

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

TRAVAUX ORIGINAUX

Des appendicites ;

par le docteur O. F. MERCIER,

Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. (1)

Les perforations de l'appendice iléocœcal et les accidents qu'elles provoquent passaient autrefois pour des curiosités pathologiques, mais les observations nombreuses de ces dernières années ont bien démontré que l'immense majorité des abcès de la fosse iliaque droite a pour origine la perforation de l'appendice vermiculaire. Matterstock sur 146 cas de suppurations péri-cœcales trouve 132 perforations de l'appendice. Weir, dans le *New York Medical Record* de 1887 et le *Medical News* de 1889, donne comme proportion 84 o/o de perforations, Fenwick, dans *The Lancet* 1884, sur 223 cas, cite 113 perforations, Maurin dans une thèse récente trouve à peu près les mêmes proportions et Kummel va beaucoup plus loin, car il constate la perforation dans tous les cas où il est intervenu.

Ainsi donc, la plupart des chirurgiens reconnaissent aujourd'hui l'appendicite avec perforation comme étant la cause la plus fréquente de l'abcès de la fosse iliaque droite.

Cette donnée n'est pas, il s'en faut, sans importance, car, si dans la typhlite véritable l'intervention chirurgicale ne doit pas être trop hâtive, il n'en est pas de même dans l'appendicite, car alors, dès que la perforation est établie, il faut de suite laparatomiser.

Il est nécessaire d'autres raisons que celle de fréquence, sur lesquelles le chirurgien doit s'appuyer pour établir son diagnostic, nous y reviendrons d'ailleurs, mais tout de même on comprend aisément l'importance de celle-là, quand les proportions sont si différentes.

Les pérityphlites consécutives à l'appendicite ne sont pas fatalement vouées à la suppuration. Très souvent dans ces cas simples, non compliqués, tout rentre dans l'ordre après quelques jours de symptômes parfois alarmants. Mais la plupart du temps l'appendice enflammé se perfore, le péritoine avoisinant se souille, s'enflamme à son tour et la suppuration s'établit. Celle-ci peut se comporter de différentes manières, et c'est là un point qu'il faut absolument bien connaître et bien comprendre.

l'appendice, contrairement à ce qu'on avait cru pendant quelque

(1) Communication faite à la Société de médecine pratique, le 2 décembre 1892.

temps, est tout-à-fait libre dans la cavité péritonéale; on a démontré dernièrement que la séreuse lui forme un revêtement intégral, elle l'entoure à la manière d'un doigt de gant, en sorte que s'il survient une perforation, elle s'ouvre toujours dans la cavité abdominale proprement dite.

Ce qui avait trompé les anciens observateurs c'est que certains cas d'abcès pérityphlitiques causés par perforation appendiculaire, au lieu de se former à l'intérieur de la cavité abdominale et de s'y répandre, se collectionnaient au contraire dans un espace limité, semblant exister au dehors de la séreuse. Aujourd'hui que l'on sait avec quelle facilité les divers feuilletts péritonéaux adhèrent les uns aux autres quand ils s'enflamment, l'on comprend clairement que souvent les adhérences déjà formées lorsque l'appendice se rompt, opposent une barrière aux matières septiques, qui ne pouvant se répandre ailleurs, se collectent bientôt en un ou plusieurs abcès de volume variable. C'est la péritonite enkystée, et cette forme désignée sous le nom de pérityphlite, ou abcès de la fosse iliaque droite. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Si l'inflammation est trop intense, la péritonite se généralise d'emblée; il n'y a pas alors d'adhérences autour du processus, ou si elles existent, elles sont si faibles qu'elles opposent une barrière insuffisante aux matières septiques, l'inflammation se généralise alors à toute la séreuse et la péritonite se déclare avec tous ses symptômes.

Malgré que nombre d'auteurs décrivent beaucoup d'autres formes d'appendicites, je crois, et je suis en cela les préceptes de mon maître Reclus, je crois, dis je, qu'il est infiniment préférable d'accepter cette division en trois classes, division qui rencontre d'ailleurs très bien toutes les indications thérapeutiques, les simplifie de beaucoup et rend le traitement très facile à comprendre.

Les deux observations que j'ai prises cet été dans mon service hospitalier rentrent chacune dans les deux dernières formes.

La symptomatologie de l'appendicite ne saurait trouver place dans un court exposé comme celui-ci; cependant je rappellerai la soudaineté des accidents, la douleur subite et atroce à la fosse iliaque droite, l'examen local, la palpation qui permet de reconnaître une tumeur ou du moins un empâtement dans la fosse iliaque, tuméfaction qu'on n'oubliera jamais de contrôler par le toucher rectal ou vaginal.

Le diagnostic doit être prompt et sûr. Il ne faut pas donner le temps à la péritonite de se généraliser, car, je le rappelle, elles ne s'enkystent pas toutes, ce qu'on ne saurait prévoir d'avance. Il y va d'une opération grave qui ne doit pas être faite trop tard.

Doit-on intervenir le couteau en main dans tous les cas d'appendicite?

D'après les notions générales que je viens de donner, on aurait

done à traiter trois sortes d'appendicites : l'appendicite pure et simple, sans complication, l'inflammation du processus vermiculaire accompagnée de perforation et d'abcès, et enfin l'appendicite avec péritonite généralisée.

Pour la première de ces formes les chirurgiens sont loin de s'entendre. Ceux d'Angleterre et des États-Unis pour la plupart veulent laparatomiser de suite, mais en France on est plus réservé, et le professeur Reclus nous dit que . " pour la première attaque il faut se contenter des soins médicaux et que tout rentre ainsi très souvent dans l'ordre. La laparatomie n'est pas une opération bénigne quoiqu'on en dise : une faute contre l'antisepsie est vite commise et la mort peut en être la conséquence ; puis il est parfois impossible de trouver le processus vermiforme, on a souvent refermé le ventre sans avoir enlevé l'organe enflammé."

Plusieurs chirurgiens conseillent d'enlever l'appendice pendant une période d'accalmie entre deux poussées inflammatoires.

Cependant comme il n'y a aucun inconvénient réel à opérer au cours d'une crise et qu'on n'est jamais certain que celle-ci se produira de nouveau, il vaut mieux, je crois, intervenir au cours de l'attaque, et même alors ne faudra-t-il pas trop se hâter, et se guider plutôt sur la violence des symptômes pour décider l'intervention qu'on ne retardera cependant pas plus de trois ou quatre jours.

Pour les deux dernières formes il faut, on thèse générale, intervenir vite, et dès que le diagnostic de perforation est porté, ne pas craindre d'inciser immédiatement si les phénomènes de péritonite éclatent, et dans les trois ou quatre premiers jours si les accidents paraissent localisés.

Quel sera le mode d'intervention ? Il varie suivant les cas. Voyons brièvement la conduite à tenir.

L'incision directe, c'est-à-dire l'incision oblique qui commence vers la partie moyenne du ligament de Fallope, à un pouce au dessus de ce ligament, dont elle suit la direction jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, est la seule qu'il faille employer pour extirper un appendice enflammé, ou ouvrir une collection péri-cœcale. Elle me semble la meilleure de toutes. En effet, par elle, le chirurgien arrive directement sur le foyer ou l'appendice. La collection purulente est évacuée, on recherche sous les fausses membranes légèrement déplacées s'il n'existe pas un autre foyer indépendant du premier, et on dégage en même temps l'appendice. Lorsqu'on y parvient on le resèque à sa base, et on applique une ligature au catgut ou à la soie stérilisée sur le moignon béant qui reste. Si les adhérences sont cependant trop épaisses, il vaut mieux les laisser que de s'exposer à des délabrements, et la guérison n'en arrive pas moins dans la plupart des cas. Le foyer purulent est essuyé, drainé de préférence par des lanières chiffonnées de gaze iodoformée, l'incision est diminuée par quelques points, et on panse antiseptiquement.

Cette incision oblique, que j'ai toujours vu employer par mes divers maîtres de Paris et que prône mon excellent maître Reclus, convient à tous ces cas enkystés. Comme le foyer purulent ne se forme pas toujours au même endroit, les chirurgiens, entr'autres Gerster, ont préconisé une incision différente pour chaque type, incision postérieure si la collection est recouverte en avant d'anses intestinales, incision médiane pour la variété méso cœliaque, incision perpendiculaire parallèle au grand droit de l'abdomen et longeant ce muscle, mais je crois que ces divers moyens d'arriver sur le foyer compliquent inutilement la technique opératoire. La laparatomie médiane cependant est indiquée si l'on s'attaque à une péritonite généralisée, car ici on ne craint pas, en passant par le centre, d'infecter la cavité par le pus collecté du côté droit, et de plus puisqu'on doit laver et désinfecter la séreuse entière, l'incision sur la ligne blanche donne l'accès le plus facile pour atteindre tous les recoins de la cavité.

Résumons par ces quelques conclusions. 1o Une simple et première crise ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision de l'appendice malade; 2o Si des récidives et l'existence d'une tumeur font craindre une rupture, comme on ne peut mesurer à l'avance la gravité des accidents consécutifs, l'intervention est alors indiquée; 3o Elle l'est à plus forte raison, mais alors précoce autant que possible, lorsque la perforation a eu lieu et provoque une péritonite généralisée. C'est dans ce cas à la laparatomie médiane qu'il faut recourir; 4o Lorsque la collection est enkystée, il faut encore pratiquer l'incision rapide pour éviter des complications redoutables, bien que déjà les adhérences protègent le péritoine. Dans ces cas l'incision oblique nous paraît suffire à toutes ou du moins à presque toutes les variétés d'abcès péri-appendiculaires.

OBSERVATIONS.

I.—*Appendicite avec perforation et péritonite généralisée, guérie par laparatomie.*

M. *** entre à l'hôpital Notre Dame le six septembre au matin, se plaignant de douleurs abdominales très fortes et de constipation durant depuis 4 ou 5 jours.

Comme antécédents héréditaires, il n'offre rien de particulier; tous ses parents ont joui et jouissent de bonne santé, comme antécédents personnels, rien à part une attaque antérieure de la même constipation et mêmes douleurs intestinales.

Il tombe malade le samedi, 3 septembre, après deux jours de constipation. Des douleurs atroces se font sentir dans l'abdomen, surtout du côté droit. Un médecin, après lui avoir administré un purgatif, qui n'a aucun effet sinon d'augmenter la douleur et l'an-

goisse du malade, lui donne quelques prises de morphine qui le soulagent quelque peu.

En compagnie de messieurs les docteurs Desrosiers et Brosseau, je vois le malade le lendemain de son entrée à l'hôpital, vers midi. Il était pris depuis le matin de vomissements fécaloïdes incessants, et sa douleur abdominale qui d'abord était surtout localisée à la fosse iliaque droite s'était étendue à toute la cavité abdominale.

Au palper le ventre est dur, empâté, distendu et douloureux. La percussion donne une légère matité au niveau de l'appendice, mais il y a sonorité partout ailleurs. Le pouls est à 130 et la température au dessous de la normale, à 37 3/5. Le malade, depuis le jeudi précédent, n'avait passé aucune selle ni même aucun gaz.

Nous essayons alors les injections rectales forcées avec le siphon et la sonde, mais sans succès. Les autres lavements avaient d'ailleurs échoué. Nous décidons alors d'attendre vers les quatre heures et d'opérer si le malade n'était pas mieux. A quatre heures le pouls était à 139 et les vomissements n'avaient pas cessé. Nous proposons l'opération au malade qui l'accepte.

Comme nous n'étions pas entièrement fixés sur le diagnostic, je pratique la laparotomie médiane.

Le péritoine ouvert, je défais quelque légères adhérences du côté droit et une quantité assez considérable de pus me jaillit entre les doigts. Je cherche en même temps le cœcum et l'appendice; le cœcum est très enflammé, empâté, rouge, mais je ne puis trouver le processus vermiculaire. Les intestins que j'ai peine à retenir dans la cavité à cause des vomissements incessants, sont rouges, congestionnés, le péritoine a perdu son apparence unie et lisse, et entre les anses intestinales, surtout vers le côté droit, je trouve des néo-membranes en quantité.

La péritonite généralisée est des plus caractéristiques. Après avoir évacué le pus à l'aide de tampons antiseptiques, penchant le malade du côté droit, je lave la cavité péritonéale avec deux ou trois litres d'eau bouillie contenant en solution 1/100 de chlorure de sodium. En même temps je vais encore à la recherche de l'appendice sans plus de résultat. Je referme le ventre en y plaçant un tube à drainage en verre et pansement iodoformé.

Le lendemain, le malade cesse ses vomissements, commence à passer des gaz qui sont bientôt suivis d'une selle abondante. La température monte, le pouls tombe; malheureusement le surlendemain je m'aperçois, en faisant mon pansement, qu'il y a perforation intestinale car je vois sourdre par le tube, en même temps que du pus, des matières fécaloïdes. Au cours de la laparotomie j'avais cru d'ailleurs m'apercevoir de ce fait, sans toutefois en être positif.

Sachant que dans bien des cas ces fistules guérissent souvent d'elles-mêmes, je ne me déssole pas trop, et en effet je vois avec joie, au bout d'une couple de semaines, mes prévisions se réali-

ser, la fistule s'obturait. Enfin au bout de cinq semaines, le malade quitta l'hôpital, présentant toutes les apparences d'une guérison complète. L'examen le plus attentif, la percussion la mieux soignée ne nous indiquait le moindre noyau d'induration.

Je me suis plu à relater cette observation parce qu'elle s'ajoute aux observations si peu nombreuses de pérityphlite suppurée compliquée de péritonite généralisée, traitée et guérie par laparatomie, et qu'elle tend à bien démontrer que dans ces cas si graves et parfois désespérés, la laparatomie peut sauver le patient, si le chirurgien n'intervient pas trop tard. Je crois que c'est ici surtout qu'il faut savoir choisir son moment, et ne pas hésiter dès qu'on trouve indication d'opérer.

II.—*Pérityphlite tuberculeuse suppurée et enkystée, traitée par ouverture large et drainage.*

Presqu'en même temps que je lisais les observations de Terrier (de Paris) démontrant l'existence d'appendicite tuberculeuse, j'opérais à l'hôpital Notre-Dame un autre jeune homme de 24 ans, pour un abcès de la fosse iliaque droite.

Ce malade, entré dans le service de Monsieur le docteur Desrosiers, me fut adressé par lui pour examiner son ventre, qui présentait à droite une tumeur mate, assez considérable, au niveau de l'appendice et semblant faire corps avec la paroi. Vu le siège de la maladie et l'apparence phtisique du patient, je crus de suite avoir affaire à un abcès froid d'origine cœcale ou appendiculaire. Il faut remarquer que cette tumeur existait depuis plusieurs semaines. Une ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille de Pravaz confirme une partie de mon diagnostic en me prouvant qu'en effet j'avais affaire là à une cavité purulente. J'incise alors obliquement un pouce au-dessus de l'arcade. Six centigrammes de cocaïne m'ayant donné une anesthésie locale complète, je pénètre dans la cavité purulente en sectionnant la paroi couche par couche.

Je remarquai fort bien que je sectionnai la couche musculaire, quoiqu'elle fut considérablement amincie. Je regrettai de ne pouvoir faire faire d'examen bactériologique, mais le contenu présentait toutes les apparences d'un pus tuberculeux, et étant donné les antécédents héréditaires du patient (j'opérais deux jours plus tard sa sœur, de ganglions tuberculeux du cou), je maintins mon diagnostic. Le sommet du poumon droit était d'ailleurs déjà pris.

Le traitement consécutif fut des plus simples : lavage au bichlorure et pansement à plat à la gaze iodoformée. Malheureusement si j'eus quelque amélioration, le malade n'en quitta pas moins l'hôpital sans être guéri, après sept semaines de traitement. Je crois donc avoir eu affaire à un abcès enkysté et tuberculeux du péritoine, mais je ne saurais dire s'il fut d'origine cœcale ou appendiculaire, car l'exploration de la cavité ne m'apprit pas grand'chose, vu que l'intérieur était tapissé d'anfractuosités et de néo-membranes très épaissies.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Assemblée des examinateurs et des officiers du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

Membres présents : M. M. J. C. K. Laflamme, H. A. Howe, H. Walters, C. A. Pfister, A. G. Belleau, A. Dagenais, A. T. Brosseau.
Présidence de M. le Dr Simard.

Le Secrétaire donne lecture de la résolution adoptée par le bureau médical, autorisant cette assemblée.

Les changements suggérés par M. Laflamme au programme de l'examen préliminaire sont pris en considération.

L'ancien programme est lu clause par clause, modifié et adopté tel que suit :

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC —PROGRAMME DE L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE POUR 1893.

MATIÈRES OBLIGATOIRES.

LATIN — *Commentaires* de César, les cinq premiers livres. — *Énéide* de Virgile, liv I et II. — *Odes* d'Horace, liv. III. Le candidat devra aussi avoir une connaissance sérieuse de la grammaire latine.

FRANÇAIS. — On exigera des candidats dont le français est la langue maternelle, une connaissance critique du "*Bourgeois Gentilhomme*," de "*Télémaque*" et des trois premiers livres des fables de Lafontaine. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Quant aux candidats parlant l'anglais, ils devront traduire en anglais quelques passages de "*Télémaque*" et répondre à des questions de grammaire française. On exigera aussi la traduction française de quelques phrases anglaises.

ANGLAIS. — Les candidats parlant l'anglais devront posséder une connaissance critique de la pièce suivante de Shakespeare : "*Romeo and Juliet*," y compris des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Les candidats parlant le français traduiront quelques passages des huit premiers livres de la vie de Colomb (*Life of Columbus*), par Washington Irving. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire anglaise, et traduire en anglais quelques phrases de "*Télémaque*."

BELLES-LETTRES.—Principes de Belles-lettres et de Rhétorique ; histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, du 17e, du 18e et du 19e siècle en France et en Angleterre.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage ; racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide et le sixième, ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces livres dans Eyséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

MATIÈRES FACULTATIVES

(Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes.)

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I., II et III—*Iliade*, livre I. et IV, avec quelques questions de grammaire grecque.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Peck.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur toute la philosophie.

