

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur le traitement de la diphthérie.

Réponse à une clinique médicale faite à l'Hôtel-Dieu de Montréal par M. le Professeur PAQUET et publiée par la *Gazette Médicale de Montréal* (mai 1887) ;

par M. J. PALARDY, M. D., St. Hugues.

Dans le No. de mai de la "*Gazette Médicale*" publiée à Montréal, est paru un excellent travail sur la diphthérie, par l'honorable Dr. Paquet, médecin de l'Hotel-Dieu et professeur à l'École de Médecine Canadienne de Montréal.

Malgré le mérite de l'article, certaines indications dans le traitement préconisé par le savant professeur m'ont étonné, et sont loin à mes yeux d'offrir le degré de certitude avec lequel il se prononce sur l'appréciation de certains moyens à prendre dans le traitement de cette terrible maladie. Il divise son traitement en quatre parties: 1o. hygiénique, 2o. local externe, 3o. local interne, 4o. constitutionnel.

Pour moi, cette classification serait plus rationnelle et plus parfaite si elle était transposée et mise dans l'ordre suivant: 1o. local interne, 2o. constitutionnel, 3o. local externe, 4o. hygiénique. J'appuie cette classification du traitement sur l'urgence d'une médication très active dès le début, et sur l'ordre que je lui fais suivre dans l'application.

Tout en respectant la science et l'importance du travail de M. le professeur, il me sera permis d'exprimer une opinion, comme praticien, sur la question du traitement à donner dans l'angine coucenneuse ou diphthéritique, dans l'intérêt des observations cliniques à faire par chacun de nous, et que Messieurs les directeurs de l'UNION MÉDICALE, invitent à communiquer aux journaux de médecine. Je tâcherai d'appuyer mon dire sur l'expérience, le raisonnement et les auteurs.

La diphthérie est une affection contagieuse de sa nature, et spécifique dans ses manifestations du côté des membranes muqueuses, particulièrement celles de la cavité buccale. Les exsudations qui se développent sont presque toujours fixées à l'arrière gorge. La forme de la maladie est ou bénigne, ou maligne, ou épidémique. Par l'observation microscopique, on lui attribue aujourd'hui, pour cause, l'empoisonnement miasmatique par les bactéries. C'est une des maladies les plus graves qui désolent l'humanité.

Il y a trente ans, on en parlait peu dans le pays. Je n'en ai pas vu un seul cas à Montréal, pendant quatre ans, dans les divers

hôpitaux de cette ville, lorsque j'y faisais mes études professionnelles il y a trente quatre ans. Mais depuis, les statistiques établissent que cette maladie, avec la tuberculose des organes de la respiration, fait payer le plus grand tribut à la vie humaine.

La maladie existe depuis des siècles, s'observe dans tous les climats, en toutes saisons, attaque tous les sujets, les femmes y semblant plus exposées que les hommes. (Grisolle). Elle sévit surtout chez les enfants.

Pour ne pas rendre cette étude trop longue, je désire m'occuper plus particulièrement de la thérapeutique que l'on recommande et que l'on applique dans cette maladie.

Dans sa lecture clinique, M. le Dr. Paquet pose cette question: "Où le poison existe-t-il? Est-ce dans l'exsudation seule, ou dans les exhalaisons ou excréctions?"

Du moment qu'il est admis que le sang est empoisonné par un principe septique ou autre, le poison existe dans tout l'organisme. De sorte que pour moi, la principale médication se trouve dans le traitement constitutionnel; il est indispensable, le seul radical. La manifestation locale n'est qu'un symptôme spécifique qui caractérise la maladie et la diagnostique de l'angine ordinaire (tonsillite). Quand la maladie se rend au larynx avec fausses membranes, nous avons à combattre la diphthérie croupale. Vu son extrême gravité souvent, et sa marche rapide, la diphthérie doit donc être attaquée avec une grande vigueur dès le début, par un traitement interne et local.

Malgré que je considère le traitement constitutionnel indispensable et celui sur lequel nous devons le plus compter, je trouve le traitement local interne, sous forme de cautérisations, d'une grande excellence dès le début, et je dirai pourquoi.

M. le professeur Paquet, à propos de la cautérisation dans cette maladie, fait aux élèves, au cours de sa lecture, les réflexions suivantes.

"Fort heureusement, ces pratiques (cautérisation) n'ont plus que quelques rares adeptes; car en admettant qu'il ne soit pas difficile de faire disparaître mécaniquement par la cautérisation toujours pénible, ces plaques, cela ne les empêche pas de reparaitre aux dépens des tissus sous-jacents et plus profonds qui ajoutent plus qu'ils ne diminuent à la gravité du cas, et qui ne manquent pas généralement de se former de suite, car vous formez un ulcère sur lequel des plaques plus étendues et plus profondes viennent se fixer."

