrhée.—Les Drs RINGER et MURRELL emploient dans l'aménorrhée le permanganate de potasse en solution ou pilule, à la dose, d'abord, de $1\frac{1}{2}$ gr., trois fois par jour, en augmentant progressivement à $2\frac{1}{2}$ gr. Excellents résultats chez les filles de 18 à 25 ans, en instituant le traitement quelques jours avant l'époque des règles. Même succès chez les femmes de 35 à 40 ans, pour aménorrhée à la suite d'accouchements répétés et de lactation prolongée.

DERMATOLOGIE.

De la dermatite exfoliatrice généralisée.— Sous le nom de *pityriasis rubra*, on a confondu et on confond encore, à l'étranger et même en France, toutes les éruptions rouges généralisées, à desquamation lamelleuse. Des travaux récents sortis de l'hôpital Saint-Louis permettent cependant de distinguer, dans ce groupe complexe de dermatopathies, plusieurs entités morbides.

Nous nous bornerons pour aujourd'hui à entretenir nos lecteurs de la *dermatite exfoliatrice* que M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et son ancien interne, M. Brocq, ont nettement définie et isolée des autres affections desquamatives généralisées.

M. Vidal, le premier en France, décrit sous le nom de *dermatite exfoliatrice généralisée* une maladie semblable à celles que Wilks et Erasmus Wilson avaient rapportées en Angleterre, mais sans les distinguer des autres formes desquamatives englobées sous le nom de *pityriasis rubra*. Pour M. Vidal, il s'agit d'une véritable entité morbide, d'une maladie générale, *totius substantiæ*. Son élève, M. Percheron, n'a pas su se maintenir dans les termes de la définition de M. Vidal, et a réuni dans sa thèse, d'ailleurs excellente, des observations disparates. M. Quinquaud, sous le nom de *dermite aiguë grave primitive*, a décrit une affection qui ne semble pas différer de la dermatite exfoliatrice de M. Vidal.

La dermatite exfoliatrice généralisée est une maladie primitive, frappant des sujets bien portants et indemnes de toute affection cutanée antérieure. L'éruption débute par des plaques rouges, le plus souvent au niveau des aines, et envahit progressivement toute la surface du corps, de la tête aux pieds, mettant en moyenne huit jours pour se généraliser. A la période d'état de la maladie, on observe une rougeur intense du derme avec infiltration légère et desquamation en larges lamelles blanches, feuilletées, imbriquées, adhérentes par leur bord supérieur, flottantes dans le reste de leur étendue.

Il est important d'insister sur la généralisation absolue de l'éruption ; il n'y a pas un seul point de la peau qui soit respecté, tandis que, dans l'eczéma généralisé par exemple, il y a quelques places saines. La peau reste sèche, sauf un léger suintement au niveau des plis articulaires et des points excoriés par les malades. Un caractère principal, peut-être pathognomonique, c'est la chute constante des phanères (ongles des mains et des pieds, cheveux, barbe, sourcils, cils, poils du corps). Il y a plutôt un sentiment de brûlure ou de cuisson au début qu'un véritable prurit. Les malades présentent une vive sensibilité au froid et veulent être bien couverts.

Il existe un mouvement fébrile très accusé avec des exacerbations vespérales qui atteignent 39° et même 40°. Toutefois, l'état général peut rester bon et l'appétit être conservé. Dans quelques cas, survient un amaigrissement notable et un état de prostration inquiétant.

Voici la définition de Brocq : maladie de l'âge adulte, générale, ne paraissant pas contagieuse, ayant une évolution cyclique (périodes d'augment, d'état et de déclin), caractérisée à la période d'état par une rougeur intense généralisée du derme, par une exfoliation lamelleuse

abondante et longtemps répétée de l'épiderme, par la chute des phanères (poils et ongles), par des phénomènes généraux: fièvre, prostration, affaiblissement marqué, rarement mortelle et se terminant d'ordinaire par une complète guérison, ayant en moyenne 4 mois de durée, mais pouvant être prolongée jusqu'à 8 ou 11 mois par des complications ou rechutes.

Le cas que nous observons actuellement dans le service de M. Vidal rentre assez bien dans cette définition. C'est un homme de 27 ans, sans antécédents morbides, travaillant depuis l'âge de 12 ans dans les caves en qualité de tonnelier, exposé par cela même à l'influence de l'humidité et de l'alcool. Il a été pris, il y a 3 mois, au cours d'une bonne santé, d'une éruption à la partie interne et supérieure des cuisses. Cette éruption n'a pas tardé à se généraliser et le malade a bientôt présenté une rougeur écarlate de tout le corps. Bientôt est survenue une desquamation lamelleuse sèche, très abondante, qui est aujourd'hui à son apogée; l'épiderme s'enlève par larges lamelles, les cheveux, la barbe, les sourcils, les cils, tous les poils du corps et les ongles des pieds et des mains tombent les uns après les autres. Le malade est très sensible au froid; il a conservé son appétit, mais il a de la fièvre et accuse une grande faiblesse qui l'oblige à tenir le lit. Il y a quelques semaines, la vue s'est obscurcie, et aujourd'hui encore le malade se plaint de ne pouvoir fixer la lumière, ce qui peut s'expliquer par la chute des cils.