N. B.—Les candidats doivent donner un certificat de bonne conduite. Tout aspirant surpris à copier, à s'aider de notes ou de livres, ou à communiquer des renseignements quelconques à un autre candidat, sera immédiatement renvoyé de l'examen. De plus, à la fin de l'examen, chaque candidat devra faire devant un magistrat une déclaration solennelle affirmant qu'il n'a eu recours à aucun moyen frauduleux de nature à l'aider à subir son examen. Il devra en même temps établir son identité.

Ordre des matières, points assignés à chacune d'elles et proportion à conserver par les candidats.

PREMIER JOUR.

Latin.....	de 9 à 11....	200 points... 100 à conserver.
Histoire.....	“ 11 “ 12....	100 “ ... 25 “
Géographie.....	“ 12 “ 1....	100 “ ... 25 “
Français.....	“ 2½ “ 4..	150 “ ... 112,5 “
Anglais.....	“ 4 “ 5½..	150 “ ... 112,5 “
Belles-Lettres.....	“ 5½ “ 6½..	100 “ ... 25 “

SECOND JOUR.

Géométrie.....	de	8½ à	10...100	points....	25 à conserver.
Arithmétique.....	"	10 "	11½...100	" ...	50 "
Algèbre.....	"	11½ "	1...100	" ...	25 "
Matière facultative "	"	2½ "	4...200	" ...	100 "

Les candidats dont la langue maternelle est le français pourront être admis s'ils ne conservent que le quart des points affectés à l'anglais. Il en sera de même relativement au français pour les élèves dont la langue maternelle est l'anglais.

Les matières de l'examen sont distribuées en deux groupes, l'un des lettres (premier jour), et l'autre des sciences (deuxième jour). Les candidats devront conserver au moins la moitié des points affectés à chaque groupe, sinon, ils seront obligés de reprendre le groupe sur lequel ils auront échoué. Le candidat qui, dans l'un quelconque des deux groupes, n'aura pas conservé dans une matière le minimum de points exigé devra recommencer tout le groupe.

H. A. HOWE, L. L. D.	}	<i>Examineurs.</i>
J.-C. K. LAFLAMME, S. T. D.		
H. WALTERS, B. A.,		
PROF. C.-A. PFISTER.		

Causes de la déchéance de la pharmacie.—1o. Le trop grand nombre d'officines ; ceci n'est que trop évident ;

2o. Coopératives et gérances. Quoi de plus écœurant que de voir quantité de confrères mettre leurs diplômes au service de Sociétés et de particuliers qui les exploitent ? Cette plaie ne fait que s'étendre et le jour est proche où le médecin, qui commence à en ressentir les maux, ne tardera pas à se repentir de n'avoir pas plus tôt tenté de réagir ;

3o. Les innombrables Sociétés procurant à leurs membres consultations et médicaments à tarifs réduits et très souvent dérisoires. Il est juste d'ajouter que presque tous les malades, selon la vulgaire expression, en ont pour leur argent et qu'ils avalent les restants de pharmacie, de même qu'ils ne sont soumis souvent chez le docteur qu'à des visites superficielles ;

4o. La coutume qu'ont les hôpitaux et instituts créés pour les besoins de la classe pauvre de fournir à des gens aisés avis et médicaments. J'ai pu maintes fois constater dans ma clientèle le sans-gêne du public abusant de ces établissements. De bons bourgeois se rendent chez leur médecin habituel qui diagnostique et prescrit moyennant finances, puis à l'hôpital gratuitement, où ils obtiennent l'avis d'un second praticien.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Le mercure dans la syphilis. — Le but de notre étude n'est pas de chercher quelle est la meilleure forme sous laquelle il convient d'administrer le mercure, et par quelle voie il le faut introduire dans l'organisme, voie pulmonaire avec les vapeurs mercurielles, cutanée avec les frictions, les bains, les emplâtres, sous-cutanée par les injections de sels solubles ou insolubles, buccale avec la foule des préparations hydrargyriques usitées. Cette étude, qui serait très intéressante au point de vue pratique, doit, à notre avis, être précédée par une autre qu'on peut intituler d'une façon plus précise : *“ Faut-il donner le mercure dans la syphilis ? Avec quel esprit et quelle espérance doit-on le donner ? ”*

Il n'y a plus à l'heure actuelle d'antimercurealistes. Personne ne nie plus les services que peut rendre le mercure dans la syphilis. Et cependant il y a encore trois courants d'idées, trois écoles ayant des opinions différentes sur la façon dont il faut donner ce médicament spécifique. Ces divergences de vues tiennent à des conceptions opposées sur la nature et l'évolution de la maladie, et sur le rôle que peut remplir le mercure.

Pour une école, dont Lancereaux et Diday sont en France les représentants les plus autorisés, la syphilis est une maladie qui tend spontanément à la guérison, et l'on doit la traiter simplement par des soins hygiéniques, en réservant pour les cas graves la médication spécifique. Diday formule cette règle d'une façon très simple : hygiène et pas de spécifiques dans la syphilis décroissante ; dans la syphilis progressive, les spécifiques, sans omettre l'hygiène. A l'appui de cette doctrine, citons les expériences faites par un médecin allemand ; trois séries de syphilitiques, aussi semblables que possible, furent soumises à trois traitements différents ; les uns étaient traités par l'iode, d'autres par le mercure, les autres par l'expectation ; la moyenne du temps nécessaire pour la guérison fut à peu près la même dans les trois séries, un peu plus courte cependant avec l'iode, un peu plus longue avec l'expectation. De plus Zeissl prétend que les récidives et surtout les accidents graves sont rares, et notamment plus rares qu'après une cure mercurielle précoce. Et en effet, quoiqu'il paraisse logique de poursuivre énergiquement, dès le début, le

virus, qui est à petites doses dans l'organisme, " cependant il résulte d'observations bien prises, que des syphilitiques traités à la première période s'en sont très mal trouvés; il y a eu des lésions bucco-pharyngées rebelles, des accidents tertiaires précoces portant notamment sur le système nerveux."

Malgré ces expériences et ces faits cliniques, les opinions de cette école ne sont généralement pas admises en France, où l'on est plutôt partisan du traitement médicamenteux comme méthode générale.

Mais ici, il y a encore deux opinions en présence: les uns, à la tête desquels se trouve M. le professeur Fournier, préconisent un traitement permanent; les autres ne donnent le mercure qu'au fur et à mesure des indications, ils sont *opportunistes*; tandis que les premiers sont *systématiques et radicaux*.

La première de ces deux écoles, école systématique, est tout à fait opposée à la méthode d'expectation. On sait, disent ses partisans, ce qu'est une syphilis faible, on ne sait pas ce qu'elle sera dans l'avenir; et seul, le traitement antisyphilitique suffisamment énergique et prolongé donne des chances sérieuses de diminuer les dangers éloignés de la période tertiaire. Rien ne prouve que les accidents tertiaires ne soient jamais la conséquence d'un traitement antisyphilitique antécédent, l'observation démontre au contraire qu'elles sont surtout le partage de ceux dont la vérole n'a pas été traitée, ou l'a été d'une manière insuffisante.

Le but de cette méthode est donc, non seulement de guérir rapidement les accidents actuels, mais surtout d'opposer un traitement prolongé à une maladie chronique, dont les suites éloignées sont souvent les plus terribles. " La durée du traitement, dit M. Fournier, fait plus que la dose totale du remède absorbé; une cure prolongée donne seule des garanties pour l'avenir." Le professeur préconise la *méthode des traitements successifs*. Il donne le mercure dans les deux premières années pendant deux mois, six semaines, un mois de suite avec des repos d'une longueur inverse, un mois au début, puis six semaines, deux mois, de sorte qu'au bout de deux ans il y aura environ dix mois de traitement, et quatorze mois de repos. L'iode est associé ou substitué au mercure, vers la fin de la seconde année, et donné seul dans la troisième année. Il ne faut pas que le traitement soit moindre de trois ou quatre ans. Et M. Fournier conclut que, réserves faites pour quelques cas exceptionnels qui déjouent les efforts de la thérapeutique, on peut dire que les syphilis traitées avec méthode, énergie et persévérance, n'ont pas de périodes tertiaires.

C'est cependant cette action préventive, si puissamment affirmée, qui est mise en doute par les partisans de la méthode opportuniste. M. Mauriac prétend que l'action préventive des médicaments spécifiques est très inférieure à leur action curative, si tant est qu'elle existe. Hutchinson dit que les observations cliniques

prouvent que le mercure est un remède très puissant contre les inflammations syphilitiques, mais qu'il n'agit pas comme antidote du virus syphilitique; il ajoute qu'il n'est pas prouvé que le mercure tende à abrégé la durée ou à diminuer la gravité de la période secondaire et des accidents tertiaires, et déclare ne pouvoir se prononcer sur la fréquence relative des symptômes tertiaires, en comparant les effets de l'expectation et du traitement antisymphilitique.

La conclusion de cette doctrine, c'est qu'il est inutile de donner un traitement mercuriel prolongé; il faut attaquer les accidents par les spécifiques, soit l'un ou l'autre, ou les deux, selon la durée et l'importance des accidents; mais quand tout symptôme a disparu, il faut laisser reposer l'organisme et suspendre la médication spécifique.

Voilà donc des affirmations et des doutes absolument contraires, basés les uns et les autres sur des faits cliniques et sur des déductions paraissant absolument logiques. Et le médecin qui, sincèrement, fait la critique de ces doctrines diverses, se trouve fort embarrassé de choisir une voie dans ce carrefour. Pour arriver à résoudre ce problème, examinons d'abord l'action du mercure sur l'organisme.

Que devient le métal, une fois absorbé, c'est-à-dire entré dans la circulation? Le mercure ne fait pas que traverser l'organisme; il y reste un certain temps; il a été signalé dans tous les organes, surtout dans le foie et les reins; c'est dans les muscles et le cœur qu'on en trouve le moins. On le retrouve également dans toutes les voies d'excrétion, dans l'urine, dans la bile, dans l'épithélium buccal et la salive; sa présence dans le lait n'est pas douteuse, mais les quantités en sont très faibles; il s'élimine également par la sueur comme le prouve l'amalgame des bagues chez les syphilitiques qui ont suivi un traitement.

Quel est le temps de séjour du mercure dans l'organisme? Après une seule dose de sel soluble, l'élimination cesse au bout de 24 heures. Mais quand on a suivi un traitement, on trouve du mercure dans les organes longtemps après; au bout d'un an on a pu encore déceler sa présence. Il s'élimine par les urines, mais pas d'une façon absolument régulière; "on en a retrouvé dans l'urine, deux ans, trois ans, et jusqu'à douze et treize ans après." On peut dire qu'en général l'élimination du mercure n'est terminée qu'au bout d'un an. Cette élimination peut devenir plus rapide par l'action de certains médicaments donnés en même temps ou à la suite. L'iodure de potassium semble agir ainsi, car on a vu reparaître, chez les individus ayant précédemment suivi un traitement hydrargyrique, des accidents mercuriels qui s'étaient arrêtés après la suspension du traitement; on en a conclu que l'iodure pouvait attaquer certaines formes mercurielles

fixées dans les organes, et augmenter la désassimilation. Il en est de même du traitement par les eaux sulfureuses, qui fait augmenter la quantité de mercure éliminé.

Si la fixation du mercure dans l'organisme et son élimination permettent de rapprocher ce métal du plomb, son action physiologique à petites doses est assez analogue à l'action du fer. Les petites doses en sont facilement tolérées par l'organisme, même données pendant un certain temps. Wilbouchevitch a constaté l'augmentation des globules sanguins, même chez les animaux. On a également constaté que le mercure était utile même chez les anémiques simples, à petites doses; il y a engraissement, surcharge d'hémoglobine. C'est là une action souvent reconnue chez les syphilitiques, et qui est même parfois absolument remarquable, comme en témoigne cette anecdote, de M. Hanot, relative à une jeune femme contaminée sans le savoir par son mari et devenue, disait-il, d'une santé plus florissante que jamais sous l'influence du mercure, à la grande stupéfaction de la belle-mère aux aguets, qui ne comprenait pas que l'on continuât encore à traiter sa fille pour de l'anémie.

Avec des doses faibles longtemps prolongées on a assez souvent, presque toujours, des accidents de mercurialisme chronique; mais ces accidents se bornent la plupart du temps à des troubles gastro-intestinaux, douleurs d'estomac, diarrhée. On a cependant noté parfois de la glycosurie assez persistante, et l'on trouve assez souvent de l'albumine dans l'urine. Les dépôts calcaires dans les reins sont exceptionnels, de même que dans la décalcification des os avec élimination de phosphate de chaux.

Chez les sujets prédisposés, on voit assez souvent naître et se développer des troubles hystériques manifestes. Wilbouchevitch a constaté que l'augmentation des globules sanguins obtenue au début fait place, si l'on continue, à de l'hypoglobulie et à de la diarrhée.

Avec les doses fortes qui étaient autrefois fréquemment employées, il y avait souvent des accidents mortels. Notons l'action sur les reins, qui dans ces cas sont hyperémiés; il peut y avoir dégénérescence aiguë par mort de l'épithélium, et calcification du rein. Notons aussi l'action sur le gros intestin, qui a pu être le siège d'une inflammation pseudo-membraneuse avec gangrène de la muqueuse et ulcérations. Cela nous fera comprendre pourquoi les brightiques et les typhiques présentent une sensibilité particulière à l'action du mercure.

En résumé, après avoir étudié l'action du mercure dans l'organisme, on peut conclure que: 1° *Il n'est pas nécessaire de donner du mercure à haute dose et longtemps, pour que l'organisme reste sous son influence*; 2° *si, à petites doses et pendant un temps restreint le mercure agit comme tonique, il est à craindre qu'en continuant son emploi d'une façon systématique, on ne fasse naître des accidents,*

généralement peu intenses pour le moment présent, mais pouvant être le point de départ d'altérations organiques diverses, notamment du côté des reins et du foie.

Les faits cliniques donnent-ils un démenti à ces conclusions purement théoriques ? On sait que, suivant la doctrine adoptée, les faits sont souvent interprétés de façons différentes ; nous en avons donné un aperçu au début de cette étude ; cela prouve qu'il n'y a pas de faits suffisamment démonstratifs pour emporter la conviction. Pour que nos conclusions théoriques soient démenties, il faudrait qu'il soit démontré que seul le traitement systématique donne des garanties sérieuses pour l'avenir, et, tout en étant inoffensif, empêche les manifestations tertiaires de la syphilis. D'abord est-il inoffensif ? Nous devons reconnaître qu'il n'y a pas actuellement de faits certains d'altérations organiques dérivant d'un traitement mercuriel bien conduit. Cela peut tenir à ce que, dans les cas de néphrite chronique ou de cirrhose hépatique, on ne songe pas à cette cause possible, et on ne la recherche pas. Et nous croyons qu'il y a lieu de diriger des recherches de ce côté.

Mais de plus, ce traitement est-il efficace contre le tertiarisme ? Ici, ses défenseurs les plus déclarés sont obligés de reconnaître qu'il y a des cas où un traitement mercuriel systématique et prolongé n'a pas empêché des accidents graves de se produire. Ils se bornent à affirmer que ces cas seraient plus nombreux, si ce traitement n'était pas adopté.

À l'appui de cette affirmation, M. le professeur Fournier donne sa statistique sur le tertiarisme, statistique citée dans une de ses cliniques et qui ne sera publiée que dans quelques mois. Nous en connaissons les parties essentielles qui nous permettent de porter un jugement. Dans cette statistique, qui porte sur un nombre considérable de cas, nous voyons que pour 100 cas d'accidents tertiaires graves, cinq seulement appartiennent à des malades ayant suivi un traitement prolongé et systématique, s'étant aussi bien traités que possible ; six sont des malades ayant suivi un traitement un peu moins sévère que les premiers, mais s'étant néanmoins soignés très sérieusement. Il semble donc au premier abord que cette statistique soit extrêmement favorable aux idées doctrinales de M. Fournier. Et cependant si nous continuons notre examen, nous voyons qu'il n'y a que six cas sur cent appartenant à des syphilitiques n'ayant jamais suivi de traitement mercuriel. On pourrait donc, en s'en tenant à la superficie des faits, tirer cette conclusion amusante et paradoxale. " Si vous avez la syphilis ne vous traitez pas du tout, ou traitez-vous avec toute la sévérité possible ; mais pas de milieu." Et en effet, les cas les plus nombreux sont dus aux syphilitiques ayant suivi un traitement de moyenne intensité. Mais ne peut-on interpréter les faits d'une façon plus juste en faisant remarquer

que ce qu'il serait important de connaître, c'est le rapport entre le nombre des malades ayant suivi le traitement le plus sévère, et le nombre des cas graves produits malgré ce traitement.

Il serait également d'une grande importance de savoir si les malades traités avec cette sévérité au début sont aussi sensibles que les autres au traitement spécifique, lors des accidents tertiaires.

Car telle qu'elle est, cette statistique ne prouve rien. Or sait qu'ils sont rares, ceux qui ont la patience de se soumettre pendant plusieurs années au traitement systématique, alors que les accidents du début ont disparu. L'immense majorité se traite à moitié. Un certain nombre ne suit aucun traitement: ce sont généralement des pauvres diables, que ne gênent guère un chancre guérissant à peu près seul, et quelques plaques muqueuses; et il y a des chances pour qu'ils soient au moins aussi nombreux que ceux qui suivent le traitement dans toute sa rigueur. A notre avis, cette statistique prouverait plutôt le contraire de ce qu'elle veut démontrer.

Un autre point de la statistique a trait aux syphilitiques enceintes, et montre que le traitement mercuriel est utile pour qu'elles puissent mettre au monde des enfants vivants. Telle cette syphilitique ayant déjà mis au monde sept enfants morts; elle suit le traitement antisiphilitique pendant sa huitième grossesse et accouche d'un enfant vivant; à la neuvième, elle ne se traite pas: l'enfant est mort né; à la dixième, elle se traite encore et l'enfant vient vivant. Ce point est certainement indiscutable; mais il est plutôt en faveur de la théorie opportuniste.

Nous concluons:

1° Le mercure est utile dans la syphilis; il a une action curative manifeste, mais son action préventive n'est pas prouvée.

2° Au début, il est inutile de donner un traitement très actif, s'il n'y a pas d'accidents menaçants.

3° Il faut, au fur et à mesure des accidents secondaires, instituer un traitement mercuriel qu'on ne prolongera pas longtemps, quand ils auront disparu.

4° L'iodure de potassium doit intervenir dès la première année (Hallopeau).—Dr HERVOUET, in *Concours médical*.