Cette réflexion est malheureuse dans la bouche d'un professeur, car elle est de nature à faire naître des préjugés, surtout dans l'esprit des élèves en médecine, contre une pratique excellente employée par un grand nombre de médecins et recommandée encore par une foule d'auteurs anglais et français.

Le dernier avancé fut par M. le professeur, quant au renou-

vement des plaques, est présenté avec une certitude que l'observation est loin de confirmer. Après la cautérisation, cette augmentation dans l'altération locale des tissus peut arriver quelquefois, mais n'est ni fréquente ni constante. D'ailleurs, l'augmentation a lieu aussi sans cautérisation.

Depuis trente ans, j'ai traité tous les ans plusieurs cas de diphthérie; certaines années j'ai observé des épidémies. Chez les enfants jeunes, la cautérisation est à peu près impossible, mais chez les adultes, elle est facile, quoique disgracieuse. J'ai toujours employé chez les adultes la cautérisation conjointement avec le traitement constitutionnel, et je n'ai jamais eu un seul insuccès, du moment que je commençais le traitement combiné, dans les douze premières heures de l'état confirmé.

Voici comment je procède. Aussitôt que la diphthérie est reconnue, j'applique de suite la cautérisation avec une solution d'acide carbolique : P.—Acide carbolique, 60 grs. ; Glycérine, 2 drachmes ; Eau 1 once. M.—Je badigeonne avec cette solution, la gorge, les amygdales, toutes les parties affectées, une à deux fois par jour.

La cautérisation ainsi effectuée, je fais laver la gorge avec un gargarisme émollient. Toutes les heures, le malade use ensuite du gargarisme suivant. P. Chlorate de potasse, 1 once ; Teinture de fer muriaté, 2 onces ; Eau, 8 onces. Cette médication constitue pour moi le traitement local interne. Pour le traitement constitutionnel je prescris le suivant, que je fais marcher de paire avec le premier. P.—Chlorate de potasse, de 4 à 6 drachmes ; Teinture de fer muriaté, $\frac{1}{2}$ once ; Eau, 4 onces. M.—Une cuillerée à thé et plus, tous les heures, avec brandy, vin, thé de bœuf, &c.

Cette maladie étant à forme asthénique, il ne convient pas de donner aucun agent débilitant. On n'a pas à s'occuper de l'état fébrile ou inflammatoire. La base du traitement doit être stimulante et tonique. Les symptômes guident pour le reste. Le traitement local par la cautérisation implique cette indication de la méthode stimulante sur les tissus, et aide à sa manière au traitement général en le complétant.

Quant à admettre que la cautérisation a pour résultat, comme l'avance le savant professeur, de produire le renouvellement de plaques plus étendues et plus profondes sur un ulcère nouveau, je n'ai jamais vu cet effet dans les cas que j'ai observés. Au contraire, après chaque cautérisation, j'ai toujours remarqué une muqueuse avec ulcération de meilleure apparence. Les plaques se sont reproduites en effet, mais très souvent plus minces, moins organisées et plus petites. Ce renouvellement est plutôt la conséquence de la marche de la maladie que de la cautérisation.

Il est bien rare que j'aie été obligé de cautériser plus de deux fois par jour.

Comme traitement adjuvant, et qui peut répondre au traitement

hygiénique de M. le professeur Paquet, je fais brûler du soufre dans la chambre du malade. Ces émanations d'acide sulfureux, qui se forment dans l'air, outre un effet désinfectant, ont aussi une action directe et dissolvante sur les plaques couenneuses—soit chimiquement, soit comme stupéfiant des bactéries de la contagion.

M. le Dr Paquet, pour le traitement constitutionnel, donne la préférence au benzoate de soude. C'est toujours le traitement alcalin, préconisé par les auteurs: Trousseau, Flint, Bretonneau, Grisolle, etc., etc. Benzoate de soude, carbonate de soude, chlorate de potasse, salicylate de soude, bicarbonate de potasse, sulfate d'alumine, etc., tous ces remèdes sont recommandés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, cependant tout cela est à peu près la même chose, l'acide est changé, mais la base reste la même, *alcalin*.

Voici ce que dit Trousseau dans ses remarquables Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, édition 1882, vol. 1, page 532, article: *Diphthérie et Traitement*.

“La *médication topique*, malgré les oppositions qu'elle rencontre, est la *médication par excellence*, elle est aussi indiquée dans cette maladie qu'elle l'est dans la pustule maligne (*charbon*.)”

Le célèbre pathologiste français ajoute encore, même ouvrage, vol. 1, page 430, au même article, “*Diphthérie*,” les paroles suivantes: “J'insisterai, Messieurs, sur la nécessité d'un traitement dont aujourd'hui on voudrait contester l'utilité. Je combattrai cette *deplorable* tendance à s'écarter de la vraie route suivie jusqu'à ce jour par des observateurs du premier mérite.”