Un médecin Rémois, ancien élève de Saint-Louis, qui soignait le malade avant son entrée à l'hôpital, nous l'avait adressé avec le diagnostic d'*eczéma généralisé*. Cette manière de voir peut évidemment se soutenir et beaucoup de médecins la partagent encore. Cependant, il nous semble que le début, la marche de l'affection, les caractères de la desquamation, la fièvre et surtout la chute des phanères rapprochent plus ce cas de la *dermatite exfoliatrice* que de l'*eczéma généralisé*.

Le diagnostic offre donc de réelles difficultés, surtout quand on n'a pas assisté au début de la maladie. La *scarlatine* et les *érythèmes desquamatifs scarlatiniformes* ont une évolution beaucoup plus courte; la fièvre tombe rapidement et la chute des phanères ne s'observe qu'exceptionnellement. L'*herpétide exfoliatrice* de Bazin succède lentement à une autre affection cutanée, dure beaucoup plus longtemps que la *dermatite exfoliatrice* et entraîne souvent la mort des malades. Le *pityriasis rubra* grave de Hébra a des squames beaucoup plus petites et une évolution fort lente. Le *pityriasis pilaris généralisé* se distingue facilement par l'exubérance dans le développement des phanères (ongles, cheveux, poils, etc.), d'où la justification du terme *hyperépidermotrophie* employé par M. Vidal.

M. Brocq se demande si le *pityriasis rubra chronique* grave de Hébra ne serait pas la forme chronique de la *dermatite exfoliatrice généralisée*.

Si la *dermatite exfoliatrice* n'entraîne la mort que très rarement, elle n'en doit pas moins être considérée comme une maladie grave, à cause de la durée des complications, des rechutes possibles et des difficultés que présente la convalescence. Cette maladie étant considérée comme une sorte de pseudo-exanthème prolongé, non contagieux, frappant surtout la peau et le système nerveux, il faut renoncer à l'espoir de la juguler. Il faut simplement s'efforcer, suivant M. Brocq, de pré-

venir les complications, d'écartor les causes qui pourraient augmenter l'intensité de l'éruption cutanée ou aggraver les phénomènes généraux, et de mettre enfin le malade dans les meilleures conditions pour mener à bien sa convalescence.

Comme traitement local, il conseille des onctions avec le liniment oléo calcaire suivies de l'enveloppement ouaté. Cet enveloppement rendrait la desquamation beaucoup moins abondante et diminuerait ainsi une des causes de débilitation. Les bains permanents pourraient peut-être donner de bons résultats. Ont ils été essayés ?

Comme traitement général, il faut surtout essayer de soutenir les forces du malade à l'aide des toniques, des amers, des ferrugineux (vin de quinquina, vin de gentiane; potions à l'extrait de quinquina, au perchlorure de fer; huile de foie de morue). Au point de vue de l'alimentation, M. Brocq recommande le régime lacté (2 à 3 pintes de lait coupé d'eau de chaux quand il y a de la diarrhée).

Tel est le traitement qu'on pourrait appeler *provisoire* de la dermatite exfoliatrice. Il est permis d'espérer en effet, que, lorsqu'on connaîtra mieux l'essence même de la maladie, on pourra diriger contre elle un traitement plus scientifique.—*Dr J. Comby, in Progrès médical.*

Eczéma pustuleux et phtiriasis de la tête.—Clinique du prof. L. A. DURING à l'hôpital de l'Université de Pennsylvanie.—La petite fille que vous voyez ici est âgée de treize ans et présente des pustules, croûtes, etc., du cuir chevelu. Cette exsudation a eu pour effet, grâce sans doute aux nombreuses applications locales qui ont été faites, de faire adhérer ensemble tous les cheveux. La lésion la plus récente consiste en de petites pustules de la grosseur d'une moitié de pois et situées sur un côté du visage et sur la partie postérieure de la tête, s'étendant même jusque sur le cou. La mère de la malade dit que l'affection a débuté alors que l'enfant n'avait que six mois et a toujours persisté depuis lors avec des alternatives de mieux et de rechutes.

Chaque fois qu'il nous est donné de voir les cheveux ainsi agglutinés et de constater des pustules du cuir chevelu, nous devons toujours soupçonner la présence de poux. Il arrive souvent que, dans les cas de ce genre, alors qu'un grand nombre d'applications locales ont été faites, la plus grande partie des poux ont été enlevés, de sorte que, un petit nombre seulement de ces derniers étant restés, il peut devenir difficile de retrouver le *corps du délit*. La présence des poux peut nonobstant être constatée par la présence de leurs œufs. Dans ce cas-ci, en examinant les cheveux sur les côtés et le derrière de la tête, nous les trouvons remplis de lentes qui ne peuvent laisser de doutes sur leur nature, si on y regarde de près. On trouve quelquefois un état de choses semblable dans les cas de séborrhée caractérisés par des débris d'épithélium adhérent aux cheveux, mais dans ce dernier cas, l'examen microscopique enlèvera tous les doutes.