Les nouvelles applications du dermatol pour l'usage interne. — Le dermatol préparé par HEINTZ et LIEBRECHT (de Breslau) est un nouvel antiseptique sec et en somme constitue un gallate de bismuth basique.

Il n'avait d'abord été employé que pour l'usage externe; cependant ses inventeurs l'avaient recommandé dans les maladies gastro-intestinales, principalement dans les diarrhées profuses liées à des processus catarrhaux ou ulcératifs, et dans les catarrhes infectieux de l'été.

Partant de ce point, les docteurs COLASANTI et DURTO voulurent expérimenter le dermatol en pareil cas et les résultats qu'ils ont rapporté à l'Académie de médecine de Rome confirment les espérances des docteurs de Breslau.

Ils l'ont donné dans la diarrhée colliquative des phtisiques, dans celle des typhiques, dans l'entéro-colite ulcéreuse, dans l'entéro-colite soit simple soit dysentérique de la malaria, et enfin dans la diarrhée des convalescents de maladies fébriles aiguës.

Les doses prescrites ont oscillé entre deux et six grammes par jour, en cachets de 25 à 50 centigrammes, seul ou mélangé à 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque si la diarrhée était compliquée d'entéralgie, ou encore suspendu dans une émulsion gommeuse à laquelle on ajoutait éventuellement quelques gouttes de laudanum. Suivant les auteurs *c'est un des anti-diarrhéiques les plus efficaces.*

Les indications de l'acide lactique. — Depuis l'épidémie cholérique, on parle beaucoup dans les différentes méthodes de traitement de cette maladie, d'un médicament préconisé en 1886 par MM. HAYEM et LESAGE, à la suite d'études bactériologiques, sur la diarrhée verte des enfants. Ce médicament c'est *l'acide lactique*. Depuis les premières recherches, l'acide lactique a été reconnu excellent contre les vomissements de la dyspepsie infantile, contre le choléra infantile en général, enfin contre toutes les diarrhées cachectiques des cancéreux et des tuberculeux. Le képhir, qui est un lait fermenté contenant de notables proportions d'acide lactique, est ainsi un excellent moyen thérapeutique à employer contre les diarrhées cachectiques.

Toutefois, hâtons-nous de le dire, il arrive en ce moment pour l'acide lactique ce qui arrive généralement pour les médicaments à la mode. On l'administre à tort et à travers, sans aucune règle de conduite. C'est, croit-on, pour le moment, la panacée contre toute diarrhée. Or, comme toujours en pareil cas, il y a beaucoup d'erreur dans cette manière de procéder. Aussi, lorsqu'on aura donné un grand nombre de fois l'acide lactique sans succès, parce qu'on n'aura pas compris ses indications, l'abandonnera-t-on brusquement, sans la moindre raison, à notre sens. L'acide lactique est excellent contre les vomissements dyspeptiques des enfants nouveau-nés. Il est également, parfaitement indiqué contre le choléra et les diarrhées cholériques du *bactérium coli* commune. Mais, il ne faut jamais oublier que dans ces dernières affections, il est nécessaire de le donner à très forte dose, 15 à 20 grammes en 24 heures, pour en saturer, autant que possible, le contenu de l'intestin. En ce qui concerne la diarrhée verte des enfants, il est absolument important avant d'administrer l'acide lactique, de faire le diagnostic exact de la nature de cette diarrhée.

Tout d'abord, les selles vertes des enfants ne sont pas produites

par les mêmes causes. Les unes sont bilieuses; les autres sont microbiennes. Les premières se rencontrent chez les bébés de quelques jours à 2 mois ou 3 mois. Lorsqu'elles viennent d'être émises, elles sont jaunes, et ne verdissent qu'à la longue, principalement sous l'influence de la lumière. Ce sont des pigments biliaires: ajoutez quelques gouttes d'acide nitrique sur la couche, qui a reçu des matières, vous aurez aussitôt la coloration violette et rouge caractéristique de la présence de ces pigments (biliverdine, bilirubine). Généralement les enfants, dans ce cas, ont les téguments légèrement jaunâtres ou du moins leurs conjonctives ont un teint subictérique, et leur foie est volumineux.

Les secondes sont fréquentes chez les enfants au lait à partir de 4 ou 5 mois, absolument exceptionnelles avant cet âge. Elles sont vertes, ou vertes et blanches, mélangées de jaune; dès le moment de leur émission, elles ont cette coloration et ne changent pas à l'air. L'acide nitrique ne fait pas varier cette coloration verte sur les couches. C'est qu'ici, il ne s'agit plus de pigments biliaires.

M. Lesage a démontré que cette couleur verte est produite par des colonies microbiennes; ce sont les bacilles de la diarrhée verte, excellents amis des bacilles virgules du choléra et par conséquent fort dangereux, puisque si on les laisse proliférer à leur aise, ils ne tardent pas à introduire les bacilles du choléra et à fraterniser avec eux.

Or, c'est contre ces bacilles verts de Lesage qu'on doit administrer l'acide lactique; car il les tue immédiatement, eux et leurs spores. Que ferait cet acide contre une trop grande production de bile, contre l'émission d'une quantité anormale de biliverdine dans les selles? il est certain que l'administration de l'acide lactique contre les diarrhées bilieuses est absurde. Ce sont les alcalins, le calomel, et non les acides, qui sont alors indiqués. Et cependant, nous venons encore, ces jours-ci, d'avoir l'occasion de vérifier que plusieurs médecins ignorent complètement ces principes. Un enfant de 3 semaines ayant, depuis plusieurs jours des selles vertes, franchement bilieuses comme nous l'avons constaté, le médecin avait prescrit l'acide lactique. Qu'en est-il résulté? L'enfant a continué à faire vert, il a maigri de plus en plus, s'est athrepsié, enfin le mucus buccal n'a pas tardé à devenir fortement acide et le muguet ne s'est fait longtemps attendre. L'eau de chaux et le bicarbonate de soude associés à un bon lait de nourrice eût rétabli promptement le bébé.

HARR, de Philadelphie, dit que dans les cas où la digitale est indiquée mais reste inefficace, l'emploi de l'adonidine donne souvent de bons résultats.—*College and Clinical Record.*

MEDECINE.

Intoxication alimentaire.—Clinique de M. le Prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Tout récemment, nous avons eu pendant quelques jours, dans le service, un homme que l'on nous avait amené le croyant atteint de choléra.

Ce malade, d'une très bonne santé habituelle, avait fait, le 20 juin au soir, un repas un peu plus copieux que d'habitude avec quelques amis. Le dîner se composait, d'après ce qui nous a été raconté, de homard et de gigot de mouton. Notre homme n'en avait pas mangé avec excès et était allé se coucher sans ressentir le moindre malaise. Mais à 11 heures et demie, il se réveilla en proie à un grand malaise. Très rapidement survenaient des nausées, des vomissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des douleurs dans les membres. Bientôt il se produisit une contracture très marquée des bras; les poings se fermèrent, les avant-bras se fléchirent sur les bras et les membres s'appliquèrent fortement sur le tronc. Il n'y eut pas de garde-ropes, mais le ventre était sensible. Un médecin appelé envoya aussitôt le malade à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, la situation de notre homme s'était déjà beaucoup améliorée. Les contractures avaient disparu, le ventre était souple, non ballonné, sans douleur à la pression. La rate mesurait 14 centimètres, ses dimensions étaient donc notablement exagérées. Il n'y avait pas de fièvre et le pouls battait 72 fois par minute.

Les jours suivants, la situation continua à s'améliorer, et, après une purgation, le malade sortit de l'hôpital complètement guéri.

De quelle maladie cet homme avait-il été atteint? On pouvait penser à une indigestion simple, à un embarras gastrique, à des accidents cholériformes.

L'indigestion est peu admissible. Le malade avait peu mangé, il n'avait ressenti aucun trouble après son repas; rien n'avait pu troubler brusquement les fonctions de l'estomac, ni émotion vive, ni douleur. On ne pouvait incriminer non plus ces idiosyncrasies pour un aliment donné que présentent certaines personnes qui, par exemple, ne peuvent manger, sans être malades, des noisettes, des fraises ou des écrevisses.

D'autre part, l'embarras gastrique saisonnier n'éclate pas aussi brusquement. Il est précédé d'une période de malaise, de perte d'appétit, de diarrhée. Les malades ont bien des vertiges et de la courbature, mais la contracture est étrangère à la symptomatologie de la maladie.

Faut-il donc penser aux accidents cholériformes qui, certainement, se produisent en assez grand nombre en ce moment ? Mais, dans la cholérine, s'il y a des vomissements, il y a aussi de la diarrhée et il ne se produit pas de contracture, mais simplement quelques crampes. Le choléra peut être sec, comme on dit, les vomissements eux-mêmes peuvent manquer dans les cas les plus graves. Mais, dans notre cas, le refroidissement, la cyanose, semblent avoir fait défaut, et, de plus, si le malade avait eu une attaque intense de choléra la nuit précédant son entrée à l'hôpital, il serait entré ici en pleine période de réaction, tandis qu'il ne présentait aucun des symptômes de cette phase de l'évolution du choléra.

Par exclusion, nous sommes donc amenés à penser à une intoxication alimentaire. Tout empoisonnement criminel est à laisser de côté puisque les autres convives n'ont rien senti. On ne peut guère croire que le malade ait songé à se suicider, et, de plus, les accidents ne rappellent en rien ceux qui caractérisent les empoisonnements par les substances minérales. S'agissait-il donc d'un poison végétal ? On peut éliminer une intoxication par les solanées, puisqu'il n'y avait aucun phénomène pupillaire; la digitale n'était pas non plus à mettre en cause, le cœur ne présentait aucun ralentissement. La strychnine donne des accidents assez analogues, mais les contractures qu'elle entraîne sont paroxystiques, se produisent par accès; de plus, elles finissent par gagner les muscles respiratoires; tandis que notre malade n'a jamais présenté de dyspnée. Enfin la strychnine faisant peu vomir, nous pouvons aussi la considérer comme n'ayant joué aucun rôle dans la pathogénie des accidents présentés par notre malade.

Il ne nous reste à incriminer que les poisons animaux qui sont parfois contenus dans les aliments, les ptomaines. Les accidents que causent ces ptomaines sont du malaise général, de la sécheresse de la gorge, de la pesanteur gastrique, des vomissements, des douleurs abdominales sans tuméfaction ni ballonnement, de la constipation qui survient d'emblée ou après un peu de diarrhée. Fréquemment il y a des troubles de la vue, de la diplopie, du ptosis, de l'amblyopie. Certains malades ont de la dyspnée paroxystique, des anesthésies des membres, du refroidissement général, du ralentissement du pouls, des crampes et des convulsions.

Notre malade a présenté un certain nombre de ces accidents, et chez lui, comme c'est la règle en pareil cas, la rate était tuméfiée. Du reste, lorsque l'on a l'occasion de faire une autopsie dans des faits de ce genre, on ne trouve guère que cette augmentation de volume de la rate et de la congestion pulmonaire.

Des substances animales très diverses peuvent donner lieu à des accidents d'empoisonnement. En tête se placent les viandes

putréfiées. Tout le monde connaît l'histoire de ces paysans qui détérèrent un bœuf mort d'accident, que l'on avait enfoui, et se nourrirent de sa chair; la plupart furent malades et quelques-uns moururent.

Bouillaud avait institué des expériences dans lesquelles il faisait manger à des animaux des viandes gâtées; il observa des accidents qu'il rapprocha de ceux de la fièvre typhoïde, et sa théorie n'est pas si éloignée de la vérité qu'on l'a dit. L'ingestion de gibier trop avancé est parfois cause de phénomènes graves, de collapsus cardiaque; ce sont là des faits qu'il est étonnant d'observer aussi rarement.

Dans la grande majorité des cas, les viandes nuisibles ont été conservées longtemps, ce sont des conserves. Vous savez que l'on fabrique ces conserves en soumettant les boîtes à la chaleur, de façon à chasser l'air et à tuer les germes existants par la haute température. Malgré cette préparation, il arrive que certaines boîtes se gâtent, ce qui est indiqué par le soulèvement du couvercle par les gaz qui se produisent. Dans la marine, où l'alimentation par les conserves est très fréquente, ces boîtes sont toujours jetées. D'autre part, les conserves, dès qu'elles subissent le contact de l'air, s'altèrent très rapidement. Il faut donc manger le plus vite possible le contenu d'une boîte ouverte. Les accidents qui se produisent dans ces cas sont causés par des ptomaines. Ces dernières n'impliquent pas la présence actuelle des germes, car l'ébullition ne les détruit pas. Elles sont simplement solubles dans l'eau et rendent le bouillon toxique. On peut cependant éliminer les ptomaines. Elles semblent être volatiles, car en alcalinisant le liquide qui les contient et en faisant bouillir, on les chasse.

Quelle que soit la viande altérée, les accidents sont les mêmes. De toutes les viandes, c'est celle de poisson qui se gâte le plus vite, et il n'est pas même nécessaire qu'elle soit conservée longtemps pour devenir dangereuse. D'une façon générale, la viande peut être dangereuse par les germes de maladies transmissibles qu'elle contient, mais l'ébullition détruit ces germes, et il reste les ptomaines. Une vache étant morte de fièvre puerpérale, 115 personnes mangèrent de sa viande et sont malades. Récemment, dans une ville de Hollande, une vache meurt en vêlant, 200 personnes en mangent, la moitié sont malades et trois meurent. Dans ce dernier cas, remarquez-le, il ne s'agissait plus d'une maladie infectieuse.

La viande de porc est très souvent la cause d'accidents. Dans ma jeunesse, j'étais attaché à un établissement d'aliénés où l'on avait élevé un porc. L'animal fut tué et confié à un charcutier appelé à cet effet. On prépara, entre autres produits, du fromage de cochon qui fut distribué au personnel domestique de l'établissement; tout ce personnel fut en proie à des accidents cholériformes.

qui, du reste, se terminèrent favorablement. Une aliénée qui s'était emparée d'une certaine quantité du fromage toxique et l'avait mangé, fut seule épargnée parmi ceux qui en consommèrent. C'est une preuve de plus de la résistance des aliénés à certaines influences nuisibles.

La morue mal conservée prend une teinte rouge et peut causer des accidents. Ce n'est pas le rouge qui est nuisible, mais les ptomaines qui se développent en même temps dans la chair. Quelquefois le poisson le plus frais est toxique. Sur un navire de l'Etat, en mer, on pêcha un jour un beau poisson qui fut servi sur la table des officiers; tous furent malades.

Tout le monde connaît les phénomènes qui suivent parfois l'ingestion des huîtres et surtout celle des moules. L'urticaire est un des accidents les plus communs. On a incriminé le cuivre qui pouvait exister sur des animaux recueillis sur le doublage des navires, mais il est bien prouvé maintenant que des moules pêchées au fond de l'eau peuvent être dangereuses. En 1887, des ouvriers qui réparaient un navire en bois dans le port de Wilhenshoven mangèrent, cuites, des moules recueillies le long des flancs du bateau; un grand nombre furent malades et en moururent. Virchow trouva, à l'autopsie, de la congestion des viscères. L'extrait alcoolique de cet moules fut toxique pour les animaux. D'autres, recueillies ensuite sur le même navire et placées dans un vivier à eau courante, perdirent rapidement leurs propriétés nuisibles.

Il est reconnu en Angleterre que les mollusques que l'on pêche dans les avant-ports où l'eau est agitée sont sains, mais qu'il n'en est pas de même de ceux recueillis dans les docks où l'eau est stagnante. On peut dire que tous les animaux pêchés dans les eaux croupissantes sont dangereux, et Vancouver l'avait vu il y a longtemps.

Il est très probable que notre homme a été intoxiqué par le homard. Si les autres personnes qui en ont mangé en même temps n'ont pas présenté d'accidents, c'est soit parce que le malade présentait une susceptibilité individuelle qui se voit fréquemment, soit parce qu'il a mangé une partie de l'animal plus toxique que les autres. En effet, le poison peut se localiser surtout dans certains organes, et quand on enlève le foie des moules dangereuses, les accidents sont beaucoup moins intenses.

Le plus généralement, dans les empoisonnements par les ptomaines, la mort survient par le cœur, dans le collapsus; le pronostic n'est donc pas mauvais quand la circulation se fait bien.

La thérapeutique de ces empoisonnements est simple. On évacuera le contenu de l'estomac, si on est appelé avant qu'il y ait eu des vomissements abondants, à l'aide de l'ipéca ou de la pompe gastrique, et on administrera ensuite des stimulants diffusibles.—*Union médicale.*

Séméiologie de la pleurésie ; adhérences pleurales et thoracentèse. — Clinique de M. le professeur Jaccoud à l'hôpital de la Pitié. — Chez tout malade présentant des symptômes thoraciques et en particulier quand ces symptômes peuvent vous faire craindre une pleurésie, vous devez adopter une règle invariable et toujours commencer l'examen par la partie antérieure du thorax. Cet examen de la partie antérieure est de la plus haute importance. C'est lui qui, quel que soit le côté de la pleurésie, côté droit ou côté gauche, vous renseigne sur l'abondance de l'épanchement, la matité antérieure ne se produisant évidemment que dans les épanchements fort abondants. Dans les pleurésies gauches en particulier, je tiens à vous montrer l'intérêt pratique que présente une zone spéciale du thorax, l'espace semi-lunaire de Traube.

Traube signalait, en 1868, la présence de cette zone spéciale et la décrivait dans les termes suivants : " A la partie inférieure du thorax gauche est une région dans laquelle le son de percussion est tympanique. Cette région a une figure semilunaire. Elle est limitée en haut, par une ligne courbe dont la concavité regarde en bas. L'espace ainsi formé commence au-dessus du cinquième ou sixième cartilage costal gauche. En arrière il s'étend le long du thorax jusqu'à l'extrémité antérieure de la neuvième ou dixième côte ; sa plus grande largeur est de neuf à onze centimètres." Les recherches personnelles que j'ai faites sur cet espace, en particulier en 1879, m'ont permis de confirmer, en tout, la description de Traube. J'ai de plus déterminé la hauteur moyenne de l'espace qui, au niveau de la verticale mamelonnaire, atteint dix centimètres.