Et ces observateurs de première distinction ont vu autant de malades dans un an que nous en voyons chacun dans notre vie. Ces opinions sont donc inattaquables et de la plus haute autorité. Ce que nous pouvons ajouter aux observations de ces maîtres dans l'art est d'une faible portée; notre travail vient seulement confirmer l'opinion d'hommes qui sont à la tête de la science en Europe.

À propos de la *médication locale* dans la diphthérie, par la cautérisation, je partage avec une grande conviction cette opinion du célèbre médecin français, que *la médication topique par la cautérisation est la médication par excellence*.

Outre cela, voici le raisonnement sur lequel je m'appuie, en dehors de mon expérience personnelle et de celle des autres, pour me confirmer encore mieux dans l'idée de la valeur de ce traitement local.

Le traitement constitutionnel est le plus important, est indispensable, le seul radical; cependant au début j'accorde une grande influence au traitement local interne. Voici pourquoi.

La cautérisation a un effet immédiat sur les tissus, retarde l'action pathologique dans ces régions, et permet au traitement général d'arriver. Quand même elle n'aurait que ce partage d'aider au traitement constitutionnel, de venir se placer à temps

pour combattre, elle serait tout de même d'une grande utilité et aurait sa raison d'être.

Trousseau en établissant un certain rapport, quant au traitement local, entre la pustule maligne et la diphthérie, est parfaitement rationnel, car les deux maladies étant identiques dans leurs manifestations générales et locales, doivent être traitées suivant les mêmes principes : retarder l'action locale par la cautérisation afin de permettre au traitement radical d'avancer ses batteries. Car pour mettre la constitution sous l'action de la médication interne, d'une manière visible, il faut dix à douze heures d'absorption du remède, et si c'est moins, c'est encore mieux. Ce qui fait que la médication locale interne par la cautérisation et les gargarismes astringents et stimulants est, dès le début, d'une importance considérable et d'une excellence incontestable par le raisonnement et par le résultat. Voilà pourquoi je recommande la médication locale, et je l'admire parce qu'elle m'a toujours réussi, lorsque j'ai pu l'appliquer à temps.

Chez les adultes, le traitement local interne et le traitement constitutionnel combinés ont été pour moi d'un succès constant.

Chez les enfants très jeunes, tout traitement est généralement impossible. Le traitement local surtout est très disgracieux pour le médecin et pour le petit malade, et peu en honneur chez les parents du jeune patient, parce que le plus souvent il est inutile. On ne fait, en l'employant, qu'ajouter de nouvelles souffrances sans résultat heureux pour personne. Dans ces cas, il est certainement mieux de ne pas forcer la note chez ces jeunes sujets. Je comprends alors le bonheur de la non intervention du caustique, car il est désagréable à tout le monde. Cependant cela ne prouve rien contre le traitement en lui-même.

Tout de même, il est permis d'essayer tout contre un ennemi puissant. Un ami de France a transmis à un confrère du pays, il y a quelque temps, un mode de traitement pour la diphthérie qui convient très bien aux enfants, chez qui on ne peut rien généralement ; c'est un traitement interne et local qui se fait par inhalation. Il me paraît très rationnel. Le voici. Je cite textuellement.

“ Du moment que la maladie est reconnue chez l'enfant, il faut le placer dans une atmosphère phéniquée. Pour cela, on se sert d'un évaporateur quelconque. Un, d'une grande simplicité, est constitué par une casserole en fer blanc surmontée d'un couvercle en forme d'entonnoir renversé, sur lequel peuvent s'adapter trois tubes, dont deux droits et le troisième recourbé.

“ La casserole est remplie aux trois quarts d'eau à laquelle on ajoute une cuillerée de glyco-phénique. On place dessous une lampe à alcool ou à pétrole. Dès que les vapeurs phéniquées se dégagent, on les fait respirer aussi chaudes que possible à l'enfant plusieurs fois dans la journée. Pendant la nuit on fait fonctionner l'appareil auprès du lit, et l'on dispose les rideaux de celui-ci

de façon à ce que les vapeurs phéniquées passent continuellement "par la gorge du malade." En même temps, on donnera, si possible, toutes les deux heures, une cuillerée à thé ou à café, suivant l'âge, de sirop de phénate d'ammoniaque; si les accidents s'aggravent, le sirop sera donné toutes les heures, et au besoin toute les demi-heures.

"Les fausses membranes doivent être attaquées très fortement et souvent avec un pinceau trempé dans du glyco-phénique pur. Nous n'avons jamais vu ce traitement échouer, lorsqu'il a été appliqué à temps."

C'est très formel et défini, comme on voit. Je détache cette prescription d'une de mes collections, de journaux de cette année. Je ne puis donner le nom de l'auteur, mais la prescription est tellement rationnelle et d'accord avec mes idées, et si facile à appliquer, qu'elle mérite d'être mentionnée et essayée.