Nous avons donc ici un cas d'eczéma pustuleux qui, à en juger par les apparences, existe depuis plusieurs mois et sur lequel les poux ont pris naissance. Un fait qu'il importe de ne pas oublier et que l'on rencontre dans la plupart de ces cas, c'est l'hypertrophie des ganglions cervicaux postérieurs; chez notre malade ces ganglions varient en grosseur, depuis un pois jusqu'à une grosse noix.

Le diagnostic une fois établi, le traitement est simple. Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux; la tête devra être enduite d'huile de

pétrole, puis recouvert d'un bonnet de flanelle durant toute la nuit. Le matin, grand lavage au savon et à l'eau. Une ou deux applications semblables sont tout ce qu'il faut pour enlever les poux. Il faut faire attention à ne pas employer le pétrole trop libéralement parce qu'il pourrait couler le long du cou et produire des excoriations.

Pour enlever les lentes, on applique un alcali ou un acide, puis on poigne soigneusement les cheveux. L'acide acétique dilué ou le vinaigre ordinaire constitue une des meilleures applications. Quand les poux auront été enlevés, nous nous occuperons de l'eczéma que nous traiterons au moyen d'un onguent renfermant une drachme de soufre pour une once de cosmoline.—*Philadelphia Medical Times*.

Prurit anal.—Cette affection de l'anus peut être due à une alimentation épicée contenant du capsicum, du gibier faisandé, des crustacés et diverses espèces de coquilles de mer. On l'a vu survenir, sans cause apparente, chez des goutteux : chez les enfants, il est le plus souvent symptomatique de vers intestinaux, et chez les femmes, de troubles utérins. Il suffit, le plus souvent, de supprimer la cause qui l'entretient pour faire disparaître le prurit de l'anus, mais ce n'est pas toujours facile, surtout s'il se lie à une constitution arthritique ou nerveuse. Comme moyens locaux, on peut employer des lotions avec de l'eau blanche, du lait d'amandes amères, une infusion de tabac ; avec un drachme d'acide hydrocyanique pour huit onces d'eau, avec de l'eau glacée ou très chaude, etc... Dans les cas les plus rebelles, on prescrira des pommades au goudron, ou bien renfermant du sous-acétate de plomb, de l'oxyde de zinc, et même du nitrate ou du bichlorure de mercure. D'ailleurs, il faut essayer plusieurs préparations ; car telle qui réussit dans un cas peut fort bien échouer dans un autre.

Lorsque l'affection est à l'état chronique, les lésions consécutives au grattage font que la peau est épaissie et fissurée tout autour de l'anus ; alors il est parfois nécessaire de faire tous les deux jours un badigeonnage avec une solution forte de nitrate d'argent ou des applications d'huile de cade. Il ne faut pas confondre le prurit de l'anus ou *pruritus* (*pruritus sine prurigo*), simple trouble de la sensibilité, non accompagné au début d'une éruption cutanée, avec le *prurigo*, dermatose également fort rebelle, caractérisée par une éruption de papules accompagnée de violentes démangeaisons. Le traitement de ces deux affections est à peu près identique.—*Dr Hamilton in American Pract.*

Du zona et de sa récidivité exceptionnelle.—M. Landouzy, à propos de deux cas de zona, a fait une leçon qui se résume ainsi :

Le zona ou zoster est une maladie générale, fébrile, spontanée, aiguë, presque cyclique, se terminant toujours par la guérison, conférant l'immunité, maladie générale à détermination cutanée circonscrite, laquelle détermination est subordonnée à une névropathie spécifique.

La caractéristique du zoster est moins dans l'apparition de l'exanthème vésiculeux circonscrit que dans la névropathie spécifique qui lui donne naissance. Ce n'est pas assez dire que de déclarer le zoster un trouble trophique, il faut le dire une névropathie spécifique.

Au point de vue de l'immunité, il y a des exceptions, mais bien rares : ainsi, M. Fabre a publié deux observations de récidive, et M. le professeur Hardy dans sa pratique n'en a observé que trois cas.—*Gazette des hôpitaux*.

Traitement des teignes.—M. E. BESNIER, médecin de l'hôpital St-Louis, a lu à l'Académie de médecine de Paris un rapport sur une note de M. Cramoisy, concernant le traitement des teignes par l'acide *pyro ligneux*. En voici le résumé sommaire :

1^o Pendant toute la durée du traitement, tenir les cheveux absolument ras aux ciseaux (jamais au rasoir qui est l'agent le plus actif d'auto-inoculation pour toutes les teignes sans exception, quel qu'en soit le siège) ; 2^o effectuer la séparation des parties saines d'avec les points malades, on faisant l'épilation des cheveux sains, autour des surfaces envahies, dans l'étendue de un demi-centimètre environ, (les pinces et ciseaux qui ont servi à un trichophytique doivent être *flambés* après chaque opération), et établir ainsi autour de tous les points malades une zone circonscrite d'épilation.