Le tympanisme de cet espace est particulier ; c'est un son vide, abdominal, aigu, différent de la sonorité plus grave, plus pleine de poumon. C'est qu'en effet, sur ce point, le sillon costo-diaphragmatique n'est pas rempli par le poumon. La paroi costale, la plèvre costale et diaphragmatique, le diaphragme seul sont interposés entre le doigt et l'abdomen. La percussion retrouve sur ce point la sonorité de l'estomac et du côlon.

A côté du tympanisme, j'ai signalé à l'état sain deux autres particularités : 1° l'absence des vibrations vocales ; 2° l'absence du murmure vésiculaire, qui s'expliquent par l'absence même du poumon. Les vibrations vocales doivent être recherchées avec le bout des doigts, car la main appliquée à plat déborderait les limites de l'espace et serait trompée par la vibration des parties voisines. De même pour le murmure vésiculaire, l'oreille ne doit pas s'en laisser imposer par le murmure éloigné de propagation.

La matité, remplaçant ce tympanisme normal, offre un intérêt clinique de premier ordre. Cette matité se trouve dans trois grandes conditions pathologiques.

La première de ces conditions rétrécit parfois de moitié, mais-

sans jamais amener une suppression complète, le champ sonore de l'espace de Traube. C'est la pneumonie de la partie antérieure du lobe inférieur du poumon gauche. Il y a dans la région mate du souffle, de la bronchophonie. Bien que l'affection soit rare, le diagnostic est donc facile.

Les épanchements pleurétiques peuvent aboutir à une suppression totale. Tantôt c'est le fait d'un épanchement pleural gauche abondant, condition qui, comme la précédente, avait été bien signalée par Traube; tantôt c'est le fait d'une pleurésie partielle. La pleurésie partielle sous-mammaire, avec épanchement limité antérieurement empiétant sur la région axillaire, n'est pas rare, comme je l'ai montré, surtout à gauche. Il y a naturellement absence de vibrations vocales, silence complet dans les deux cas.

La troisième condition, que Traube avait méconnue et que je crois avoir le premier signalée, est l'accumulation d'une couche épaisse et continue de fausses membranes dans le sillon costo-diaphragmatique. Ces adhérences fermes, clôturantes, cette symphyse phréno-costale sont très fréquentes. Méconnues, elles peuvent conduire à une thoracenthèse faite en un point dangereux et parfois, comme je vous le montrerai, suivie d'accidents mortels. La matité, l'absence de vibrations vocales, de murmure vésiculaire, existent comme dans la pleurésie.

Comment donc distinguerez-vous les adhérences et l'épanchement? Vous n'avez qu'un seul signe différentiel, l'altération de la mobilité respiratoire du côté gauche; mais bien cherché il est excellent. A l'état normal, l'inspiration s'accompagne d'une projection en avant de l'épigastre, avec projection latérale excentrique des dernières côtes. Des mouvements inverses accompagnent l'expiration.

Le renversement de ce type normal se rencontre dans de nombreuses affections et en particulier dans les adhérences. Mais dans les adhérences, il présente un aspect particulier, seul caractéristique. Placez-vous au pied du lit du malade. Regardez comparativement le côté droit et le côté gauche. Du côté atteint, au point atteint, et ce point est très souvent l'espace semilunaire, vous constatez pendant l'inspiration une dépression, un retrait actif des espaces intercostaux et des côtes. Il semble qu'une main intérieure vienne tirer sur un côté du thorax. Au moment de l'expiration, les côtes se soulèvent au contraire, reviennent en place passivement par élasticité. Du côté sain, vous avez au contraire l'expansion inspiratoire et le retrait expiratoire. D'où une sorte d'alternance dans les mouvements des deux côtés.

Un épanchement liquide peut bien être au moment de l'inspiration cause d'une dépression passive. Mais ce qu'il ne donne jamais, c'est cette dépression active, ce retrait brusque, cette sorte de traction vers la ligne médiane.

Une variété d'adhérences peut, au contraire, produire un fait

séméiologique curieux et rare, l'agrandissement du tympanisme semilunaire. Ce sont les adhérences en couche mince qui ont fixé le diaphragme trop haut. On a vu parfois le diaphragme remonter ainsi jusqu'à la quatrième côte. Le refoulement du diaphragme par le météorisme abdominal augmenterait également la zone sonore. Mais ces faits sont moins importants.

Les faits du premier groupe ont, au contraire, pour le diagnostic des adhérences et de la symphyse phréno-costale, une importance extrême. Ces adhérences sont fréquentes. Leur possibilité doit toujours vous préoccuper dans les pleurésies au moment où il faut pratiquer la thoracentèse. Si vous méconnaissiez ces adhérences, vous risquez de ponctionner trop bas, là où le liquide, si abondant qu'il soit, ne peut descendre, la cavité pleurale étant supprimée par l'accolement des feuillets.

Il n'y a pas, quoi qu'on ait pu dire, de point d'élection pour la thoracentèse. Si vous soupçonnez, *a fortiori* si vous avez reconnu la présence d'adhérences, il faut ponctionner très haut. Sinon vous risquez, comme on en a rapporté deux observations, de traverser avec le trocart la couche unique formée par la paroi, la plèvre costale et diaphragmatique fusionnée, le diaphragme, sans trouver le liquide et de pénétrer dans l'abdomen. Vous concevez donc l'importance de l'examen de la partie antérieure du thorax, partie où les symptômes dus aux adhérences se rencontrent avec le plus de netteté.—*Gazette des Hôpitaux*.

CHIRURGIE.

Rétrécissement de l'urèthre et spasme de la portion membraneuse ; diagnostic différentiel, par M. P. BAZY.—Lorsque chez un malade se plaignant de troubles du côté des voies urinaires, l'exploration du canal révèle un arrêt dû à un obstacle dans les parties les plus reculées de la région périnéale, la question se pose toujours : est-ce un spasme ? est-ce un rétrécissement ? Ce diagnostic entre le spasme et le rétrécissement est traité depuis longtemps dans les livres classiques, mais à mon avis n'a pas été résolu. C'est à chercher la solution de la question que je vais consacrer les lignes qui suivent :

Les éléments de ce diagnostic reposent sur un certain nombre de points :

1^o Antécédents ; 2^o état des régions antérieures de l'urèthre ; 3^o résultats de l'exploration directe ; 4^o mensuration.

1^o Tout individu qui a un passé urétral est un candidat au rétrécissement, mais il n'en n'a pas forcément un. Ne peut avoir

un rétrécissement que celui qui a un passé urétral : blennorrhagie, chute ou coup sur le périnée, fausse route, traumatisme intéressant le canal de dedans en dehors par des instruments introduits par le méat, ulcérations diverses. Mais tous les anciens blennorrhagiens ne sont pas des rétrécis.

Donc, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un sujet indemne de toute lésion antécédente de l'urèthre on devrait affirmer l'absence d'un rétrécissement, et, en présence d'un arrêt de la boule exploratrice dans les parties profondes du canal, conclure à un spasme de la portion membraneuse.

Théoriquement cela est vrai : mais dans la pratique, on se heurtera souvent à de nombreuses difficultés pour prévenir le chirurgien de l'existence d'un traumatisme antérieur, beaucoup se garderont bien de se précipiter au-devant des questions du chirurgien en parlant de leurs blennorrhagies et en les énumérant. Si quelques-uns avouent franchement ces blennorrhagies, d'autres finissent, pressés de questions, par reconnaître qu'ils ont eu un petit écoulement, un petit échauffement, mais il était si peu important qu'il n'avait pas laissé de trace dans leur esprit. Enfin, dans un certain nombre de circonstances, le chirurgien lui-même devra se garder, devant la femme, les fils du malade, de remuer les cendres du passé et de faire l'inventaire des malheurs de jeunesse de son client. Il y a là une éventualité plus fréquente qu'on ne croit, et à laquelle il n'est pas toujours commode de se soustraire.

Quant à ceux qui se sont créés le rétrécissement par des manœuvres intempestives dans l'urèthre, il faut le plus souvent renoncer à avoir leurs aveux.

N'oublions pas, enfin, qu'on peut avoir un passé urétral bien fourni, riche en incidents, sans être pour cela atteint de rétrécissements.

Enfin, il existe des rétrécissements congénitaux, leur histoire n'est pas encore connue, mais certains faits cliniques autorisent à penser qu'ils existent. Je n'insiste pas, du reste, sur ce point, et conclus en disant que la connaissance des antécédents peut être d'un grand secours pour le diagnostic, que l'absence de tout commémoratif est, en particulier, de la plus haute valeur, mais encore faut-il que les renseignements soient sincères et dans tous les cas cette sincérité doit être contrôlée par l'examen méthodique du canal.

2o Le second élément de diagnostic entre le rétrécissement et le spasme, est l'existence de coarctations plus ou moins marquées dans les parties plus accessibles, plus antérieures de l'urèthre.

Ainsi que Woillemier l'a depuis longtemps établi, les rétrécissements s'étagent depuis le méat jusqu'au périnée en diminuant de plus en plus de calibre, du moins dans la plupart des cas; il en résulte que, si une bougie exploratrice à boule, après avoir franchi avec plus ou moins de difficulté les régions antérieures de l'urè-

thre, est arrêtée dans la partie reculée de la région périnéale, cet arrêt sera à peu près sûrement dû à un rétrécissement. Le spasme peut exister dans ces circonstances, mais on peut dire qu'il est rare, et il devient d'autant plus rare que les rétrécissements sont plus étroits et plus anciens, le sphincter membraneux perdant de sa fermeté du fait d'obstacles anciens siégeant en avant de lui.

La difficulté ne commence à exister que lorsque la boule, n'ayant pas trouvé d'obstacle dans les régions antérieures du canal, c'est-à-dire pénienne, scrotale et la plus grande partie de la région périnéale, se trouve arrêtée au fond du périnée, et alors on peut se poser la question: "Est-ce un spasme? Est-ce un rétrécissement qui arrête la boule?"

Ce n'est que dans ce cas qu'on peut hésiter. Ce n'est qu'à ce niveau que le diagnostic devient épineux. L'arrêt est-il dû à un spasme ou à un rétrécissement? Au contraire, vous pourrez hautement affirmer l'existence d'un rétrécissement toutes les fois que cet arrêt de la boule se produira dans la portion pénienne, la portion scrotale et la plus grande partie de la portion périnéale. Je dis la plus grande partie de la portion périnéale, parce que, quand on s'approche de la portion membraneuse, les sensations peuvent être confuses, et l'erreur assez facile, si l'on n'y prête pas attention; néanmoins cet arrêt, quand il sera dû à un rétrécissement, occupera, comme nous le verrons, une région du canal suffisamment distincte et séparée de la portion membraneuse pour qu'on n'ait pas à craindre une confusion.

Donc, tout arrêt dans les parties de l'urèthre que je viens d'indiquer prouve, à n'en pas douter, l'existence d'un rétrécissement. Il ne sera pas nécessaire pour pouvoir affirmer le rétrécissement que vous l'ayez franchi. J'insiste d'autant plus sur ce fait que, dans une leçon clinique faite par l'un des chirurgiens spécialistes qui ont le plus écrit sur ces matières, M. Guyon, vous pourrez voir cet auteur émettre deux aphorismes sous forme de principes, dont l'un est ainsi formulé: "On ne peut sûrement diagnostiquer un rétrécissement qu'après l'avoir franchi." (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1887, p. 260).

Si on voulait suivre à la lettre ce principe—et les principes sont faits pour cela—on douterait de l'existence des rétrécissements dont il est permis de douter le moins, je veux parler des rétrécissements infranchissables (qu'ils le soient momentanément ou non); on devrait même douter des rétrécissements qui ne peuvent laisser passer qu'une bougie fine, attendu que souvent cette bougie fine ne pénètre qu'à une condition, c'est qu'elle puisse passer sans frottement.

Il n'est nullement nécessaire d'avoir franchi un rétrécissement pour être sûr de son existence et le diagnostiquer, quel que soit, du reste, son siège, qu'il siège dans une région facilement accessible à nos moyens d'exploration et où ce diagnostic est facile,

qu'il siège au contraire dans une région où ce diagnostic est difficile, et en particulier, dans la dernière partie de la portion périnéale, au voisinage de la portion membraneuse, dans le point, en somme, qui fait l'objet principal de ce travail.

Supposons donc un canal dont les antécédents sont mal connus, suspects ou insuffisants, ou même complets, dont l'exploration n'a rien révélé de particulier et qui arrête la bougie dans la partie la plus reculée du périnée. Est-ce un spasme, est-ce un rétrécissement? Les auteurs classiques disent : quand vous doutez, quand vous avez raison de soupçonner un spasme, prenez une sonde métallique, soit à petite courbure, soit à courbure de Bénéiqué, et vous passerez, alors qu'auparavant des bougies relativement fines n'avaient pu passer : c'est là la démonstration qu'il n'existait pas de rétrécissement. Assez souvent, en effet, on démontre ainsi victorieusement à un confrère qu'il s'était trompé et qu'il avait pris pour un rétrécissement un simple spasme du canal. Mais prouver qu'on a raison n'est pas enseigner à éviter les erreurs. On n'aura pas atteint davantage le but en montrant que quand on franchit l'obstacle, la sensation que fournit au retour la boule exploratrice n'est pas la même quand il s'agit d'un spasme ou quand il s'agit d'un rétrécissement : dans le premier, en effet, on sent que la boule est comme saisie et serrée par une pression douce, dans le second on a une sensation de ressaut unique ou multiple. Dans ce cas-là encore il faut avoir franchi l'obstacle.

Si nous n'avions que ces expédients comme moyens de diagnostic, il serait vrai de dire qu'on ne peut sûrement diagnostiquer un rétrécissement qu'après l'avoir franchi (et encore ne serait-ce vrai que pour ces rétrécissements à siège particulier). Or, on a des moyens de le diagnostiquer avant de le franchir, et après avoir fait le diagnostic, on pourra démontrer qu'on ne s'était pas trompé ; alors seulement il sera permis de démontrer qu'on possède la vérité en passant une grosse sonde et de faire ensuite connaître aux assistants, en introduisant une bougie exploratrice à boule, la sensation que donne au retour le passage à travers le sphincter membraneux.

Le diagnostic du spasme d'avec le rétrécissement repose sur l'exploration combinée du canal par le toucher intérieur ou cathétérisme explorateur et le toucher extérieur ou palper périnéal. Il repose aussi sur des données anatomo-pathologiques que je prends la permission de rappeler ici.

En effet, des recherches consignées dans l'*Atlas des maladies des voies urinaires*, par F. Guyon et P. Bazy, il résulte que le rétrécissement, soit blennorrhagique, soit traumatique, le plus rapproché de la portion membraneuse, en est encore distant de *un centimètre* environ. C'est donc une distance tout à fait appréciable.

Ainsi, une bougie boule arrêtée par un rétrécissement, sera arrêtée à un centimètre en avant de la portion membraneuse.

Cette portion membraneuse est, comme on le sait, cachée profondément dans le périnée et ne peut être sentie que par le toucher rectal immédiatement en avant de la prostate et immédiatement derrière le sphincter anal, au niveau de ce méplat qui se trouve situé entre le bec de la prostate et le relief formé par le sphincter anal.

Que résulte-t-il de ces données anatomiques ?

C'est que si la boule est arrêtée par un rétrécissement, elle sera suffisamment loin du sphincter membraneux et assez superficielle pour être sentie par le périnée.

3o Si une boule s'est arrêtée profondément dans le périnée par un rétrécissement, en mettant le doigt sur le périnée on sentira la boule. Dans le cas où la sensation serait peu nette, soit par suite de l'état d'embonpoint du sujet, soit à cause d'indurations du corps spongieux, il suffira d'imprimer à la bougie quelques mouvements de va-et-vient pour la sentir facilement et bien reconnaître qu'elle est arrêtée dans le périnée.

Si, au contraire, il s'agit d'un spasme, on ne sentira pas la boule par le périnée et si on lui imprime des mouvements de va et-vient, on ne la sentira qu'après l'avoir fait rétrograder d'une quantité très appréciable. Mais, si l'appuyant contre l'obstacle on met le doigt dans l'anus, on sentira cette boule immédiatement derrière le sphincter, juste à l'entrée de la portion membraneuse. Dans le cas de rétrécissement, au contraire, le doigt introduit dans le rectum ne sentira rien.

Voilà donc un point très important que je résume en disant :

Dans le cas de rétrécissement, boule sentie au périnée et non dans l'anus.

Dans le cas de spasme, boule sentie par l'anus et non par le périnée.

Il y a cependant une exception plus apparente, il est vrai, que réelle. C'est quand il s'agit de sujets très gras et de sujets très maigres. Chez les sujets très gras, en effet, la boule arrêtée devant un rétrécissement peut n'être pas sentie bien distinctement par le périnée ; mais alors, elle sera encore moins bien sentie par l'anus.

Chez les sujets très maigres, la boule, arrêtée devant le sphincter membraneux, pourra être sentie par le périnée, de manière à laisser des doutes ; mais alors elle sera sentie par le toucher rectal, mais de façon à ne point laisser de doute.

En somme, quel que soit l'état d'embonpoint du sujet et en contrôlant les deux sensations, on arrivera à un diagnostic précis, et il ne sera point nécessaire d'avoir franchi l'obstacle pour savoir s'il est dynamique (spasme) ou mécanique (rétrécissement).

4o Nous trouverons un autre élément de diagnostic dans la mensuration.

Woillemier a depuis longtemps insisté sur la forme générale des rétrécissements et montre à nouveau (car on le savait depuis long-

temps), que les rétrécissements ont une disposition infundibuliforme, c'est-à-dire que sauf pour les rétrécissements traumatiques, la sclérose qui détermine le rétrécissement allait en augmentant graduellement d'avant en arrière jusqu'au point le plus rétréci. En d'autres termes, le rétrécissement n'est pas constitué par un simple diaphragme de tissu fibreux venant brusquement interrompre le calibre du canal.

Si donc le rétrécissement est infundibuliforme ou en entonnoir, les boules des bougies s'y engageront d'autant mieux et d'autant plus profondément qu'elles seront plus petites. Si donc, après avoir introduit dans l'urèthre une bougie à grosse boule et avoir mesuré la longueur de la partie de bougie qui s'est engagée dans le canal, on introduit une bougie à boules beaucoup plus petites et qu'on mesure la longueur qui a pénétré dans l'urèthre à partir du méat, on verra que ces deux longueurs diffèrent et que la petite boule se sera enfoncée plus profondément que la grande : la longueur correspondant à la petite boule sera plus grande que la longueur correspondant à la grosse. Cela viendra confirmer le diagnostic.