Quelques autres parlent aussi de la cautérisation par le fer rouge, mais c'est un peu raide à appliquer dans la pratique privée, tout le monde s'en passe facilement et avec plaisir. Aux yeux d'un certain nombre, c'est déjà trop du *pinceau*.

Quant au traitement local externe, je fais faire des fomentations chaudes avec l'esprit camphré, d'autres fois je les remplace par des applications chaudes de kérosine, ou huile de pétrole, que l'on a toujours sous la main. Cette dernière application, toute simple qu'elle est, est d'un bon effet. Elle produit une légère rubéfaction de la peau. De plus, l'évaporation qui a lieu agit comme désinfectant dans l'air ambiant et concourt au traitement hygiénique recommandé et prescrit.

Quel est le meilleur caustique à employer, et sous quelle forme doit-il être appliqué?

Les caustiques sont bien connus. Le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, les acides chlorhydrique, citrique, acétique, carbolique, et la teinture de fer muriaté sont les plus en usage.

Pour moi, ma préférence est accordée à l'acide carbolique et à la teinture de fer muriaté.

Quant au mode d'application, le caustique en solution est le meilleur et le plus facile à appliquer. Il pénètre mieux dans les tissus, et s'étend partout dans un instant.

Quel est le meilleur instrument? Il y a l'*atomizer* et le pinceau.

Pour moi, je préfère un petit pinceau que je prépare au besoin pour chaque malade, avec quelques plumes d'oie qu'il est très facile de se procurer. Je lie ces plumes et je taille les barbes en forme carrée, de la largeur d'un pouce, pour lui donner un peu de raideur.

L'application en est douce et se fait avec une grande facilité chez les adultes, après qu'on a eu soin de déprimer préalablement la langue avec une spatule ou une cuillère.

Pour bien déprimer la langue, il faut peser sur la base de l'or-

gane. Chez les enfants surtout, cette méthode est avantageuse, car elle provoque des spasmes et des envies de vomir et fait ouvrir la bouche assez grande pour y voir mieux.

La cautérisation accomplie, je fais faire toutes les heures des gargarismes au chlorate de potasse et teinture de fer muriaté tel que prescrit plus haut. Toujours j'ai vu, après quelques heures, les exsudations disparaître ou diminuer en épaisseur ou étendue, quand elles se reforment.

Après trois ou quatre jours de ce traitement local et général, la maladie est presque toujours contrôlée, et le succès se complète par le traitement tonique et stimulant que l'on continue seul.

Lorsque les plaques ont fini de se former, et que la gorge reste encore enflammée, rouge, avec un peu de gêne dans la déglutition, j'emploie avec avantage les gargarismes à l'acide tannique, ce qui ajoute encore à la médication tonique astringente, qui n'est pas non plus en honneur aux yeux de notre savant professeur, si j'en juge encore par sa clinique.

Cependant voici ce que dit Trousseau, à propos de la médication astringente, (Clinique de l'Hôtel Dieu de Paris. Edition 1882, Vol. I, folio 535, article "Diphthérie.")

"La médication astringente est, à mon avis, et de l'avis de bien d'autres, d'une telle efficacité, dans le traitement de l'angine couenneuse que si nous pouvions compter sur la façon dont nos ordonnances sont exécutées, j'emploierais moins souvent pour mon compte les cathérétiques et les caustiques auxquels vous me voyez avoir recours."

Brétonneau, autre médecin français célèbre qui, le premier, en 1823, a donné les meilleurs écrits sur l'angine diphthéritique, employait avec un succès étonnant le sulfate d'alumine, qu'il insufflait en poudre, dans la bouche de ses patients atteints du mal de gorge blanc, ainsi désigné dans le département où il pratiquait.

Paralysie et traitement.—Je dirai un mot de la paralysie, qui survient souvent aux muscles pharyngiens et qui s'étend quelquefois au larynx et y amène une grande gêne dans la respiration, sans symptômes de croup cependant.

La déglutition rendue impossible est remplacée par les injections anales de quinine, vin de porto, thé de bœuf etc, avec succès.

Quant à la dyspnée qui est venue quelquefois m'inquiéter, je l'ai combattue avec avantage par de légères inhalations de chloroforme qui faisaient disparaître de suite l'action spasmodique de la glotte probablement.

Dans ces cas là, j'ai dû écarter les symptômes du croup, malgré la gêne de la respiration, vu l'âge des malades, le déclin de la maladie, et le détachement des fausses membranes qui était déjà effectué lorsque les symptômes de suffocation arrivèrent.

D'ailleurs, l'effet bienfaisant et immédiat des vapeurs de chloroforme établit de suite la rectitude du diagnostic, que le croup n'existait pas, ou plutôt que ce n'était qu'une angine striduleuse ou faux croup, étant donné la soudaineté de l'attaque.

Si les symptômes du croup s'établissent, les vomitifs et la trachéotomie sont les moyens recommandés et employés.