Cela fait, et la petite irritation qui suit l'épilation éteinte, faire exclusivement sur les surfaces malades, dans les aires circonscrites par l'épilation, une application d'acide pyro-ligneux à l'aide d'un pinceau quelconque à soies courtes et un peu raides, avec les précautions nécessaires pour que le liquide ne coule pas à l'entour. Cette application, très modérée la première fois, sera répétée autant que cela sera nécessaire, pour entretenir pendant quelques semaines, au niveau des parties atteintes, une irritation modérée et toujours surveillée.

Personnellement, ajouta-t-il, j'emploie le plus ordinairement pour cet objet soit l'acide acétique pur cristallisant, soit un mélange, à parties égales, de chloroforme et du même acide acétique, mais ces derniers agents réclament des détails de pratique dont il n'est pas nécessaire d'être pourvu, en employant l'acide pyro-ligneux qui peut être appliqué sans danger et sans douleur excessive.

En terminant, dit M. Besnier, je résume en quelques propositions les considérations émises à l'occasion du travail soumis par M. Cramoisy au jugement de l'Académie.

1^o Il n'existe pas d'agents véritablement parasitocides applicables au traitement des affections parasitaires en général, internes ou externes. Dans la cure des teignes, en particulier, la guérison ne s'obtient que par l'avulsion mécanique des parasites ou à l'aide d'une élimination vitale des plans cellulaires qu'ils occupent, effectuée par irritation desquamative.

2^o Les teignes sont soumises aux lois communes de la thérapeutique, leur traitement est une œuvre complexe qui a ses indications générales et spéciales et il n'y a pour aucune d'elles de médication absolue, exclusive, ni systématique.

3^o Le procédé de M. Cramoisy n'est pas applicable à la cure générale des teignes dans les conditions qu'il a indiquées, mais l'acide *pyro-ligneux*, qui forme la partie active de la préparation qu'il recommande, est un agent efficace et innocent d'irritation éliminatoire. Son emploi peut être recommandé dans le traitement particulier de la trichophytie, sous les réserves de détail que j'ai données.—*Praticien*.

La Société contre l'abus du tabac vient d'adresser une pétition à la Chambre pour obtenir une loi qui interdise aux paysans de fumer leurs terres.

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr Bruen.*

R.—Quiniæ bromid.....	gr. xvi
Syrup. zingib.....	} aa ʒi
Syrup. simpl.....	

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé quatre fois par jour, augmentant, s'il le faut, jusqu'à huit cuillerées.—*Columbus Med. Journal.*

Id.—*Dr W. C. Webb.*

R.—Croton chloral.....	ʒi
Tr. cardam.....	} aa ʒii
Glycerinæ.....	

M.—*Dose* : Une demi cuillerée à thé toutes les quatre heures, pour un enfant de deux ans.—*Medical Bulletin.*

Bronchite chronique des vieillards.—*Fothergill.*

R.—Amm. carb.....	gr v
Spt. chloroformi.....	m xx
Tinct. nuc. vomicæ.....	m x
Infus. senegac.....	ʒi

M.—A prendre toutes les six heures.—*Leonard's Ill. Med. Journal.*

Diarrhée.

R.—Bismuthi subnitri.....	gr. LX
Extr. rhaci liquid.....	gtt viii
Syrupi.....	ʒi

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé quatre ou six fois par jour.—*Columbus Medical Journal.*

Hémorrhoides.—*Dr W. H. Veatch.*

R.—Acid. carbolicæ.....	} aa ʒi
Glycerini.....	
Morphiæ sulph.....	gr viii
Aquæ destill.....	ʒii

M.—Injectez de cinq à dix gouttes de ce mélange dans chaque tumeur, et répétez tous les quinze jours jusqu'à guérison.—*Medical Age.*

Chorée.—*Fothergill.*

R.—Liq. arsen. hydrochlor.....	m iii
Tinct. ferri muriat.....	m v
Aq menth. pip.....	ʒii

M.—A prendre trois fois par jour, dans les cas de chorée liée à la croissance.—*Leonard's Ill. Med. Jour.*

Typho-manie.—*Dr J. M. Goss.*

R.—Acid. hydrobromici.....	ʒi
Syrup. simpl.....	ʒv
Aquæ ad	ʒi

M.—Une cuillerée à thé toutes les trois heures.—*Medical Tribune.*

Eczéma.—*Van Harlingen.*

R.—Acid. salicylici.....	gr. x
Petroleoli.....	ʒiv
Pulv. zinci oxid.....	} ââ ʒii
Pulv. amyli.....	

M.—En onctions.—*Philadelphia Medical Times.*

Eczéma de la vulve.

R.—Pot. chlorat.....	gr. xxx
Vini opii.....	m. L.
Aquæ.....	O i

M.—En applications au moyen de compresses que l'on recouvre de soie huilée.—*Obstetric Gazette.*

Acné.—*Duhring.*

R.—Pot. sulfuret.....	} ââ ʒss
Zinci sulphat.....	
Glycerinæ	ʒi
Spt. vini.....	} ââ ʒi
Aquæ.....	

M.—En lotions, au coucher.—*Medical Herald.*

Prurit de la vulve.—*Goodell.*

R.—Acid. carbolic.....	ʒi
Morph. sulph.....	gr x
Acid. boracic.....	ʒii
Petroleoli.....	ʒii.

M.—Ft unguentum.