La verge étant de longueur très variable, même quand elle est au repos, on comprend que ce dernier moyen de diagnostic soit moins précis que le premier ; du reste, il ne fait que confirmer le précédent, qui à lui seul suffit. Il faut lui donner moins d'importance qu'au premier, parce que quelquefois les différences de longueur peuvent être minimales et par suite négligeables. Cependant, mes recherches me portent à croire que les rétrécissements ont au moins un centimètre de longueur et par conséquent de dimensions parfaitement appréciables ; mais je n'insiste pas autant sur ce dernier moyen de diagnostic que sur le premier.

Si, après avoir ainsi établi votre diagnostic, vous voulez le confirmer ou plutôt donner la démonstration, prouver aux personnes que vous entourent que vous ne vous êtes pas trompé ; prenez dans le cas de spasme, soit une sonde métallique à petite courbure, soit une bougie Béniqué avec ou sans bougie antécédente, passez-la ; ce sera fort bien et vous aurez ainsi prouvé que les moyens précédents sont excellents. Mais si pour faire le diagnostic vous prenez d'emblée la grosse sonde, vous aurez, dans le cas de succès, montré que vous avez diagnostiqué juste, mais vous n'aurez pas enseigné à faire le diagnostic ; ce sera, pardonnez l'expression, comme si vous aviez joué à pile ou face.

Dans le cas où, au contraire, vous aurez affaire à un rétrécissement, si vous vouliez tenir un compte absolu des données classiques, vous ne pourriez justifier votre diagnostic que si le rétrécissement laissait passer une bougie à boule, capable de donner en retour la sensation de ressaut. Si ce rétrécissement ne laissait passer qu'une fine bougie, la sensation de ressaut ne serait plus possible et alors vous seriez impuissant à démontrer de cette seule manière, basée sur un principe ou un aphorisme, l'existence d'un

rétrécissement et, chose curieuse, vous seriez d'autant plus impuissant que votre rétrécissement serait plus étroit et, pour peu qu'on voulût être paradoxal, on serait autorisé à le nier, si on était impuissant à le franchir.

On voit donc qu'on peut et qu'on doit diagnostiquer un rétrécissement avant de l'avoir franchi et que poser ce principe qu'on ne peut le diagnostiquer sûrement qu'après l'avoir franchi, c'est aller à l'encontre de la vérité, et par suite nuire aux intérêts des malades en exposant les médecins à l'erreur et à la déconsidération.

Nota.—Les différents points sur lesquels je viens d'insister ont été signalés dans l'*Atlas des maladies des voies urinaires* que j'ai fait en collaboration avec M. Guyon. Comme ce dernier auteur, dans une leçon faite plusieurs années après sur le diagnostic différentiel du spasme et des rétrécissements, n'y fait pas allusion (voir *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1887, pages 257 à 279), j'ai cru devoir prendre seul la responsabilité de ce qui y est écrit et convier seul à le contrôler ceux de mes confrères qui sont en position de le faire.—*Bulletin médical*.

Le traitement de la blennorrhagie.—Au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne, M. NEISSER, l'auteur de la découverte du gonocoque, est venu confirmer les théories modernes sur l'origine blennorrhagique des pelvi-péritonites, métritis et ovarites chez la femme. Les conclusions, qu'il faut retenir de sa communication, sont les suivantes :

1^o Que le virus gonorrhéique et les processus pathologiques provoqués par lui, ne restent pas localisés sur les parties de la muqueuse primitivement infectées, mais que :

a. Chez l'homme, l'urèthre postérieur, difficilement accessible au traitement, et de là le cordon spermatique et l'épididyme (danger d'azoospermie) peuvent être atteints et qu'il peut survenir des complications du côté de la prostate, de la vessie, etc. ;

b. Chez la femme, l'utérus, les trompes, les ovaires et les annexes enveloppés du péritoine peuvent participer à l'affection ;

2^o Que le virus gonorrhéique, dans les phases ultérieures, envahit les couches profondes de l'épithélium.

De cette extension dans les deux sens, en surface et en profondeur, il résulte que le virus peut se maintenir pendant des mois et des années en des points difficilement ou pas du tout accessibles, c'est-à-dire qu'il peut se former une source chronique d'infection.

Par conséquent, c'est seulement dans les premières phases que le virus se trouve en des points assez accessibles (chez l'homme, l'urèthre antérieur ; chez la femme, l'urèthre et le col) et dans des couches épithéliales assez superficielles pour que le traitement

soit facile et puisse être fait chez l'homme par le malade lui-même (justement à cause de l'extension considérable de la maladie.)

Le traitement de la blennorrhagie doit donc avoir en vue d'empêcher une uréthrite antérieure de se transformer en uréthrite postérieure, une gonorrhée aiguë en une gonorrhée chronique. Il doit par suite être institué aussitôt que possible après l'infection, mais seulement dans les conditions suivantes.

Le but est de tuer le gonocoque, sans augmenter l'inflammation, et sans léser la muqueuse elle-même.

Le nitrate d'argent est le véritable spécifique, qu'il faut manier prudemment. Le sublimé chaud au 1/2000, est excellent aussi au début.

La meilleure méthode de traitement (précoce, antibactérien) est l'irrigation fréquente de l'urèthre, pour atteindre autant que possible toutes les parties de la muqueuse uréthrale qui est fortement plissée.

Chez l'homme, pour des raisons pratiques—à cause de l'extension considérable de la maladie—l'irrigation doit être remplacée généralement par des injections faites avec soin à l'aide d'une grosse seringue bien construite.

Chez la femme, outre les irrigations et les injections, on aura recours à des procédés mécaniques (essuyage de l'urèthre et du col.)

Le traitement interne (balsamiques, etc.) est inutile. Seuls, les moyens antiphlogistiques et l'abstention d'aliments excitants et alcooliques, sont éminemment utiles. Il faut continuer longtemps le traitement, mais sous une forme atténuée; *le point important n'est pas la rapidité de la guérison*, mais la certitude microscopique de la disparition des gonocoques et de leur virulence.

Le traitement de la gonorrhée de la femme est beaucoup plus difficile que celui de la gonorrhée de l'homme.

Sans l'examen microscopique continu de l'exsudat, il est impossible de se rendre compte du résultat thérapeutique.

Le traitement de la gonorrhée récente de l'urèthre et du col doit être fait aussi tôt que possible et d'autant plus énergiquement que l'infection de l'utérus, des trompes, des ovaires, du péritoine, qui se produit sans cela, exige un traitement extrêmement pénible et dont le succès est très problématique. Des opérations sérieuses sont bien souvent la seule ressource.

Dilatation gastrique; traitement chirurgical, par M. le Dr BEAUDOIN.—Tous ceux qui ont suivi des malades opérés de cholécystostomie ou lu un certain nombre d'observations complètement prises de fistules biliaires spontanées, ont pu remarquer un fait extrêmement intéressant: Toutes les fois que la vésicule biliaire est restée fistuleuse un certain temps, elle s'est transformée peu à peu en un cordon creux et régulièrement cylindrique comparable au canal cystique ou au canal cholédoque. Alors on ne

la distingue plus qu'avec difficulté du canal cystique, auquel elle fait suite sans transition bien marquée.

Il résulte de là que, même dans les cas où elle était au préalable dilatée, ainsi qu'il arrive quand des calculs biliaires ont obstrué son conduit d'évacuation, le cystique, elle *s'atrophie notablement*. Cela simplement parce que, désormais, elle n'a plus aucun rôle de réservoir à jouer. Elle n'est plus, après création d'une bouche cutanée ou formation d'un orifice de déversement à l'extérieur, qu'un canal de dérivation où le liquide biliaire circule avec une lenteur de plus en plus grande, du moins quand il n'y a pas d'obstacle au niveau du cholédoque.

Or, il nous semble qu'on est autorisé à conclure de cette importante constatation, que si l'on crée au niveau d'un réservoir dilaté une voie de dégorgeement qui persistera un certain temps, on a quelques chances d'amener une diminution dans la capacité, normale ou agrandie d'une façon pathologique, de ce réservoir. C'est ce que pense, d'ailleurs, un de nos maîtres avec lesquels, récemment, nous devisions de ces choses à bâtons rompus ; et je ne crois pas trop m'avancer en faisant remarquer qu'il est peut-être le premier à avoir formulé cette opinion.

On pourrait donc, dès aujourd'hui, se basant sur ce raisonnement, qui n'a pour fondement que la pure observation clinique, être autorisé, ce nous semble, à faire, dans certains faits de *dilatation de l'estomac* avec ou sans gastrite chronique, une *gastrostomie temporaire*, une fistule stomacale au moins dans les cas désespérés, c'est-à-dire dans tous ceux où le traitement médical serait resté insuffisant !

On m'objectera, de suite, que la dilatation stomacale n'est pas une maladie et que, partant, point n'est besoin de s'attaquer au symptôme ; que, la cause étant d'ordre purement médical, la chirurgie n'a rien à voir en pareille matière, etc., etc...

Cela est bien évident : mon raisonnement ne vaut qu'à condition de considérer la dilatation en elle-même. Aussi bien certains chirurgiens l'ont-ils ainsi compris, puisqu'ils ont été jusqu'à proposer la *résection partielle de l'estomac*, la *plicature de ses parois* dans les affections de ce genre.

Mais je ne veux pas ici être plus royaliste que le roi, essayer d'introduire moi-même la chirurgie là où des princes de la science ne l'ont point encore fait entrer ; je ne veux pas davantage discuter sur ce point et je n'é mets aujourd'hui cette opinion qu'uniquement pour voir ce qu'en penseront mes confrères.

Pourtant je voudrais bien dès maintenant présenter encore quelques considérations sur ce même ordre d'idées, car je pense qu'on pourrait opposer à la dilatation gastrique, avec ou sans gastrite chronique, une autre opération, aussi bénigne aujourd'hui que la *gastrostomie temporaire*, mais moins désagréable pour le patient : je veux parler de la *gastro-entérostomie*.

Ce qui peut me permettre, je crois, d'émettre une pensée aussi révolutionnaire, c'est une constatation anatomo-pathologique de même nature que celles dont je rappelais plus haut tout l'intérêt: C'est ce qui se produit chez les sujets sur lesquels on a pratiqué la cholécystentérostomie. Je renvoie, pour les détails, à la thèse de mon excellent camarade, M. le Dr Henri Delagenière (du Mans) et aux travaux qui l'ont suivie, où l'on trouvera plusieurs cas qui montrent ce qui suit: Toutes les fois qu'on abouche la vésicule biliaire dans l'intestin, à la longue la vésicule se transforme en canal et sa cavité disparaît.

Si donc j'ai affaire à une dilatation prépylorique de l'estomac, du même type, par exemple, que celle qui a été figurée par M. Mathieu dans un récent mémoire, et si je fais une gastro-entérostomie postérieure, par la méthode de von Hacker, entre l'antrum pylorique dilaté et la grande cavité précardiaque, j'ai des chances de voir diminuer de capacité une partie du réservoir qui, désormais, ne jouera plus qu'un rôle secondaire. N'oublions pas que, dans ce cas particulier, il y avait un ulcère rond à 2 centimètres du pylore, et que si l'on était intervenu de la sorte chez le malade de M. Mathieu, à une certaine époque, on aurait peut-être obtenu la guérison de l'ulcère. Tout ce que l'on sait aujourd'hui sur les résultats de la gastro-entérostomie, lors d'ulcération juxtapylorique, plaide du moins dans ce sens.

De plus, la gastro-entérostomie aurait sur une gastrostomie qu'on établirait pour quelque temps, l'immense avantage de ne causer aucune infirmité temporaire, désagréable, plus ou moins comparable... à un anus contre-nature; et elle constituerait une 2e voie de sortie d'un accès bien plus facile que l'orifice pylorique souvent énergiquement contracturé. Nous ne voulons pas insister davantage pour l'instant et nous nous bornons à ces quelques considérations que nous développerons peut-être un jour.

On dira, certes, que c'est aller un peu loin que de comparer ainsi vésicule et estomac; nous n'en disconvenons pas. Mais, en matière de chirurgie humaine et en matière d'adaptation d'une opération donnée à une affection encore mal connue dans ses origines, il n'y a pas moyen de raisonner autrement que par analogie.

Quand tout plaide dans le même sens et quand il s'agit d'opérations qui ont fait leurs preuves dans d'autres maladies, d'opérations qui sont reconnues être d'une faible gravité quand elles sont bien exécutées, on est, nous semble-t-il, parfaitement autorisé à les tenter, le cas échéant, en face des succès croissants de la médecine. Vouloir que le chirurgien suive toujours les mêmes errements, c'est le condamner à ne jamais rechercher l'extension du domaine de son art. Il faut être élève avant de devenir un maître, écrire de mauvaises tragédies avant de faire des chefs-d'œuvre. Il ne faut donc pas s'étonner de voir des expérimentateurs tâtonner à leurs débuts et sortir parfois des limites classiques. Il faut

surtout leur pardonner, si un jour, par malheur, ils viennent à se tromper de chemin, en devançant leurs collègues de quelques milles sur une voie qu'ils croient être celle du progrès. Ceux qui veulent qu'il en soit autrement sont certainement dans l'erreur.—
Progrès médical.

Traitement des rétrécissements cicatriciels du rectum.— Les rétrécissements cicatriciels du rectum sont justiciables de sections partielles sanglantes combinées avec l'emploi des dilateurs ou de l'électrolyse linéaire. Une partie importante du traitement consiste à lutter contre la tendance à la reproduction du rétrécissement.

Le Dr CRÉDÉ a, dans ce but, fait construire, sur le modèle des bougies d'Hégar pour le col utérin, une série de dilateurs, dont les dimensions diamétrales varient de 1 millimètre entre chaque numéro de la filière. Ces dilateurs, en caoutchouc durci, ont la longueur du rectum mesurée depuis l'anus jusqu'au commencement de l'S iliaque, soit 10 centimètres, et sont montés sur un manche métallique de 4 centimètres; leur courbure est appropriée à celle du sacrum; leur extrémité libre est conique: la partie de l'instrument qui vient se relier avec le manche est rétrécie coniquement de manière à permettre à l'anus de revenir sur lui-même après le passage du dilateur, ce qui facilite singulièrement son maintien en place sans souffrance pour le malade.

Dans les rétrécissements très serrés et étendus, il faut avant de procéder à la dilatation, entailler l'anneau cicatriciel en quatre à huit points différents avec un bistouri boutonné; l'anesthésie est nécessaire pour ce temps préliminaire. Dans les rétrécissements peu étendus et modérément serrés, la dilatation est commencée immédiatement sans intervention sanglante préalable; après avoir apprécié par le toucher le diamètre approximatif du numéro à employer on fait une série d'introductions successives, et le dilateur du plus gros diamètre atteint dans la séance est laissé à demeure pendant un temps qui varie d'une demi-heure à trois heures, suivant la sensibilité du malade. Le lendemain, ou bien deux ou trois jours plus tard, s'il y a eu un peu de réaction inflammatoire, on continue la dilatation de la même manière, en commençant par un des numéros moyens employés dans la séance précédente pour arriver au plus fort numéro possible, qui est laissé en place. Le modèle des bougies permet au patient de pouvoir les introduire lui-même. Cette dilatation doit être continuée pendant plusieurs mois; généralement, dès la fin du second mois, deux à trois séances par semaine sont suffisantes. On ne doit cesser que lorsque toute tendance à la rétraction a disparu.

Crédé a appliqué sa méthode dans quatorze cas avec les meilleurs résultats, et il la considère comme supérieure à l'extirpation suivie de suture, opération parfois dangereuse, ne mettant pas à l'abri des récidives.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Le diagnostic de la grossesse entre la deuxième et la septième semaine par l'exploration bimanuelle, par Robert DICKINSON.—Voici les conclusions de ce travail :

1o. Il est possible, dans certains cas, d'établir par la palpation bimanuelle l'existence d'une grossesse de la deuxième à la septième semaine après le coït fécondant ou de trois à huit semaines après la dernière menstruation.

2o. Le gonflement de la voussure de la surface normalement plane de l'utérus est un des signes les plus précieux et les plus constants de la grossesse, qui manque tout au plus 4 fois sur 100. Il est toujours très net au vingt-huitième jour, parfois même dès le seizième ou le dix-huitième jour après la fécondation. Habituellement la voussure se produit sur la face antérieure (40 0/0), souvent en avant et en arrière, plus rarement sur les faces latérales, sur la face postérieure dans la rétroversion utérine.

3o. L'élasticité et la souplesse de la paroi habituellement résistante et ferme de l'utérus, sont plus faciles à constater que le signe précédent, mais elles se rencontrent plus rarement. On peut constater l'existence de ce signe du seizième au vingt et unième jour.

4o. Le signe indiqué par Hégar, la compressibilité du segment inférieur de l'utérus se rencontre dans 66 cas sur 100. On ne le trouve en général que dans la période avancée de la grossesse, du trentième au cinquantième jour.

5o. On reconnaît parfois l'existence d'un pli transversal sur la paroi antérieure de l'utérus ramolli; le signe est très rare, mais lorsqu'il existe, il a une grande valeur.

6o. Enfin on ne doit pas se contenter, pour poser le diagnostic, d'un seul examen, ni d'un seul de ces signes de grossesse.

Sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches compliquées d'affection chronique du cœur, par SCHLAYER. Schlayer ne croit pas que la grossesse produise une véritable hypertrophie du cœur, bien que le travail de cet organe soit augmenté. D'un autre côté, dans les affections cardiaques, ce n'est pas la lésion valvulaire qui joue le principal rôle, mais bien l'état du myocarde.

Sur 25 malades observés, 2 sont mortes pendant l'accouchement, 8 dans les jours suivants; tous ces cas mortels concernaient des multipares.

Le pronostic est douteux lorsqu'il s'agit de cas récents, il est grave dans les cas avancés, il faut encore tenir compte du degré de la lésion et du nombre des valvules atteintes. La condition sociale des malades joue un grand rôle dans le pronostic. Il est évident qu'une femme obligée de travailler jusqu'au dernier moment sera exposée à une dégénérescence prématurée du myocarde et à une rupture précoce de la compensation.