J'ai remarqué que chez les sujets qui vomissent souvent, les fausses membranes avaient plus de difficulté à se développer et à se maintenir; j'ai fait cette observation seulement chez les enfants. Serait-ce une indication en faveur des vomitifs?—Je ne les ai jamais essayés, malgré qu'ils soient recommandés par quelques auteurs.

Monsieur le Dr Paquet constate en fait de statistiques, une mortalité de 20 à 50 par 100, suivant le caractère de l'épidémie et l'âge des malades. Chez les adultes que j'ai traités depuis 25 ans, j'ai eu à peine un ou deux par cent de mortalité, tandis que chez les jeunes enfants, la maladie a été destructive, à peine trois ou quatre par cent ont pu se sauver, car tout traitement chez ces jeunes sujets est le plus souvent impossible. De sorte que les deux statistiques des adultes et des enfants réunis établissent une mortalité considérable.

Malgré tout, je crois que chez les adultes, lorsque l'on peut appuier à temps le traitement constitutionnel combiné au traitement local, c'est-à-dire la cautérisation interne, la plus grande partie des malades reviennent à la santé, surtout à la campagne; 95 par 100 n'est pas trop. Pour moi, j'ai constaté ce résultat dans mon faible champ d'observations. Voi à pourquoi je soumetts bien humblement cette étude clinique à l'attention de mes confrères.

Mon but est d'aider à étudier une question pratique de notre art, à l'occasion d'une maladie terrible qui décime l'humanité, et aussi pour répondre à la gracieuse invitation qu'un de vous m'a faite de collaborer à ce journal.

St. Hugues, le 15 juin 1887.

Vésicatoire liquide.—*Bidel.*

P.—Cantharides.....	1.000 parties
Chloroforme.....	Q. S. "
Cire	125 "

M.—Traiter d'abord la cantharide par le chloroforme de façon à ce que le liquide distillé égale un litre, puis, ajouter la cire.
Usage local au moyen d'un pinceau.—*Physician and Surgeon.*

Traumatisme grave chez une femme en état de grossesse gémellaire. Expulsion de l'un des œufs à 80 jours, l'autre œuf se développant jusqu'à terme ;

par E. SIROIS, M.D., Three Rivers, Mass, E.-U.

Le premier décembre dernier je fus appelé près de Mme H qui, me dit-on, venait de faire une chute. Ma patiente (pesant environ 190 lbs) était tombée, tête première, au bas d'un mur de 10 à 12 pieds de hauteur. Quand je la vis, une demi heure après l'accident, elle rendait du sang par le nez et par les oreilles, et délirait. Malgré tout ce que je pus faire pour elle, son état s'aggrava au point que, cinq heures plus tard, elle était dans un coma profond : insensibilité complète, pupille extrêmement dilatée, paralysie de la vessie et du rectum, respiration laborieuse, de six à douze par minute, pouls filiforme, très-irrégulier, oscillant entre 120 et 160. Je consultai un confrère qui crut à une lésion grave de la base du crâne et déclara la femme perdue. Pour moi, je ne compris qu'une chose, c'est qu'elle devait expirer avant le jour. Je n'en restai pas moins près d'elle, ayant l'air de faire quelque chose, pour ne pas enlever trop soudainement le peu d'espoir qui restait à la famille éplorée.

Vers la fin de la nuit, onze heures après l'accident, la respiration devint, par degrés, plus régulière, moins laborieuse; le pouls devint plus fort et resta à 130. À neuf heures du matin, (2 décembre), quatorze heures après l'accident, elle avait complètement repris connaissance, mais se plaignait de souffrances intolérables à la tête, au cou et dans les épaules. Je savais que la malade était enceinte, mais les douleurs actuelles étaient de nature à distraire mon attention du côté de l'utérus. Le dixième jour, elle perdit par le vagin environ deux onces de sang qui furent suivies de l'expulsion d'un œuf, sans douleurs parturientes. Alors tout malaise disparut: plus de maux de tête, ni de douleurs dans les membres. Deux jours après, ma patiente était à ses occupations ordinaires.

L'œuf rejeté était entier. Je l'ouvris moi même et constatai la présence d'un embryon très bien formé et pouvant avoir 70 à 80 jours. Le 16 mai, c'est-à-dire moins de sept mois après l'accident, Mme H mettait au monde un garçon, à terme, du poids de 10½ lbs. Elle avait donc, lors de l'accident, perdu la moitié d'une conception double.

Three-Rivers, Mass, 30 mai 1837.

Correspondance Européenne.

LETTRE DE PARIS.

Paris, le 21 mai 1857.

Mon cher ami.

Je n'ai pas besoin de vous dire le plaisir que j'ai éprouvé en parcourant votre lettre que j'ai reçue le 14 courant. Elle me rappelle la promesse que je vous ai faite lorsque je vous serrai la main, à mon départ de Montréal, promesse donnée de tout cœur, et que je viens, un peu tardivement peut-être, réaliser aujourd'hui.