Cette préparation rend aussi de bons services dans les cas d'intertrigo des enfants.

Ostéomalacie.—*Wegner.*

R.—Phosphore.....	gr v
Sirop simple.....	ʒii
Mêlez et ajoutez :	
Poudre de réglisse	ʒiii ss.
Gomme arabique.....	ʒi
Gomme adragante.....	ʒss

Faites 250 pilules.—*Dose* : Une pilule, deux fois par jour, augmentant cette dose suivant le besoin. Chaque pilule renferme 1/100 de phosphore.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, FEVRIER 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARE pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'Administration.

Médecins et pharmaciens.

Des plaintes nous arrivent tous les jours contre certains pharmaciens qui ne se gênent pas, paraît-il, de laisser parfois de côté la spatule ou le pilulier pour coiffer le bonnet de docteur et rédiger une ordonnance, donner une consultation, etc., et cela en dépit des dispositions bien connues de l'*Acte médical*, dispositions qui donnent aux seuls licenciés du Collège des médecins et chirurgiens le droit de pratiquer la médecine et de percevoir des honoraires pour leurs services.

Au reste ce n'est pas d'hier que la pharmacie cherche à empiéter de la sorte sur les droits de la médecine, et nous ne sommes ni les seuls ni les premiers à nous en plaindre. Depuis nombre d'années, pareils abus se produisent aux Etats-Unis et en Europe, et là comme ici, il est souvent difficile d'y porter remède.

A Montréal ces abus font des progrès de plus en plus sérieux. Il est à notre connaissance personnelle qu'un pharmacien de cette ville a actuellement sous ses soins un malade — fort en état de payer, du reste — auquel il soutire annuellement des sommes considérables pour services médicaux et même chirurgicaux.

Un de nos correspondants nous écrit que dans son quartier un pharmacien ne s'est pas fait scrupule de substituer des mixtures de son invention à celles indiquées par les ordonnances des médecins, ou même

parfois de réduire le poids du médicament prescrit, tout en faisant payer le client comme si la dose entière y était. On voit que le procédé ne pêche pas par excès de délicatesse. Un autre nous assure que son voisin le pharmacien pratique la médecine sur une si haute échelle qu'il est obligé de requérir les services d'un *collecteur* pour recueillir ses honoraires. Ce pharmacien arrache les dents, ouvre les abcès, se fait appeler *Docteur*, s'il vous plaît, et Montréal n'en a peut-être pas de plus luppé.

Un troisième correspondant nous dit que les commis d'une pharmacie où il envoie parfois des ordonnances se sont fait une spécialité de traiter la blennorrhagie; toutes les chaudes-pisses du quartier leur passent par les mains, et il paraît que l'ouvrage ne chôme pas.

Pour peu que l'officine d'un apothicaire soit achalandée et que les médecins y envoient leurs clients, le personnel de la maison est bientôt mis au courant, sinon des diverses méthodes de traitement, au moins, des formules prescrites contre la plupart des états morbides. Un individu se présente au comptoir, porteur d'une ordonnance signée d'un nom en vogue; curiosité du pharmacien. Quelques jours après, le même individu se présente et fait renouveler l'ordonnance. On s'informe si le remède a produit l'effet désirable. Réponse affirmative; ça a agi comme un charme; le patient avoue que c'est là ce qui lui a fait le plus de bien. Au moyen d'adroites questions on parvient alors facilement à savoir quel est le diagnostic posé par le médecin, puis la formule est précieusement conservée pour servir en temps et lieu. C'est ainsi que s'édifie la science médicale et l'expérience de ces messieurs: à nos propres dépens. Avec le charmant système dont nous sommes gratifiés et grâce auquel une ordonnance une fois donnée par le médecin peut être remplie autant de fois que le malade ou le pharmacien le voudra bien, nous ne pouvons pas nous attendre à autre chose. Nous aurons, plus tard, à revenir sur ce dernier point; pour le moment nous signalerons à l'attention de ceux que cela peut concerner ce fait des apothicaires pratiquant la médecine sans licence. Nous poursuivons à outrance les charlatans et les rebouteurs qui ne nous font peut-être pas le dixième du tort que nous causent les pharmaciens. S'il y a une loi pour réglementer la pratique de la médecine et de la chirurgie, elle doit être la même pour tous.

L'enseignement de la médecine aux Etats-Unis.

Mécontent de nos remarques au sujet de l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis, le rédacteur du *Physician's and Surgeon's Investigator* entre dans une colère bleue et nous gratifie d'un long article dans lequel, la solidité du fond le disputant à l'élégance de la forme, il nous traite d'*habitants* (sic), d'*arriérés*, de *cléricaux*, etc., et nous met au défi de lui citer le nom d'un seul médecin canadien dont la célébrité soit autre que provinciale. Pour lui, les études classiques, telles que nous les exigeons ici de nos candidats à l'étude de la médecine, ne sont que des vieilleries inutiles, et ne sauraient constituer une qualification raisonnable. L'étudiant américain qui, après être entré, à l'âge de douze ans, dans une maison de commerce, en est sorti à vingt-trois ans

pour commencer ses études médicales avec le seul bagage littéraire et scientifique que lui ont fourni la lecture des journaux et des romans, est, aux yeux de notre confrère, bien autrement préparé à faire un médecin, et bien autrement qualifié à pratiquer l'art de guérir.