Parmi les lésions valvulaires, le rétrécissement mitral paraît surtout être dangereux.

En ce qui concerne les enfants, 29 p. 100 arrivèrent morts, 46·5 p. 100 arrivèrent à terme, et il y en eut 21 p. 100 qui arrivèrent avant terme.

En discutant le traitement, Schlayer déconseille le mariage aux jeunes filles atteintes de maladie de cœur, parce qu'on ne peut prévoir quelle sera, pendant la grossesse et l'accouchement, l'énergie du cœur. Le traitement doit commencer dès le début de la grossesse. Le repos et les soins hygiéniques jouent ici le principal rôle. Le régime lacté est indiqué en cas d'albuminurie. On donne la digitale, le strophantus, etc., s'il existe des signes d'insuffisance du cœur : œdème, ascite. L'accouchement prématuré artificiel est indiqué dans le dernier mois, car c'est alors que se produisent les troubles graves. Dans ce cas le pronostic est sérieux, et les trois cas dans lesquels cette pratique fut adoptée se terminèrent par la mort.

La principale indication est de délivrer les parturientes le plus rapidement possible. Si le bassin est normal et si la tête se présente, on appliquera le forceps, dans le cas contraire ou aura recours à la version. Il vaut mieux donner du chloroforme avec précaution pour abrégé l'intervention. On ne peut cependant vider trop rapidement l'utérus, à cause des menaces d'anémie cérébrale ou d'insuffisance du cœur, qui peuvent se réaliser dans la troisième période de l'accouchement.

L'auteur recommande d'avoir tout prêt un sac de sable de 8 à 10 livres pour lutter contre la diminution de la pression intra-abdominale. On doit déjà commencer à l'appliquer sur l'abdomen dès que la tête est dégagée. Contre l'inertie utérine après l'accouchement on emploiera l'ergot et les stimulants. Pendant les suites de couches, l'auteur recommande le strophantus ou la digitale à petites doses. Les malades doivent rester au lit trois ou quatre semaines.

De l'hémoptysie pendant la grossesse, par le Dr De Dios PEINADO. — Il existe chez la femme enceinte deux facteurs qui, même dans les circonstances normales, peuvent déterminer des hémoptysies. C'est d'abord la pléthore séreuse qui se développe à la suite de la réduction de l'albumine et des hématies, et de l'augmentation de la fibrine du sang, réduction associée à l'aug-

mentation de la tension vasculaire. Le deuxième facteur est l'hypertrophie de cœur qui résulte de l'augmentation du travail de cet organe. Il en résulte souvent des palpitations, de l'anxiété cardiaque, de la congestion et de l'œdème de l'encéphale. Dans ces conditions, le catarrhe bronchique, la pneumonie chronique, et surtout la tuberculose pulmonaire, s'accompagnent plus facilement d'hémoptysies. Il faut joindre à ces causes prédisposantes, la fragilité anormale des vaisseaux chez quelques femmes.

L'hémoptysie chez la femme enceinte peut avoir son siège dans toute l'étendue du larynx jusque dans les alvéoles pulmonaires. La quantité de sang rendue est variable et peut être assez considérable pour amener la mort par asphyxie. Ces hémoptysies peuvent se répéter avec une fréquence plus ou moins grande, mais elles n'offrent en général aucun danger s'il n'existe pas de lésion sérieuse de l'appareil pulmonaire.

Le traitement diffère suivant la quantité du sang perdu, suivant le degré de la congestion pulmonaire, les caractères du pouls, enfin suivant l'état général des malades.

Lorsque l'hémorrhagie est peu abondante, que le pouls n'est pas trop dur, le repos, une nourriture légère suffisent pour calmer l'irritabilité du cœur ; si cette dernière persiste, on peut prescrire avantageusement les bromures. Si la quantité de sang est considérable, si le pouls est dur, on fera une saignée plus ou moins copieuse, suivant les forces de la malade et si l'état général le permet, on aura recours aux injections de morphine, aux lavements opiacés. On pourra employer avec avantage l'acétate de plomb qui rendra le sang plus coagulable et diminuera la congestion pulmonaire. Si la saignée n'est pas praticable, on appliquera sur les membres une ligature qui aura pour effet de retenir une certaine quantité de sang et d'abaisser, par conséquent, la pression dans les artères pulmonaires. L'auteur recommande encore l'application sur la paroi thoracique de dérivatifs, de rubéfiants, mais rejette en raison de leur inconvénients, les applications froides. La digitale, la quinine, l'ergotine, recommandables dans les cas ordinaires, ont ici l'inconvénient d'agir sur l'utérus. D'ailleurs, la contraction vasculaire générale que ces médicaments produisent favorise plutôt l'hémorrhagie qu'ils ne la répriment. On pourra seulement y avoir recours dans les cas d'hémorrhagie passive à la suite de la dilatation cardiaque sans hypertrophie.

On peut employer les bromures pour calmer l'excitation du cœur dans les hémorrhagies peu abondantes. On rejettera les vomitifs et on aura recours seulement à l'ipéca administré à petites doses. L'accouchement prématuré artificiel si l'hémoptysie ne s'arrête pas.

Conduite à tenir dans le cas de placenta prævia.—L'accord est loin d'être parfait entre les accoucheurs, au sujet du traitement du placenta prævia. Les uns ne s'occupent que de sauver la mère coûte que coûte, sans s'occuper de l'enfant; les autres soutiennent qu'en cherchant à sauver l'enfant, on obtiendra, par là même, la guérison de la mère. C'est à ce dernier avis que se range M. Berry HART, d'Édimbourg. Voici les conseils qu'il donne à ce propos :

1° Rompre le sac amniotique; ce qui facilite la contraction de l'utérus ;

2° Appliquer un solide bandage sur le ventre de la parturiente.

3° Introduire, au besoin, un tampon pour gagner un peu de temps, tout en surveillant la malade avec le plus grand soin ;

4° Décoller la partie du placenta adhérente au segment inférieur de l'utérus : s'il n'y a pas d'hémorrhagie, on peut attendre, le travail s'accomplira peut-être normalement ; dans le cas contraire faire la dilatation du col au moyen du dilateur hydrostatique, on attend encore en surveillant toujours la malade ; si les forces naturelles paraissent faire défaut, il faut avoir recours au forceps qui donne le plus de chances à l'enfant ; en dernier ressort on pratiquera la version :

5° Éviter autant que possible tout ce qui peut provoquer la septicémie : la contusion ou la meurtrissure des tissus, la rétention dans l'utérus des débris de placenta, de membranes ou de caillots, le défaut de contraction de l'utérus, etc., sont autant de facteurs qui y prédisposent, mais dont l'influence peut être avantageusement combattue et réduite au minimum par l'application rigoureuse des principes thérapeutiques qu'on vient d'exposer.

En outre, il y a encore certaines précautions spéciales à prendre. Après la délivrance, il faut examiner le placenta avec soin pour voir s'il est entier. Si l'utérus ne se contracte pas bien, et surtout si du sang coule encore, on injectera de l'eau chaude à 45° C, en y ajoutant un peu d'iode ou d'acide phénique, ou bien, en présence d'une hémorrhagie persistante, du perchlore de fer. Il sera bon, en outre, de répéter les injections utérines tous les jours pendant une semaine, et de faire à l'accouchée un régime analeptique.

M. Robert BARNES, de Londres, déduit sa thérapeutique d'une théorie un peu spéciale sur le placenta prævia.

L'utérus peut être divisé en 3 zones : 1° la supérieure ou zone du fond ; 2° l'équatoriale ; 3° l'inférieure ou segment inférieur, séparée de la précédente par une ligne de démarcation, qu'il appelle cercle polaire inférieur, et qui porte encore les noms d'os interne de Braün, anneau de Bandl et anneau constricteur de Schroeder.

Le danger commence quand le placenta s'insère sur cette dernière partie, le segment inférieur. Le placenta prævia est central lorsqu'il recouvre l'orifice interne. C'est alors une véritable grossesse ectopique.

Bandl a exagéré les différences entre la zone équatoriale et le segment inférieur. 1o L'hémorrhagie vient des vaisseaux internes. 2o Ces vaisseaux sont déchirés par la séparation du placenta d'avec l'utérus.

Les causes de l'hémorrhagie peuvent être une contraction utérine, ce qui est rare, et la congestion utérine au moment de l'époque menstruelle habituelle. La persistance de l'hémorrhagie est due à ce qu'il n'y a pas de contraction et à ce que la rétraction normale est empêchée ordinairement par des adhérences.

Le placenta prævia subit fréquemment des altérations, des dégénérescences graisseuses qui favorisent son décollement prématuré. Une autre cause fréquente est l'élargissement trop rapide du placenta pour la surface qui le supporte; il se passe un phénomène analogue à la rupture de l'œuf dans la grossesse tubaire.

Dans ces conditions, on peut résumer ainsi les principales indications du traitement:

1o Lorsque l'hémorrhagie a lieu avant le travail ou au commencement, alors que la dilatation est nulle ou peu considérable, il ne faut pas chercher à extraire l'enfant. On doit rompre les membranes. 2o Le détachement complet du placenta n'est pas nécessaire, et on ne peut pas s'y fier pour arrêter l'hémorrhagie. 3o Dans des présentations vicieuses de l'épaule, version bipolaire. 4o Dans quelques cas il suffit de réveiller la contraction utérine par la rupture des membranes ou la galvanisation. 5o Avec une dilatation de 4 centimètres, l'hémorrhagie ayant cessé, laisser le travail s'accomplir spontanément. 6o Quand, dans certains cas graves, l'accouchement forcé est impraticable ou dangereux, détacher avec l'index la partie præviale du placenta, dont les adhérences empêchent les contractions normales du segment inférieur. 7o Lorsque les contractions s'arrêtent, il faut dilater suffisamment l'orifice avec le dilatateur hydrostatique de Barnes, puis faire une application de forceps, une version, une embryotomie.

Il n'est pas partisan de la méthode de Braxton Hicks et rejette également l'accouchement forcé. Rappelant la pratique de Smellie, citée par Muller il ajoute qu'il n'y a pas une méthode, mais des opérations multiples auxquelles on doit faire appel successivement, selon les progrès du travail, et les conditions spéciales du cas présent, en se souvenant que la devise est " plus fait douceur que violence".

Rappelons, à ce propos, les excellents résultats que l'on obtient avec le ballon de Champetier de Ribes introduit dans l'œuf, ou mieux encore, si cela est possible, entre la paroi interne et l'œuf.

Rapports de la folie puerpérale avec l'éclampsie et l'infection.—Depuis assez longtemps déjà, on a signalé ce fait que la folie puerpérale se rencontrait plus particulièrement chez les femmes atteintes d'éclampsie ou des divers accidents de l'infection.

tion puerpérale. M. le Dr LALLIER vient de consacrer à la démonstration de ce fait un travail important dont nous signalerons ici surtout les conséquences au point de vue pratique. Les nombreuses observations qu'il a réunies paraissent démontrer, en effet, que sans parler des causes prédisposantes qui jouent probablement un rôle dans bien des cas, l'éclampsie et l'infection puerpérale suffisent pour provoquer l'explosion d'un trouble mental plus ou moins grave, plus ou moins prolongé. Le mode intime de leur action est loin d'être certain, mais la genèse de ces psychoses doit très probablement être attribuée à la toxémie qui résulte, dans l'éclampsie, de la rétention des produits de désassimilation organique et, dans l'infection, de l'absorption des poisons solubles microbiens.

Quoiqu'il en soit, il n'est pas indifférent au point de vue purement pratique, de savoir que l'éclampsie ou l'infection sont la cause de la plupart des folies qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Quand on se trouvera en présence d'une femme enceinte ou récemment accouchée, prédisposée par ses antécédents héréditaires ou personnels à faire de la folie, il faudra, plus que chez tout autre, faire tout pour éviter les manifestations éclamptiques ou septiques.

Avant l'accouchement on recherchera les troubles prémonitoires de l'éclampsie : œdèmes, douleurs frontales et épigastriques, obnubilation de la vue, analyse quotidienne de l'urine, et on administrera aussitôt, au moindre soupçon, le régime lacté.

Au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches, il faudra, chez une femme prédisposée à la folie, redoubler de précautions antiseptiques. De cette façon on sera sûr d'éviter toute infection et par conséquent d'éliminer la plus importante des causes de la folie puerpérale. Si l'on se trouve en présence d'une femme déjà infectée, un traitement énergique s'imposera pour ainsi dire plus nécessairement que dans les cas ordinaires, car la femme que l'on traite a une complication de plus à craindre.

Si la folie existe déjà au moment où on est appelé à soigner la malade, il faut s'attacher à rechercher s'il n'existe pas un état infectieux peu marqué qui puisse être la cause de ces troubles cérébraux. D'ailleurs ce serait une erreur de croire que la folie en rapport avec l'infection se produit toujours très peu de temps après l'accouchement. Dans bien des cas une infection insignifiante peut exister pendant les suites de couche, rester latente, permettre à la malade de se lever et de vaquer à ses occupations habituelles et par un réveil tardif produire des troubles divers, parmi lesquels des psychoses. Dans ces cas, en raison de l'agitation des malades, de l'absence de renseignements qu'elles peuvent donner, on laisse facilement passer les complications septicémiques qui accompagnent le trouble mental, et la mort survient du fait de l'état infectieux qui a été négligé.—*Journal de médecine pratique.*

FORMULAIRE.

Fissures du mamelon.—*Thomas.*

P.—Teinture de benjoin composée	15 gttes.
Huile d'olive.....	2 drachmes.
Lanoline	6 —

M.—Appliquer après chaque tétée, pendant quinze jours.

Ulcères.

P.—Jamphre pulvérisé.....	100 grains.
Sous-nitrate de bismuth.....	400 “
Acide salicylique.....	400 “
Iodoforme	1100 “

Réduire en poudre fine et mêler. En applications sur les surfaces ulcérées.—*Rev. de clinique et de thérap.*

Fièvre rhumatismale.—*Dr J. Bryant.*

P.—Salicylate de soude.....	8 grs.
Acétate de potasse.....	5 grs.
Vin de colchique.....	3 gttes.

M.—A prendre toutes les deux heures, jusqu'à amélioration, puis éloigner les doses.—*Times and Register.*

Diabète sucré.—*Fiare.*

P.—Antipyrine.....	50 à 100 grs.
Citrate de caféine.....	10 à 20 “
Bromure de potassium.....	100 “

M.—Divisez en 10 paquets.—*Dose*: Un paquet, d'heure en heure, jusqu'à soulagement.—*College and Clinical Record.*

Coryza.

P.—Naphthaline en poudre impalpable.....	6 drachmes.
Acide borique finement pulvérisé.....	6 “
Camphre en poudre	15 grains.
Extrait de violette.....	15 “
Essence de roses ..	20 gouttes.

M.—En insufflations.—*Union médicale de Paris.*

Phtisie pulmonaire.—*Marche.*

P.—Eucalyptol	20 parties.
Créosote.....	8 “
Alcool à 90 p. 100.....	72 “

M.—Une à deux cuillerées à thé dans une pinte d'eau que l'on fait évaporer sur un réchaud.

Hémoptisie.—*Bartholow.*

P.—Acétate de plomb.....	15 grs.
Poudre de digitale.....	20 “
Poudre d'opium.....	10 “

M.—Prendre 20 pilules.—*Dose* : Une pilule toutes les quatre heures.

Catarrhe gastro-intestinal des enfants.—*Hare.*

P.—Muriate d'ammoniaque.....	2 grains.
Extrait fluide de réglisse.....	5 gouttes.
Eau distillée.....	q.s. pour f. 1 drachme.

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.

Diarrhée infantile.—*Mikhnevitch.*

P.—Salicylate de bismuth	24 grains.
Gomme arabique.....	1 drachme.
Sucre blanc.....	1½ “

Mêler en triturant avec :

Eau distillée

Faire un lait, puis ajouter :

Eau distillée

M.—Une à deux cuillerées à thé de trois à six fois par jour.

Hydropisie cardiaque.—*Bartholow.*

1. P.—Infusion de digitale... ..	3½ onces.
Vinaigre de scille.....	½ once.

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe deux ou trois fois par jour.

2 P.—Poudre de digitale.....	1 grain.
Poudre de scille.....	1 “
Calomel	1 “

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Odontalgie.

1. P.—Chloroforme.....	2 drachmes.
Laudanum.....	2 “
Créosote.....	3 “
Teinture de benjoin	3 “

M.—Usage local.

2. P.—Chloral hydraté.....	5 parties.
Camphre	5 “
Cocaïne	1 partie.

M.—Usage local.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1892.

BULLETIN.

L'alcoolisme chez la femme.

Le *British Medical Journal* a publié dernièrement une série d'articles fort intéressants au sujet de la fréquence de l'alcoolisme chronique chez la femme. Nous disons alcoolisme; le mot dipsomanie serait peut-être préférable. Aux yeux de notre confrère, les habitudes d'alcoolisme tendent à se répandre de plus en plus, et il n'hésite pas à dire que tous les pays pris ensemble sont encore bien en arrière de l'Angleterre sous ce rapport. "Il y a vingt ans, dit-il, il était rare de voir une femme vider son verre au comptoir du marchand de vin; aujourd'hui, surtout dans notre métropole et les autres grandes villes, il arrive très souvent que le nombre des femmes fréquentant les tavernes est plus considérable que celui des hommes." Londres et Glasgow seraient les villes où les abus alcooliques sont les plus fréquents, et l'Irlande est peut-être le pays où les cas d'alcoolisme chez la femme atteignent le chiffre le plus élevé.

A quoi faut-il attribuer cette extrême fréquence des habitudes alcooliques chez les femmes? Adoptant sur ce point les idées du *Daily Telegraph*, notre confrère du *British Medical Journal* établit deux variétés de causes: physiques et morales. Aux troubles fonctionnels de l'organisme, si fréquents chez la femme durant la vie sexuelle, doivent peut-être être rapportés le plus grand nombre des cas. L'hérédité, qu'il s'agisse de parents alcooliques ou simplement nerveux, entre aussi en ligne de compte, de même que la transmission, des parents aux enfants, d'une névrose quelconque ou même d'une simple instabilité ou déséquilibre de l'esprit. Le surmenage physique et mental, les soucis et tracasseries du ménage, la neurasthénie produite par d'autres maladies, les couches et les avortements

trop fréquemment répétés, tout cela doit exercer une grande influence sur la production des accidents. La paresse, le manque d'occupations sérieuses sont plus d'une fois le point de départ des abus alcooliques. La vanité, un désir immodéré de satisfaire ses goûts au gré de son caprice livrent enfin très souvent la femme à la passion de l'alcool et contribuent à détruire en elle l'énergie et la volonté, seules sauvegardes d'une vertu qui chancelle et qui va s'effondrer.