Du reste, je dois, avant tout, faire amende honorable pour mes négligences passées, présentes et peut-être futures à l'égard de l'UNION MÉDICALE.

Pour celui qui a la bonne fortune de venir puiser aux sources médicales de Paris, l'embarras vient souvent de l'abondance des richesses, mais chacun a ses goûts ! Quant à moi, j'aime les cliniques et c'est un plaisir que l'on me pardonnera sans inconvénient. J'aime les hôpitaux avec leurs grandes salles bien aérées, leurs longues files de lits blancs, et même leur odeur *sui generis*. Ne sommes-nous pas comme des soldats sur la brèche, qui doivent faire face au danger et qui sont enivrés par l'odeur de la poudre ? Ça et là, les infirmiers marchent à pas pressés pour porter aux malades les potions qu'ils réclament, les étudiants vont et viennent et le chef de clinique veille à tout comme une sentinelle vigilante ; mais voilà que le Professeur paraît, tout rentre dans le silence, on se groupe autour de lui, il parle, on l'écoute, on prend des notes et l'on se dit que les professeurs de Paris sont vraiment de grands maîtres. On visite différentes salles ; malgré cela, l'attention ne se fatigue pas, car on entend toujours une parole aussi éloquente qu'instructive. La visite terminée, on fait comme dans la chanson de *Malbrouk*, chacun rentre chez soi, quitte.....à revenir le lendemain.

Pour que vous ne soyez pas jaloux de mon bonheur, cher ami, je vous invite à venir faire un tour avec moi, mais cette fois-ci dans un hôpital spécial, celui de la Salpêtrière. La température est belle ce matin, et le ciel semble se mettre de la partie pour rendre cette course agréable. Tout en cheminant le long des grandes rues de Paris, nous rencontrons la foule matinale qui presse le pas, voyant à sa besogne. On marche, on court, on se heurte. Ah ! s'il fallait admettre sans réserve que l'habitude de se lever tôt est lapanage des gens vertueux, on devrait dire que la capi-

talie de la France est, par excellence, une ville vertueuse. Cette animation, cette volubilité des physionomies a un véritable charme et l'on aurait mauvaise grâce, quand on voit la gaieté peinte sur tous les visages, de se laisser aller à l'ennui.

Nous sommes dans le jardin du Luxembourg, et, quelques minutes après, au Jardin des Plantes. Loin de moi la pensée de vous laisser sous cette impression qu'à Paris on marche toujours sur des fleurs, cependant quand on a l'avantage de joindre l'utile au beau et à l'agréable n'est-ce pas bon d'en profiter? C'est ce que nous faisons. Les gazons verts, les arbres garnis de feuilles printanières, les fontaines murmurantes, le parfum des fleurs, ces mille beautés de la nature rejouissent la vue! Mais pardon! J'oublie le but de notre excursion, j'oublie surtout qu'il y a vingt ans passés, je comptais déjà vingt printemps, mais, à Paris, si quelques jeunes sont vieux, presque tous les vieux sont jeunes; aussi, à mon tour, je me crois réellement au printemps de la vie.

Enfin, nous voilà transportés dans un milieu qui n'offre pas le même côté poétique. Hélas! la vie est la même partout, en tous lieux et en tout temps la tristesse à côté de la joie...

Un jeune homme de vingt ans, à l'air intelligent, frappé de paralysie des membres inférieurs depuis 8 mois, vient d'être admis à l'hôpital. Il va servir de sujet principal à la leçon clinique du jour, et Charcot, avec son langage clair et concis, donne l'histoire de la maladie de ce jeune homme devant un auditoire composé d'une centaine d'étudiants, de médecins de toutes nationalités: français, russes, grecs, roumains, canadiens, anglais, américains, et dont quelques-uns ont, ce qui ne gête rien, des cheveux blancs.

La paralysie spinale infantile n'appartient passablement à l'enfance, comme son nom l'indique, et bien qu'exceptionnelle après 10 ans, elle peut se développer chez l'adulte, même dans l'âge mûr. Il y a donc la paralysie spinale de l'adulte, et ce jeune homme en est un exemple. Elle ne diffère en rien d'essentiel de la paralysie infantile. Le point prédominant sur lequel Charcot appelle l'attention, dans cette maladie, est que le siège de la lésion se trouve dans les cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière ou, pour plus de précision, sur les cellules nerveuses motrices, sauf dans les cas de complication où la lésion peut s'étendre à d'autres parties de la moelle, mais ce n'est pas nécessaire. Il en résulte une altération du mouvement et de la nutrition musculaire. De plus, fait notable, contrairement à ce qui arrive dans la myélite centrale, il y a conservation de la sensibilité, absence de paralysie de la vessie et du rectum, absence d'eschares, vû le manque d'influence directe des cornes grises antérieures sur ces organes et sur la nutrition cutanée. Autrefois, cette maladie était désignée, bien improprement, sous le nom de paralysie essentielle, mais aujourd'hui, grâce aux procédés d'investigation qui ont atteint le degré de perfection que l'on sait, les recherches nécroscopiques ont établi sa véritable lésion.