Mais là n'est pas la question pour le moment. Nous avons dit que, aux Etats-Unis, l'enseignement de la médecine était défectueux dans un grand nombre d'écoles et d'universités; que celles-ci, d'ailleurs, étaient beaucoup trop nombreuses, et que si les études médicales étaient placées sur un pied plus élevé, il y aurait un besoin moins pressant de fonder des polycliniques etc. Le confrère a beau transporter la question sur un autre terrain et ne se défendre qu'en nous attaquant, nous lui rappelons que cela n'est pas de bonne argumentation et ne vaut rien. Certes, nous sommes les premiers à reconnaître qu'il est, chez nos voisins, un bon nombre d'écoles et universités où l'enseignement de la médecine ne laisse rien à désirer, des institutions qui font l'honneur de la profession et dont la renommée s'est étendue au loin. Mais il en est d'autres, en trop grand nombre encore, dont on ne peut pas dire autant de bien. Des journaux aussi autorisés que le *Physician's Investigator* l'ont reconnu bien avant nous et ne se gênent pas de l'avouer. Nous citerons particulièrement le *New-York Medical Journal*, le *Philadelphia Medical Times*, le *Columbus Medical Journal*, le *Southern Clinic* qui, à diverses reprises, ont déploré la trop grande abondance d'écoles de médecine aux Etats-Unis et ont constaté que cette pléthore collégiale avait pour effet d'abaisser le niveau professionnel chez nos voisins en favorisant l'éclosion d'une foule d'incapacités.

Purisme exagéré.

L'auteur anonyme d'un pamphlet récemment condamné par l'autorité religieuse, porte contre la faculté de médecine d'une de nos universités l'accusation suivante. " Les auteurs matérialistes les plus impies " étaient mis aux mains des étudiants. Les professeurs recommandaient l'étude de F. de Niemeyer, de Flint (Austin) de Richard (sisez " Béclard) de Churchill, de P. Cazeaux et de Thomas Watson. "

Il peut être permis d'être ignorant ou bigot, mais à coup sûr, ce qui précède dépasse de beaucoup la mesure permise. Dans quelle faculté, si orthodoxe qu'on la suppose, les auteurs ci-haut nommés sont-ils interdits aux élèves? Parceque dans quelques ouvrages de quelques-uns d'entre eux il peut se trouver des opinions erronées ou entachées de matérialisme, s'en suit-il qu'il faille condamner tout ce que ces mêmes auteurs ont pu dire ou écrire sur l'art de guérir, et priver l'élève d'autorités très précieuses au point de vue purement scientifique? Dans ce cas, l'étude de la médecine n'est plus guère possible.

Le professeur qui recommande à ses élèves l'étude d'un auteur quelconque a toujours soin de les mettre au préalable en garde contre les erreurs, d'ordre scientifique ou moral, que peut renfermer tel auteur. Cela se pratique partout et dans toute faculté bien organisée, qu'il s'agisse de droit, de médecine ou de théologie.

D'ailleurs, qu'ont à faire ici les noms de Flint, de Niemeyer et de Watson? Ces auteurs ont écrit sur la *pathologie interne* d'admirables

traités où, comme tout le monde le sait, il n'est nullement question de matérialisme. Qu'est-ce que le matérialisme peut avoir à faire avec la symptomatologie de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde ?

Puisque le pamphletaire anonyme se montre si difficile en fait d'orthodoxie, il serait bien aimable s'il daignait nous dire quels sont, à son point de vue, les auteurs que l'on peut mettre en toute sécurité aux mains des élèves en médecine.

Par suite d'un malentendu dès plus regrettables, nous nous trouvons dans l'impossibilité de publier, avec la présente livraison, une leçon clinique sur laquelle on avait bien voulu nous permettre de compter, et qui nous fait défaut au dernier moment. Nos lecteurs peuvent être assurés que ce n'est que partie remise.

Nécrologie.

CHS. M. FILIATRAULT, M. D.

C'est avec un sentiment de bien vive douleur que nous enrégistrons aujourd'hui la mort de M. le Dr Chs M. Filiatrault, arrivée subitement dans la nuit du 5 au 6 courant. Bien qu'il se sentit malade depuis quelques jours et que, par précaution, il gardât la chambre, le Docteur ne s'était cependant pas alité, et rien, à coup sûr, ne pouvait faire prévoir une fin prochaine. Aussi la nouvelle de sa mort a-t-elle créé une sensation de profonde surprise en même temps que de sincère regret dans un public où le défunt ne comptait que des amis.

Né à Ste-Rose en 1846, M. le Dr Filiatrault fit ses études classiques au Collège de Montréal puis, suivit les cours de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal où il prit ses degrés en 1872. Il se fixa d'abord à la campagne, à St-Alexandre d'Iberville, puis, au bout d'une année, vint s'établir à Montréal où il s'acquit bientôt une belle clientèle.