Il n'y a pas toujours, ajoute en terminant l'auteur de l'article en question, de véritable dipsomanie; il n'y a pas toujours un désir irrésistible de boire. Beaucoup de femmes ont l'alcool en horreur, encore qu'elles ne puissent s'en priver. Elles détestent l'alcool et n'aiment que l'effet qu'il produit. Elles éprouvent la plupart du temps une impulsion, elles subissent l'influence d'une force majeure plus énergique que leur propre volonté et qui ne se peut ni décrire ni définir, et cette soif ne s'apaise — momentanément toujours — que dans le sommeil de l'ivresse.

Comme question pratique, on se demande: Quel serait le meilleur moyen de combattre chez la femme la passion de l'alcool. Les mesures de rigueur, l'emprisonnement, etc., n'ont donné aucun bon résultat. C'est dans un hôpital que doivent être internées ces malheureuses; elles sont malades plus encore que coupables. Que l'autorité civile, saisie de ces cas, les confie aux soins de la profession médicale, et l'on pourra peut-être constater d'étonnants résultats.

Les examens préliminaires à l'étude de la médecine.

Nous publions aujourd'hui, sous le titre: *Intérêts professionnels*, le programme de l'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine, tel qu'adopté pour l'année 1893. Comme il est facile de le voir, ce programme ne diffère guère de celui des années précédentes. Comme ce dernier, il indique non seulement les noms des auteurs latins, anglais, français, etc., mais aussi la partie spéciale des ouvrages de ces mêmes auteurs sur laquelle se fera l'épreuve. De même, pour les belles-lettres, l'histoire, la géographie, etc., le programme reste ce qu'il était naguère, très détaillé et de facile préparation. S'il fallait absolument en venir là, il était bien inutile pour le Bureau des Gouverneurs d'adopter, comme il l'a fait en juillet dernier, une résolution à l'effet de ne pas publier à l'avance le détail du programme, mais de ne le faire connaître aux candidats qu'au commencement de la séance d'examens.

Les seules conditions nouvelles imposées aux candidats sont les suivantes: 1^o Déclaration solennelle, à la fin de l'examen, que le

candidat n'a eu recours à aucun moyen frauduleux de nature à l'aider à subir son examen. 2° Constatation de l'identité de chaque candidat. Par ces deux moyens, on espère empêcher les *substitutions* et obtenir que les candidats ne se procurent plus les questions avant l'ouverture de la séance, comme cela s'est déjà fait si souvent. Nous croyons savoir en outre que des mesures ont été ou vont être prises à l'effet de confier dorénavant l'impression des questions à des typographes plus scrupuleux et moins empressés à rendre service aux candidats. Dans ces conditions, il est possible qu'il n'y ait plus autant de fraudes à l'avenir et ce n'est pas la profession qui songera à s'en plaindre.

Sociétés savantes.

Le réveil commence à se faire au sein de la profession médicale canadienne-française. La *Société de médecine pratique*, dont les séances avaient été suspendues depuis assez longtemps, a élu son bureau le 15 novembre, et commencé dès la séance suivante, le 2 décembre, la série de ses travaux scientifiques. MM. les docteurs Mercier et Brennan en ont fait les frais, et nous sommes très heureux de pouvoir commencer dans la présente livraison la publication des notes et communications faites à la *Société*.

L'*Association des internes de l'hôpital Notre-Dame* a également donné signe de vie, la séance du 1er décembre ayant inauguré le cours des réunions ordinaires. Les docteurs Brennan et H. Duhamel y ont rapporté de très intéressantes observations et tout porte à croire que là aussi le zèle scientifique ne fera pas défaut.

* * *

Dans le *Medical Brief*, le Dr J. T. WEBSTER conseille la position assise ou accroupie de préférence au décubitus dorsal dans le travail de l'accouchement, et cela pour les raisons suivantes: 1° Dans la position accroupie, la simple loi de pesanteur facilite mieux l'expulsion du fœtus. 2° L'inclinaison du tronc en avant et la pression exercée sur les muscles abdominaux par les cuisses fléchies viennent naturellement en aide aux contractions utérines. 3° Cette position soulage le côlon, les nerfs lombaires et même le périnée de tout le poids du fœtus. 4° Elle évite à la malade la fatigue de se lever souvent pour aller à la garde-robe. 5° Elle prévient des déchirures périnéales, et cela en soulageant la pression du fœtus sur les parties molles.

L'idée émise par le Dr Webster n'est pas absolument neuve. Ceux de nos lecteurs qui ont feuilleté l'ouvrage de Witkowski: *Histoire des accouchements chez les différents peuples*, ont pu voir que la position accroupie est en honneur parmi nombre de peu-

plades sauvages, ce qui prouverait que cette posture susdite est des plus normales et se suggère tout naturellement à l'esprit de la femme qui accouche.

.

Le Séminaire de St. Sulpice vient de faire don à la Succursale de l'Université Laval à Montréal, d'un spacieux terrain sis sur la rue St. Denis et valant environ trente mille dollars, ainsi que d'une somme de soixante-quatorze mille dollars, le tout à être affecté exclusivement à l'usage des facultés de médecine et de droit. Sous le plus court délai des bâtisses vont être érigées, aussi spacieuses que possible, de façon à ce que la Faculté de médecine y installe commodément ses salles de cours, ses musées, laboratoires, bibliothèque, etc.

L'importance de ce don généreux n'échappera à personne. Tous y verront la sanction véritablement pratique d'une union à laquelle le Séminaire a travaillé dans toutes les limites du possible. Pour notre part, nous nous permettons d'espérer que le don du Séminaire ne sera que le prélude d'autres secours qui permettront à la succursale de l'Université de s'asseoir sur des bases véritablement solides, et de prendre rang près de sa sœur du McGill.

.

Les journaux politiques nous informent que MM. Dupuis et Lussier, avocats du Collège des médecins et chirurgiens dans l'affaire Pavlidès, ont pris des procédés judiciaires contre le Collège, en recouvrement des frais encourus par celui-ci en Cour Supérieure et en Cour d'Appel. M. le Dr Pavlidès (Démosthènes) ayant jugé opportun, au lendemain du jugement d'appel, de transporter ailleurs ses dieux lares, a négligé de payer les pots cassés, nous voulons dire les frais du procès dans lequel il a joué le rôle que l'on sait. Les avocats du Collège se rabattent en conséquence sur leur client.

Nous nous sommes plus d'une fois demandé s'il n'y aurait pas eu quelque moyen d'empêcher la fuite du médecin grec, ou, ce qui eût été mieux encore, de mettre la main sur ses meubles, à titre de garantie, le jour même où fut rendu le jugement d'appel.

.

Le *Medical Record* nous apprend que Mme Abraham A. Anderson, de New-York, a fait cadeau de la somme de \$350,000 à l'hôpital Roosevelt pour l'érection d'un pavillon en mémoire des père et mère de la donatrice. Les seules conditions exigées par cette dernière sont que la clinique qui sera faite dans ce pavillon sera ouverte aux élèves en médecine et sera placée sous la direction du Dr Francis P. Kinnicutt. Il va de soi que les directeurs du Roosevelt ont accepté avec reconnaissance.

Dans la liste des représentants de la profession médicale canadienne dans le Congrès Pan-américain, telle que publiée dans notre livraison de novembre, nous avons involontairement omis le nom de M. le Dr A. A. FOUCHER que le comité d'organisation a nommé Président honoraire de la section d'otologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès français de chirurgie. 6ème Session, Paris, 1892.—Président, M. le professeur Demons; secrétaire général, M. S. Pozzi. Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction de M. le Dr L. Plique, secrétaire général adjoint; avec 80 figures dans le texte. Paris, chez Félix Alcan, éditeur, 108 Boulevard St-Germain, 1892.

Parmi les nombreux sujets discutés à ce congrès, on remarque :

- 1o La pathogénie et le traitement des gangrènes chirurgicales;
- 2o La pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires;
- 3o Les opérations chirurgicales sur les voies biliaires.

On y trouvera également les rapports exposant l'état actuel de ces importantes questions dont avaient été respectivement chargés MM. Jeannel, Guyon et F. Terrier.—1 vol. grand in-8 de 800 pages.

The Physician's Visiting-List for 1893. 42me année de publication, P. BLAKISTON, SON & Co., 1012 Walnut street, Philadelphia, Penn., U.S. Ce livret si bien connu et apprécié de la profession a ajouté, cette année, à tous ses renseignements utiles et d'urgence, une nomenclature complète de tous les médicaments avec doses en poids anglais et métriques, basées sur la pharmacopie des Etats-Unis qui sera publiée en 1893. Le prix du Visiting List varie de \$1 à \$3 suivant qu'il est fait pour inscrire 25, 50, 75 ou 100 patients par jour ou par semaine. Couvert en cuir et doré sur tranche.

WILSON—At what age should the first treatment of congenital club-foot be instituted, by Augustus WILSON, M.D., from the *Medical News*, November 12th, 1892.

WILSON—Mechanical support in fracture and dislocation of the sixth cervical vertebra, by H. Augustus WILSON, M.D., from the *Medical Age*, August 25th, 1892.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Association française pour l'avancement des sciences.— La 22^{me} session se tiendra en 1893 à Besançon, sous la présidence de M. le professeur Bouchard (de Paris).

Société de médecine pratique.—Le 15 novembre dernier, la Société de médecine pratique a procédé au renouvellement de son Bureau pour l'exercice 1892-93. Ont été élus : *Président* : Dr A. T. BROUSSEAU ; *Vice-Président* : Dr J. B. A. LAMARCHE ; *Secrétaire* : Dr A. A. FOUCHER ; *Assistant Secrétaire* : Dr O. F. MERCIER ; *Trésorier* : Dr L. J. V. CLÉROUX ; *Conseil* : Drs J. I. DESROCHES, N. FAFARD et J. M. BEAUSOLEIL. Les réunions ont lieu à la Faculté de médecine de l'Université Laval, 45 place Jacques-Cartier, les 1^{er} et 3^{ème} vendredis de chaque mois.

Choléra en France.—Depuis trois semaines, la diarrhée cholériforme a fait son apparition à Lorient. Il y a eu jusqu'à ce jour dans cette ville une centaine de cas, dont trente environ suivis de décès ; le mal sévit particulièrement dans les faubourgs, surtout à Kerentrech. Les décès atteignent spécialement les vieillards et les malades débilités par des causes antérieures ; la misère, l'alcool, le manque absolu d'hygiène, l'anémie, la phthisie. Il y a aussi quelques cas à Hennebont, Caudan, Plœmeur. Enfin, dans le village de Locmiquelie, pendant la journée d'hier, il y eut vingt cas nouveaux, quatre décès.—A Cherbourg, un professeur au lycée, qui avait été atteint il y a quelques jours de diarrhée cholériforme, est mort.—*Lyon médical*, 4 décembre 1892.

Cholera et crémation obligatoire.—On agite vivement en ce moment en Allemagne, en Amérique et en Angleterre, la question de la crémation obligatoire dans les cas de décès par le choléra. A New-York même, le Conseil d'hygiène a décidé de faire incinérer les cadavres de toutes les personnes qui sont mortes du choléra pendant les quarantaines. Les partisans de cette mesure s'appuient sur les faits récemment observés, et qui semblent bien prouver qu'en différents points il y a eu reviviscence *in situ* de germes provenant d'épidémies antérieures. Or, la persistance de la vitalité des microbes pathogènes dans les cadavres, puis dans le sol, étant démontrée, il paraît indiqué de les détruire dans les premiers, et nul moyen, pour atteindre complètement ce but, ne paraît aussi parfait que l'incinération.

VARIÉTÉS.

La castration... avant le mariage et les laparotomistes anglais.

—Nous empruntons à *The Medical Press* l'histoire suivante :

Le tribunal de Birmingham s'est occupé d'une affaire très curieuse.

Un médecin anglais, le docteur Malins, avait fait une laparotomie exploratrice chez une jeune fille souffrant des ovaires, et comme il n'avait rien trouvé d'anormal, il avait laissé les ovaires en place. L'année suivante, la malade souffrant toujours, s'adressa au célèbre Lawson-Tait, qui, ayant ouvert le ventre, constata que l'ovaire gauche était absent, et par suite ne put enlever que le droit. La malade porta une plainte contre le docteur Malins, lui accusant de lui avoir enlevé un ovaire sans son consentement; le docteur Lawson-Tait appuyait l'accusation. Le docteur Malins affirmait qu'il n'avait rien extirpé. La situation était embarrassante : Salomon aurait vraisemblablement proposé de recouper en deux le ventre litigieux; mais les juges, qui n'étaient point Salomon, étaient fort perplexes. Sur ces entrefaites, la jeune personne, qui s'était mariée, devint enceinte, à la grande satisfaction du docteur Malins, à la grande confusion du docteur Lawson-Tait. L'histoire ne dit pas si ce dernier a promis de se montrer plus réservé une autre fois.

L'art de bien rendre.

L'art de bien dire les choses avec tact, délicatesse, n'est-il pas un art médical; nous avons inventé la pilule, nous avons appris à tous à la dorer, procédé essentiellement littéraire, poésie et médecine ne sont pas ennemies au contraire; nous n'en voulons pour preuve que cet extrait d'un article de *l'Echo de Paris*, l'art de bien rendre " Comment faut-il s'y prendre dans les cas plus ou moins fréquents où l'orgueilleuse humanité est, quoiqu'elle en ait, obligée de se baisser... Je suppose que je me fais suffisamment comprendre, sans traiter plus que de raison le secret du *buen retiro* où le roi de Prusse lui-même ne va qu'à pied, faute de pouvoir y envoyer un porte-coton équestre à sa place. Comment faut-il s'y prendre? *that is the question*, dirait le grand Shakespeare.

Tout d'abord, croyez-moi, n'allez pas vous asseoir, on reconnaît bien là ma vieille antipathie, si cruellement documentée. contre les robins, qui, dans leur dédain des hémorrhoides, abusent volontiers de la formule contraire. N'allez pas vous asseoir ! mieux vaut être assis que debout, dit un vieux proverbe oriental, mais moi, je vous dis ; mieux vaut au moins pour l'affaire en question être accroupi qu'assis.

Non pas seulement parce que les principes républicains nous commandent de n'aborder les trônes que pour les fouler aux pieds, ceci s'adresse en effet aussi bien aux royalistes. Non pas seulement parce que les dits trônes, qu'ils soient recouverts de velours ou de sapin, de faïence ou de cristal, et fussent-ils soigneusement balayés (rien de commun avec la révolution) chaque matin, restent toujours suspects desouillures, purulences, vermines et contagions.

Mais pour d'autres raisons physiologiques où la propreté n'est pas en cause.

Je m'explique, l'acte éminemment utile qu'il s'agit d'accomplir est sous la domination de deux muscles annulaires, pareils à des bagues en caoutchouc, dont l'un, l'interne, est indépendant de la volonté et dont l'autre, le marginal, est volontaire. Pas besoin de vous dire ce qui passe lorsque ce dernier vient à être accidentellement paralysé par une violente émotion telle que la peur aiguë, vous sentez cela d'ici ! Mais lorsqu'il fonctionne régulièrement, il faut évidemment, si le colie est tant soit peu volumineux, lourd et dense, faire un effort assez considérable dans certaines circonstances pour obliger l'expéditeur à retenir son haleine, à plisser nerveusement tous les muscles de sa face, à atteler son corps tout entier à l'âpre besogne... On cite des gens qui se sont à ce labeur rompu net un vaisseau sanguin.

Or, il est clair que la situation accroupie est de beaucoup la meilleure pour satisfaire à toutes ces conditions... accroupissez-vous, je ne dirai pas que c'est plus élégant ; mais c'est plus propre, plus correct et plus sain. En outre des hernies et des pestilences transmissibles d'épiderme à épiderme, certaines occlusions intestinales rebelles (il faut toujours qu'une porte soit ouverte ou fermée) n'ont pas d'autre cause que les habitudes de mollesse qui favorise la station assise, surtout pour les imprudents qui profitent témérairement de cette halte pour faire un bout de lecture. On s'accoutume ainsi à la paresse, on ne fait plus aucun effort, on laisse agir la nature, la sensibilité s'émousse, les ressorts se détendent, "rien ne va plus" et force est un beau jour de recourir aux moyens héroïques...

Le meilleur serait encore, à tout prendre, d'opérer en plein champ, où l'accroupissement est de rigueur, au milieu des herbes aromatiques qu'endiamante la rosée... Heureux les campagnards qui peuvent aussi donner du corps à la barbe du gazon fleuri, sous l'ombrage discret des grands arbres !... ils ne connaissent pas leur saine et heureuse félicité."—*Journal de la Santé.*

TABLE DES MATIERES.