C'est à la Salpêtrière que furent faites les premières études régulières sur la nécroscopie du centre spinal dans cette forme de paralysie.

En 1864, Charcot et Cornil, alors son interne, avaient signalé l'atrophie des cornes antérieures de la substance grise, mais la lésion des cellules nerveuses fut découverte par Vulpian et Prévost en 1886, à la Salpêtrière. Comme la science n'a pas de patrie pour le professeur, il cite des auteurs étrangers qui avaient rapporté, en 1869, des cas d'*atrophie musculaire* appartenant à la paralysie spinale, bien que ces auteurs ne le mentionnent pas. Depuis 1870, Parrot, Geoffroy, Damaschino, Roger, Michaud, Pierret, dans leurs recherches nécroscopiques, en sont arrivés à la même conclusion.

Ce jeune paralytique va subir un traitement faradique, galvanique avec l'association de l'hydrothérapie, des bains, douches, massage ; à l'intérieur, les pilules de strychnine etc. Au début ce sont les ventouses scarifiées, les vésicatoires, le cautère ou les pointes de feu le long de la colonne vertébrale, qui sont généralement recommandés.

C'est au tour d'une femme, âgée de 48 ans, de passer à l'inspection. Cette malade est affectée de vertige de Ménière depuis une quinzaine de jours. Elle raconte qu'elle entend des sifflements comparables à ceux d'une locomotive, elle a des vertiges, nausées quelquefois vomissements, le mal de mer en un mot—sur l'ordre du maître elle fit quelques pas dans la salle mais serait tombée si elle n'eût pas rencontré à temps un point d'appui solide. " Je perds connaissance, s'écria-t-elle tout à coup." Halte-là, madame, vous voulez dire que vous avez du vertige, car, dans la maladie de Ménière, jamais il n'y a perte de connaissance. Si vous voulez guérir, vous n'aurez qu'à suivre le traitement que je vais indiquer. Alors Charcot prescrit le sulfate de quinine à la dose de 60, 80, 90 centigrammes par jour, pendant longtemps, en ayant soin de suspendre une huitaine de jours, toutes les 2 ou 3 semaines, et cela jusqu'à la guérison. La quinine, grâce à son action spéciale sur l'appareil auditif, augmente les bourdonnements d'oreilles, et alors on prévient la malade de ne pas tenir compte de cet incon vénient si elle veut se débarrasser de son hôte incommode. Charcot compte des succès remarquables, avec cette médication, surtout dans le vertige aigu.

Dans les maladies nerveuses, l'hérédité joue un rôle des plus puissants, et il n'y a qu'à interroger les antécédents pour être convaincu que ce sont des maladies de famille. On trouve donc presque toujours du côté des ascendants, soit de l'épilepsie, de la mélancolie, de la folie, soit de l'hystérie, de la paralysie, de l'ataxie et même du rhumatisme, de la goutte, etc., enfin, on tourne

continuellement autour d'un arbre névropathique ou arthritique. Je vous dirai, en passant, que Charcot est d'opinion que la syphilis n'a rien à faire comme cause de l'ataxie que le traitement spécifique, du reste, ne modifie en aucune manière.

Je pourrais allonger de beaucoup cette lettre, mais j'y renonce, car il est temps que je m'arrête. Toutefois, à mon retour, j'aurai le plaisir de vous communiquer mille observations recueillies à Necker, à la Pitié, à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, à St. Louis.

Outre plusieurs ouvrages importants, je me suis procuré quelques instruments qui ont bien leur valeur pratique, entr'autres le plessigraphe de Peter, le percuteur de Traube, le dynamomètre à aiguille etc., que nous aurons occasion de mettre en usage en temps et lieu.

Veuillez me croire pour toujours,
 Votre ami dévoué,

J. A. LARAMÉE.

Altérations de la peau dans la scarlatine.—Le docteur L.-B. MAUDELSTAMM, de Kazan, a examiné au microscope de nombreux spécimens de la peau pris sur les cadavres de huit enfants ayant succombé au cours d'une scarlatine, soit de collapsus, soit de diphtérie intercurrente, soit de néphrite, etc. Ses conclusions peuvent se résumer comme suit :

1° Contrairement à l'opinion de Thomas et Bohn qui prétendaient que dans la scarlatine les lésions cutanées étaient superficielles, la peau, dans cette maladie, subit des modifications importantes et des lésions morbides profondes.