En 1879 il était nommé professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval et appelé à la chaire de médecine légale; un peu plus tard, la faculté lui confiait on outre le cours d'histologie normale et pathologique. L'année suivante le vit médecin de l'hôpital Notre-Dame où il occupait provisoirement la chaire de clinique interne. Aussi estimé comme professeur que comme clinicien, le Dr Filiatrault savait donner à son enseignement une portée essentiellement pratique en même temps qu'il le rendait des plus intéressante, tant par le choix et la variété des sujets que par la solidité de la doctrine et la clarté de la diction. Plusieurs de ses cliniques ont été publiées dans ce journal où nos lecteurs ont pu en apprécier la valeur. Membre très actif de la Société Médicale de Montréal, il en fut élu le 2^e vice-président en 1881, 1^{er} vice-président en 1882, et finalement, président en octobre 1883.

Le Dr Filiatrault est donc mort, comme on le voit, les armes à la main, dans le plein et actif exercice des hautes fonctions où ses talents l'avaient porté, et laissant après lui un souvenir qu'aimeront à se rappeler tous ceux qui savent estimer à leur réelle valeur les qualités qui caractérisent l'homme de science et l'homme de cœur. Il était médecin dans toute l'acception du mot. Amant passionné du travail, cher-

cheur infatigable, il ne quittait ses chères études que pour répondre à l'appel de ses malades. En lui l'UNION MÉDICALE perd un de ses collaborateurs les plus précieux en même temps qu'un ami dévoué, et ce nous est, croyons-nous, un devoir sacré de rendre hommage ici aux mérites et aux qualités de celui qui vient de nous quitter d'une façon si inattendue et dont le départ crée autour de nous un vide difficile à combler.

JOHN REDDY, M.D.

Nous regrettons d'apprendre la mort de M. le Dr John Reddy de Montréal, arrivée le 23 janvier dernier. Le Dr Reddy est mort à Dublin où il s'était rendu dans l'espoir de rétablir sous le ciel de la patrie, une santé compromise par les rudes labeurs de la profession; il était âgé de soixante-deux ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LUNDY (C. F.), A.M., M.D., *School Hygiene*, Detroit 1883.

MARCY, (H. O.) M. D.—*Annual address delivered before the American Academy of Medicine at New York.*

SENN (N.) M. D.—*Fractures of the neck of the femur with special reference to bony union after intra-capsular fracture.*

BÉNET (Armand).—Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le Malin Esprit à Louviers. Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque Nationale par Armand Bénet, Archiviste-Paléographe, précédé d'une introduction par B. de Moray. —Aux bureaux du *Progrès Médical* 14, rue des Carmes, à Paris.

NOUVELLES MÉDICALES.

ON parle de faire construire une aile additionnelle à l'hospice des Rvdes Sœurs de la Miséricorde (Maternité), rue Dorchester. Les frais de construction s'élèveront, paraît-il, à \$20,000.

LES Dames de l'Hôpital-Général de Québec doivent prendre, au mois de mai prochain, la direction d'un hôpital de marine que le gouvernement fédéral vient d'ériger à Chicoutimi.

La *New-York Post-Graduate Medical School* doit bientôt prendre possession de ses nouvelles bâtisses sur la 20^e rue Est, où elle aura un local des plus spacieux tant pour les dispensaires que pour le service interne de l'hôpital.

Archives of Paediatrics.—Telle est le titre d'une nouvelle revue mensuelle que publie à New-York M. le Dr Perry WATSON. C'est le cas ou jamais de dire que le besoin d'une semblable publication, consacrée aux seules maladies de l'enfance, se faisait sentir très vivement.

Archives of Medicine.—Cette intéressante publication dont on nous avait annoncé la disparition, il y a quelque temps, va renaître de ses cendres, M. le Dr E. C. SÉGUIN, qui en était le fondateur et l'éditeur, ayant consenti, sous de pressantes sollicitations, à reprendre de nouveau la plume éditoriale. Nos meilleurs souhaits de prospérité

Fièvre typhoïde.—La fièvre typhoïde sévit actuellement à St-Hyacinthe. La plupart des maisons d'éducation, entre autres le collège et le couvent des Sœurs de la Présentation, ont été forcées de congédier leurs élèves pour un temps indéterminé. L'épidémie ne présente pas un caractère de sérieuse gravité.

Nominations.—Notre distingué collaborateur et ami, M. le Dr A. A. Foucher vient d'être nommé membre de la *Société française d'ophtalmologie*. Nos plus sincères félicitations.

M. le Dr Aimé TRUDEL a été nommé Médecin du Dispensaire de l'Hospice St-Joseph et y fera le service durant les mois de février et mars.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—M. le Dr d'Orsennens est continué dans ses fonctions de président pour l'année 1884 M. le Dr L. D. Mignault remplace M. le Dr Coderre comme secrétaire de l'Ecole.

Université Laval.—Le *Cercle médical* a élu son bureau pour l'année 1884. Ce bureau est composé comme suit :

Président : M. J. Desjardins, M. B. ; vice-président : M. N. Hainault ; secrétaire : M. J. H. Boucher, M. B. ; Comité de régie : MM. J. E. Tremblay, M. B., G. Smith, M. B., O. Ostigny et C. Marsil.