- Abcès, urineux, traitement des, 20; tuberculeux, des, 583.
- Abdomen, plaies pénétrantes, 140, 281; tumeurs fantômes de l', 303.
- Aboulies, les, 68.
- Accouchement, injections intratérines après l', 315; au cours des affections organiques du cœur, l', 651.
- Acide phénique et le choléra, l', 558; lactique, mode d'administration dans la diarrhée cholériforme, 571; ses indications, 632; sulfociniquique, dans la diphtérie, 286.
- Acné, traitement, 212.
- Adénites, traitement par le curetage, 254.
- Adénopathies du cou, diagnostic et traitement de quelques, 475.
- Aérophagie hystérique, 15.
- AHERN, Dr M. J.—Désarticulation de la cuisse par la méthode de Wyeth, 225.—Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, 281.
- Albuminuriques, régime des, 580.
- Alcoolisme chez la femme, l', 659.
- Allaitement des nouveau-nés, 602.
- Alopécie, traitement, 492.
- Amygdales, traitement de l'hypertrophie des, 361.
- Anémie, traitement, 104, 342.
- Anesthésie locale, nouveau procédé, 62.
- Antinervine de Radlauer, sa valeur thérapeutique, 408.
- Antipyrine, ses incompatibilités, 160.
- Antisepsie, interne, 274; obstétricale, 460.
- Antiseptiques intestinaux dans la dysenterie aiguë, 529.
- Anurie, traitement, 606.
- APOSTOLI, Dr G.—Notes sur les applications nouvelles du courant alternatif sinusoidal en gynécologie, 561.—Des contri-
- butions nouvelles au traitement électrique faradique et galvanique au diagnostic en gynécologie, 502.
- Appendicite, traitement chirurgical, 196, 365.
- Appendicites, des, 617.
- Aristol, contre les plaies de lit, 236.
- Art de bien rendre, l', 635.
- Arthrophite traumatique, 175.
- Ascite hépatique, sa guérison, 354.
- Asepsie du chirurgien et de ses aides, 362.
- Association médico-chirurgicale de St-Hyacinthe, 521.
- Asthme, traitement, 358, 492; nerveux, ses premiers symptômes, 355.
- Avortement, étude sur l', 31; traitement, 259, 428, 563.
- Benzol, emploi dans l'influenza, 180.
- Benzonaphtol, 181, 285.
- Bibliographie, 52, 109, 162, 216, 278, 331, 388, 444, 498, 555, 609, 663.
- Bicycle, dans les maladies nerveuses. le, 346, 532.
- Bismuth, emploi du sous-nitrate sur le cordon ombilical, 566.
- Blennorrhagie, traitement, 425, 646.
- Bromure d'éthyle, action anesthésique, 178.
- Bronchite, traitement, 48, 104.
- Broncho-pneumonie des enfants, traitement, 606.
- Brûlures, traitement, 307; chez les enfants, traitement, 604.
- Brown-Séquard, liquides de, 287.
- Bubon, traitement, 309, 481.
- Bureau provincial de médecine, 271, 383, 391, 437, 445, 548.
- Cactus grandiflorus, dans les troubles du cœur, 235.

- Calcium, iodure et bromure de, 233.
- Calomel, dans la fièvre typhoïde, 213.
- Cancer, traitement par les caustiques, 306; ligue contre le, 592.
- Castration avant le mariage, la, 605.
- Catarrhe gastro-intestinal chez les enfants, traitement, 658.
- Cathétérisme en général, du, 418.
- Céphalalgie, traitement, 270; chez les enfants, 93.
- Chancre mou, traitement, 309.
- Chancres sous-phimosiques, traitement des, 427.
- Chloroforme, en obstétrique, une maladie organique du cœur doit-elle empêcher d'administrer le, 484.
- Chloroformisation à doses faibles et continues, la, 346.
- Chlorose, traitement par les scarifications du col utérin, 145.
- Chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale, 285.
- Choléra, le, 440, 494, 664; traitement du, 533; l'acide phénique et le, 558; infantile, traitement, 436.
- Chorée, traitement de la, 44, 322, 356; grave, guérison par la suggestion, 544.
- Cirrhose, hémorragies gastro-intestinales dans la, 72.
- Coca, emploi dans le mal de mer, 230.
- Cocaïne, analgésique local en obstétrique, 39, 596; toxicité de la, 105; contre la névralgie faciale, 251; empoisonnement par la, 329; le phénate de, 568.
- Cœur, sensations douloureuses dans les affections du, 67; médicaments régulateurs du, 178; traitement diététique des maladies du, 183; cactus grandiflorus dans les troubles fonctionnels du, 235; les affections du, 337; aspects particuliers, chez les enfants atteints de maladies du, 378; l'hypertrophie de croissance, 467, 573; la grossesse et l'accouchement au cours des maladies organiques du, 651.
- Colique hépatique, traitement, 241.
- Collapse, traitement, 48.
- Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 381, 623.
- Coma, un cas de, 137.
- Congrès médical Pan-américain, le, 606.
- Constipation, traitement, 436, 492.
- Coqueluche, traitement, 47, 270.
- Coryza, traitement, 157, 606, 657.
- Correspondance, petite, 443.
- Courant alternatif sinusoïdal en gynécologie, 561.
- Créosote, agent pronostic de la tuberculose, 236; dans le traitement de la coqueluche, 409.
- Crevasse des mains, traitement, 436.
- Croissance, hypertrophie cardiaque de, 467.
- Croup, traitement, 324; de la trachéotomie hâtive dans le, 474.
- Cuivre, emploi de l'arsenite de, 342.
- Curetage, dans l'infection puerpérale, 90; dans certaines suppurations, 254; de l'utérus, 488.
- Cystite calculeuse, 584.
- Cystites, traitement, 198, 404, 586.
- Décès, 165, 220, 280, 334, 557, 613.
- Déontologie médicale, 166, 221, 335.
- Dermatol, son emploi en dermatologie, 240; emploi pour usage interne, 631.
- Désarticulation de la cuisse par la méthode de Wyeth, 225.
- Déséquilibrés du ve tre, les, 575.
- Diabète, accidents oculaires dans le, 135; traitement du, 250; 657; amputations dans le, 592.
- Diarrhée, traitement de la, 547, 606; infantile, traitement, 157, 463, 518, 658.
- Digitale, son action thérapeutique, 344.
- Diphthérie, traitement, 104, 262, 270, 286.
- Diurétique, dans la cirrhose du foie, 343.
- Dosage duodécimal des médicaments toxiques, 181.
- Duodenum, ulcère simple du, 410.
- Dysenterie aiguë, traitement, 529.
- Dysménorrhée, traitement, 261, 318, 326; huit observations de forme grave, guérie après le

- traitement par le courant galvanique intra-utérin, 393.
 Dyspepsie, flatulente, traitement, 47, neurasthénique, 581.
 Dyspepsies, des, 18; classification des, 190.
 Dyspnée des cardiopathes, 187.
 Dystocie, de la rétraction du col comme cause de, 374.
 Eau salée, en injections sous-cutanées dans la gastro-entérite des petits enfants, 464.
 Eclampsie, rapports de la folie puerpérale avec l', 655; tardive, 375.
 Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, 220, 500, 556.
 Eczéma, anal, traitement, 212; génital, traitement, 326.
 Endométrite, traitement, 91, 270, 489.
 Epilepsie, traitement de l', 47; étude de l', 184.
 Ergot, comme utéro-moteur, l', 407.
 Eruptions médicamenteuses, 405.
 Erysipèle, contagiosité de l', 364; traitement, 380, 423, 547.
 Estomac, diagnostic et traitement de l'ulcère de l', 12, 236; traitement chirurgical de la dilatation de l', 647.
 Eucalyptus dans l'influenza, 409.
 Examens pour l'admission à l'étude de la médecine, programme des, 623, 660.
 Fécondation artificielle dans les déplacements utérins, 8.
 Fer rouge, en gynécologie, 204.
 Fièvre, hystérique, 471; typhoïde, son traitement chez l'enfant, 40; signes pronostiques de la, 70; des grands accès fébriles de la défervescence de la, 416; traitement de la, 187, 213, 297, 349.
 Fièvres, traitement des, 410.
 Flatuleuse, dans les maladies de l'estomac, la, 349; intestinale, 492.
 Folie, consécutive aux opérations de gynécologie, 92; cataméniale, 485; menstruelle, 37; puerpérale, ses rapports avec l'éclampsie, 655.
 FOUCHER, Dr A. A.—Végétations adénoïdes du pharynx, 113.—Discours d'ouverture de la 50e année des cours de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, 505.
 Fractures des membres, traitement des, 359.
 Frigidité chez la femme, 200.
 Gaiacol, mode d'action, 180.
 Galactogènes, 492.
 Gale, traitement, 389.
 Gangrène sénile, 258.
 Gargarismes, formules et mode d'emploi, 464.
 Gastro-entérite des petits enfants traitée par l'eau salée, 464.
 Gerçures du sein, traitement, 212.
 Glande thyroïde, opérations sur la, 79.
 Glycérine, dans la colique hépatique, 241.
 Goître, traitement par les injections iodées, 198.
 Gonorrhée, dans la bouche des nouveau-nés, 31; traitement de la, 48; chez un enfant de trois ans, 82.
 Goutte, régime à suivre dans la, 523.
 Grenouillette, traitement de la, 24.
 Grippe, traitement de la, 15, 49, 180; le bacille de la, 107, 158; effets nerveux consécutifs à la, 186; l'épidémie de, 111.
 Grossesse, vomissements de la, 47, 143, 144; diagnostic de la, 651; au cours des maladies organiques du cœur, 651; hémoptisie dans la, 652; gémellaire, diagnostic de la, 311.
 Gynécologie, mutilations inutiles en, 33; contributions nouvelles au traitement électrique faradique et galvanique au diagnostic en, 562.
 Hémiplégie, la démarche dans l', 129.
 Hémoptisie, traitement, 417, 65; pendant la grossesse, 652.
 Hémorrhagies intestinales, 72.
 Hémorrhoides, leur traitement par la dilatation forcée, l'; pendant la grossesse, 39.
 Hernie crurale non étranglée, cure radicale, 305.

- Hydrocèle, traitement de l', 366 ;
vaginale, traitement, 587.
Hypoplasie, traitement, 157, 658.
Hypertrophie cardiaque de crois-
sance, 467.
Hystérie, traitement, 48 ; chez les
enfants, 101.
Hystéropexie abdominale anté-
rieure, 57.
- Ictère catarrhal, 410.
Impuissance, traitement, 270, 547.
Inertie utérine apparente pen-
dant la période d'expulsion,
moyens d'y remédier, 432, 482.
Infection gonococcique, 199.
Injections intra-utérines, indica-
tions et technique, 597.
Institut Pasteur, 280.
Intérêts professionnels, 623.
Intoxication alimentaire, 634.
Irritation cérébrale, 320.
- Lait, dans la cirrhose du foie,
343 ; cru et bouilli, 504 ; stéri-
lisé, bons effets du, 602.
Langue, chirurgie de la, 479.
LARAMÉE, Dr J. A.—Les affec-
tions du cœur, 337.
Lavage de l'estomac, technique
et contreindications, 461 ; ses
dangers, 343.
Leucorrhée, 212.
Lithiase biliaire, diagnostic des
formes frustes de la, 470.
Lithotritie, pratique de la, 73 ;
de la, 169.
Luxations, de la hanche, traite-
ment, 198.
- Mal, de mer, coca dans le, 239 ; de
tête, traité par des spécialistes,
histoire américaine d'un, 614.
Mamelon, traitement des fissures
du, 657.
Manipulations intra-utérines,
des, 205.
Mariages, 220, 557.
Massage, le, 182, 234.
Mastoidite suppurée, 192.
Médecin, commandements du,
168.
Médecins et Chirurgiens, des, 449.
Médecine, la nouvelle loi sur l'ex-
ercice de la, 327 : vibratoire, la,
566.
Méningite tuberculeuse, fausse,
98.
- Menstruation, influence des ré-
trogradations utérines sur la
menstruation, 598.
MERCIER, Dr O. F.—Traitement
des hémorroïdes par la dilata-
tion forcée, 1 ; hystéropexie
abdominale antérieure, 57 ; de
la lithotritie, 169 ; des appendi-
cites, 617.
Mercure, dans la syphilis, le, 403,
626.
Métrite, traitement de la, 38, 92,
146.
Microcidine, emploi en obsté-
trique et en chirurgie, 283.
Mortalité des femmes en couches,
88.
Musique en thérapeutique, la,
570.
Myômes multiples du vagin, 149.
- Naissances, 220, 334, 392, 613.
Naphtol, comme vermifuge, du,
569 ; benzoate de, 181, 285.
Nécrologie, 56, 111, 164, 218, 279,
390, 497, 499, 556, 613.
Nécrose, traitement par l'acide
chlorhydrique et la pepsine, 256.
Néphrite, chez les enfants, son
pronostic, 379 ; scarlatineuse,
prophylaxie de la, 378 ; paren-
chymateuse aiguë, traitement,
49.
Nerf optique, atrophie du, 67.
Neurasthénie, traitement de la,
48, 246 ; varicocèle et, 83.
Névralgie faciale, traitement, 251.
Névralgies, traitement, 380.
Névroses communes, les, 310.
- Odontalgie, traitement, 658.
Œdème pulmonaire aigu, 298.
Ombilic, pansement de l', 211.
Ongle incarné, causes, symptômes
et traitement, 24 ; traitement
de l', 480.
Oxygène, dans la pneumonie,
179.
Oxyures, traitement, 157.
- PALARDY, Dr M. J. — Etude sur
l'emploi de la saignée dans le
traitement du rhumatisme ar-
ticulaire aigu, 227.
Palpitations, de l'âge critique,
traitement, 148.
Paralysie générale, traitement,
285.

- Paralysies, consécutives aux maladies infectieuses, 184.
- Pavlidès, le cas du Dr, 495.
- Périnée, sa déchirure, 51 : du rôle des épaules dans la déchirure du, 484.
- Phimosi, dans l'enfance, complications et traitement, 95.
- Phlegmons graves, traitement, 106.
- Phtisie, son diagnostic au début, 18 ; des pesées dans la, 20 ; diagnostic précoce par la paralysie des cordes vocales, 131 ; traitement de la, 658.
- Piscidia erythrina, 347.
- Placenta, conduite à tenir dans les cas où il s'insère sur le segment inférieur, 369 ; son décollement prématuré, 593 ; traitement de sa rétention dans l'avortement, 259 ; prævia, hémorragies précoces dans un cas de, 373 ; conduite à tenir dans le cas de, 654.
- Pleurésie, traitement de la, 295 ; latente, 410 ; et thoracentèse, 252, 638 ; séméiologie de la, 638.
- Pneumonie, franche aiguë, son traitement chez les enfants, 45 ; oxygène et strychnine dans la, 179 ; dans l'enfance et le jeune âge, 376 ; indications cardiaques dans la, 578 ; traitement précoce de la, 243, 244, 607.
- Poux du pubis, traitement, 326, 436.
- Pronostic, chez les enfants, le, 205.
- Prostitution à Paris en 1891, la, 415.
- Prurit, traitement, 436 ; anal et vulvaire, traitement, 157.
- Quinine, comme utéro-moteur, la, 407.
- Réciprocité interprovinciale, 493.
- Rectum, traitement des rétrécissements cicatriciels du, 650.
- Reins, diagnostic de la dégénérescence des, 257.
- Rétinol, dans les cystites sub-aiguës, 404.
- Rétrécissement aortique, nouveau signe du, 17.
- Rétrécissements cicatriciels du rectum, traitement, 650.
- Rhumatisme, articulaire aigu, traitement, 227, 290, 380, 657.
- Ricin, manière d'administrer l'huile de, 586.
- Saignée, dans le rhumatisme articulaire aigu, 227.
- Salol, action dans la diarrhée infantile, 463 ; dans le catarrhe de la vessie, 404.
- Scarlatine, les fausses rechutes et les récidives de la, 579.
- Sclérose en plaques, 63.
- Scoliose, diagnostic et traitement, 80.
- Scrofule et tuberculose, 245.
- Seigle ergoté et accoucheurs, 313.
- SMITH, Dr A. Laphorn. — Euit observations de dysménorrhée grave suivie de guérison après le traitement par le courant galvanique intra-utérin, 393.
- Société, obstétricale de France, 280 ; de médecine pratique, 684.
- Sociétés savantes, 8, 661.
- Solanine, dans les affections de l'estomac, de la, 235.
- Solutol, le, 289.
- Soude, traitement de la dysenterie aiguë par le sulfate de, 529.
- Spasme musculaire, traitement, 104.
- Spermine, de la, 463.
- ST. GERMAIN, Dr J. H. L. -- Corps mobiles articulaires, cas d'arthrophite traumatique, 175.
- Strychnine, dans la pneumonie, 179.
- Sublimé, en pulvérisations éthérées, contre l'érysipèle, 423 ; chez les femmes en couches, accidents produits par le, 595.
- Suc testiculaire, le, 342.
- Sueurs fétides du pieds, 436.
- Suspension, ses résultats, 407.
- Sutures, tendineuses et nerveuses, 308.
- Syphilis, le mercure dans la, 403, 626.
- Tabac et suggestion, 582.
- Tabes dorsalis, étiologie du, 473.
- Taenia, traitement, 435.
- Tenue médicale, la, 446.
- Thérapeutique, infantile, de la, 599 ; musicale, 501.
- Thrombose cérébrale, 299.

- Tic douloureux, traitement, 200.
 Toux, traitement de la, 19; spasmodique post-grippale, 472.
 Tremblement, sur le, 302.
 Tuberculose, congès de la, 302; infantile, formes peu connues de la, 538; testiculaire chez les enfants, 155; au second degré, caractères et traitement, 353; et scrofuleuse, 245.
 Tumeurs, adénoïdes, 84, 113, 377; fantômes de l'abdomen, 303.
 TURCOT, Dr G. H.—Traitement de la diarrhée chez les enfants, 516.
 Ulcères, traitement, 657; des jambes, traitement, 326.
 U-émie, 294; hyperthermie dans l', 249.
 Urèthre. rétrécissement de l'. 640.
 Uréthrite, chez la femme, 317.
 Urticairé, traitement de l', 104.
 Utérus, prolapsus de l', 85; cancer de l', traitement, 212, 319; diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion de l', 487; curettage de l', 488.
 Vaccination suivie d'éruption rubéoliforme, 11.
 Varicocèle, 83.
 Végétations, traitement, 212.
 Ventre, chez l'enfant, le gros, 150.
 Verrues, traitement, 417.
 Vers intestinaux, traitement, 415.
 Vésicatoire phéniqué chez les enfants, 603.
 Vessie, guérison du catarrhe de la, 404.
 Vulvite infantile, traitement, 490.
 Vulvo-vaginite des enfants, 605.

COLLABORATEURS

AU XXI^e VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

- | | |
|----------------------------------|--|
| AHERN, Dr M. J., Québec. | LARAMÉE, Dr J. Alf., Montréal. |
| APOSTOLI, Dr G., Paris, France. | MERCIER, Dr O. F., Montréal. |
| BRENNAN, Dr M. T., Montréal. | PALARDY, Dr M. J., St. Hugues. |
| DESROSIERS, Dr H. E., Montréal. | SMITH, Dr A. L., Montréal. |
| FOUCHER, Dr A. A., Montréal. | ST. GERMAIN, Dr J. H. L., St. Hyacinthe. |
| LAMARCHE, Dr J. B. A., Montréal. | TURCOT, Dr G. H. S. Hyacinthe. |