Société d'Hygiène de la Province de Québec.—Les élections annuelles de cette société ont eu lieu le 16 janvier dernier. Le scrutin a donné le résultat suivant : Président : Dr N. FAFARD (réélu) ; 1er Vice-Président : Dr J. I. DESROCHES ; 2nd Vice-Président : M. J. E. VANNIER (réélu) ; Secrétaire : Dr L. LABERGE (réélu) ; Assistant-Secrétaire : Dr L. J. V. CLÉROUX ; Trésorier : M. J. Z. RESTHER, jr. ; Comité de Régie : MM. A. LÉVESQUE, Henri ARCHAMBAULT et C. A. PFISTER et les Drs A. B. LAROCQUE et A. A. FOUCHER.

Elections.—Les différentes académies et sociétés savantes de Paris ont fait, au renouvellement de l'année, l'élection de leur bureau.

A la *Société de chirurgie*, M. Marc SÉE a été élu président, M. le professeur DUPLAY, vice-président, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, premier secrétaire et M. BERGER, trésorier.

A la *Société médicale des hôpitaux*, le scrutin a donné le résultat suivant. président : M. DUJARDIN-BEAUMETZ ; vice président : M. VIDAL ; secrétaire : M. DESNOS ; trésorier : M. MOUTARD-MARTIN.

A l'*Académie de médecine*, M. Alphonse GUÉRIN, vice-président, passe à la présidence ; M. FAUVEL est élu vice-président ; M. PROUST est maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. le prof. CORNIL a été élu président de la *Société anatomique*.

Mutations dans les services des hôpitaux de Paris.—Par suite de la mise en retraite de MM. Bouchut et Hervieux, du décès de MM. Archambault, Parrot et Lasègue, et de la création de nouveaux services à Cochin, aux Tournelles et à Tenon, plusieurs mutations viennent avoir lieu. Nous signalerons en particulier les suivantes :

M. Blachez passe de l'hôpital Necker à l'hospice des Enfants-Assistés ; M. Hallopeau passe de Saint-Antoine à Saint-Louis ; M. Dujardin-Beaumez passe de Saint-Antoine à Cochin ; M. Rendu passe de Tenon

à Necker; M. Debove passe de Bicêtre aux Tournelles; M. Henri Huchard passe de Tenon à Bichat; M. Labadio-Lagrave passe du bureau central à la Maternité; M. Dreyfus-Brisac passe du bureau central à Tenon, et M. Robert Moutard-Martin passe du bureau central à Ste-Périne.

Notre compatriote M. le Dr Brodeur est actuellement, à l'hôpital Tenon, l'interne de M. Dreyfus-Brisac.

Hopital Notre-Dame.—Durant le terme de Pâques, M. le Dr LARAMEE continuera le cours de ses leçons cliniques (médicales) les lundis, mercredis et vendredis, à 11 hrs, a.m.

—M. le Dr BROUSSEAU donnera aussi trois cliniques (chirurgicales) par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, à 11 hrs, a.m.

—Au Dispensaire pour les maladies des yeux et des oreilles, clinique de M. le Dr FOUCHER, à 11 hrs, a.m.

Tous les membres de la profession médicale peuvent, s'ils le désirent, assister à ces différentes leçons.

—Au Dispensaire général, service de M. le Dr LAMOUREUX, à midi.

Mesures prophylactiques.—A sa séance du 30 novembre dernier, le Bureau de Santé de la cité de Montréal a adopté la résolution suivante présentée par M. le juge Dugas :

“**RÉSOLU,**—Que dans le but de mieux connaître l'état sanitaire de la ville, une circulaire soit adressée aux différents médecins de la localité et de la banlieue, les priant de vouloir bien faire connaître à ce Bureau le résultat de leur expérience sur l'étendue des ravages de la syphilis et des maladies vénériennes en général, de dire s'ils croient qu'il serait opportun d'établir des mesures restrictives pour prévenir ces maladies, et quels seraient, dans leur opinion, les meilleurs moyens à adopter dans ce but.”

Il serait temps, en effet, que l'on commençât à s'occuper de cette question.

Etudes médicales.—Le nombre d'années que l'étudiant doit passer dans une institution médicale pour obtenir ses diplômes varie beaucoup dans les différents pays. Ainsi :

En Suède on exige dix ans ;

En Danemark, six et sept ;

En Hollande, en Italie et en Suisse, six ;

En Norvège, huit ;

En Belgique, six ;

En Russie, en Autriche et en Hongrie, cinq ;

En France, en Angleterre et en Canada, quatre ;

Aux Etats-Unis, trois ou deux,

En Espagne, deux.—*Canad. Pract.*

MARIAGE.

GRONDIN-LEMOINE.—A Québec, le 7 janvier, M. le Dr Grondin, de Charlesbourg, à Mlle Julie Lemoine, fille de L. J. B. Lemoine, Ec.

DÉCÈS.

SIMARD.—A Québec, le 4 janvier, à l'âge de 3 ans et 9 mois, Marie-Anne Angéline, enfant du Dr L. J. A. Simard.