2° Le processus pathologique est de nature inflammatoire, l'inflammation intéressant à la fois la couche cornée, la couche muqueuse, la couche des papilles et la région des faisceaux conjonctifs. Elle se manifeste par une hyperhémie plus ou moins intense accompagnée, dans les cas types, d'œdème du tissu conjonctif et d'infiltration par des éléments lymphoïdes.

3° Les glandes sudoripares ne sont pas épargnées; leur membrane limitante est épaissie, l'épithélium de leur conduit, détruit, vient obstruer de ses débris homogènes la lumière du conduit, le tissu circumglandulaire est abondamment infiltré de leucocytes.

4° Dans aucun cas, on n'a pu découvrir le *verticillium candelabrum* annoncé par Tschamer, non plus qu'aucune autre espèce de micro-organismes.

Il est à désirer que les conclusions du médecin histologue russe, soient confirmées par quelqu'un de nos observateurs français, car elles vont à l'encontre de ce qu'on considère comme les lésions propres de la scarlatine.—*Union médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

MEDECINE.

Pathogénie et traitement des troubles réflexes d'origine gastrique.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Les gastralgies déterminent parfois sur des organes qui n'ont aucune relation directe avec l'estomac, une série d'accidents qu'il importe de bien connaître, si on veut les rattacher à leur cause véritable et les combattre au moyen d'un traitement rationnel.

La pathogénie de ces accidents est quelque peu complexe. Aussi vous donnerai-je tout d'abord quelques détails à son sujet.

Parmi les divers organes qui peuvent subir l'influence gastrique, le cœur et le poumon entrent en première ligne et, comme ils sont assez voisins de l'estomac, il y lieu de se demander si les troubles observés dans leur fonctionnement ne sont pas d'origine mécanique. L'on comprend, en effet, que la distension de l'estomac à la suite d'un copieux repas peut refouler le diaphragme, diminuer la capacité thoracique et gêner le fonctionnement des organes qu'elle renferme pendant que, d'autre part, la grande quantité de liquide jetée dans la circulation au moment de l'acte digestif,—remplissant outre mesure le système circulatoire,—oblige le cœur à un excès de travail qu'il peut avoir quelque difficulté à fournir.

On pourrait croire également que ces accidents ont une origine chimique. L'estomac, vous le savez, est une véritable usine dans laquelle se passent un grand nombre d'actes chimiques. La digestion est elle normale, régulière, les produits auxquels elle a donné naissance n'ont aucune action nocive. Ils sont absorbés et servent ensuite exclusivement à la réparation des pertes de l'organisme. Si, par contre, la digestion est anormale, elle conduit à l'absorption de substances mal élaborées, quelquefois même toxiques, comme le sont les leucomaïnes, et c'est sous l'influence de ces substances que se produisent les accidents à distance.

La dilatation de l'estomac et la parésie de sa tunique musculaires, qui ont été si vivement mises en lumière par M. Bouchard, sont une des causes les plus puissantes de cette élaboration déficiente des produits alimentaires et, à ce titre, elles jouent un rôle important dans la production des accidents à distance. Il en est de même qui paraissent plus spécialement liés à l'absorption

des substances toxiques dont je parlais tout à l'heure ; ce sont ceux qui ont leur point de départ dans le système nerveux. Je dois dire, toutefois, qu'à mon sens, l'absorption des produits digestifs mal élaborés par un estomac dilaté, a surtout pour effet d'augmenter l'irritabilité du système nerveux et de le prédisposer à subir l'action réflexe dont je vais vous parler, mais qu'elle ne suffit pas à elle seule à provoquer ces phénomènes.

Si je tiens à faire cette remarque, c'est surtout parce que je désire quelque peu réagir contre les tendances actuelles qui cherchent à rattacher exclusivement à une intoxication la plupart des phénomènes d'origine gastrique. Il y a là une petite exagération qui est la conséquence de la nouveauté de l'étude et dont il ne faut pas se fâcher, mais qu'il faut connaître pour se tenir dans la juste limite où l'on revient, d'ailleurs, de toute nécessité, au bout d'un certain temps. En tout état de cause, il est certain, messieurs, que si l'absorption des substances nuisibles élaborées par un estomac dilaté ne produit pas toujours les accidents auxquels je fais allusion, elle est, par contre, une cause prédisposante puissante de la production de ces accidents.

L'influence des causes mécaniques et chimiques étant fixée comme je viens de le faire, il nous reste à examiner une troisième cause, de beaucoup la plus importante.

Je veux parler de l'influence réflexe exercée sur la muqueuse stomacale par le contact des aliments. L'apparition des phénomènes au moment de l'ingestion d'une petite quantité d'aliments et avant qu'aucune fermentation ait eu le temps de se produire, suffit à démontrer la réalité de cette influence. Vous savez que le propre des actes réflexes est leur instantanéité, et le défaut de proportionnalité entre l'effet produit et la cause productrice. En ce qui concerne cette disproportion entre l'intensité des accidents et l'intensité de l'incitation réflexe, laissez-moi vous citer quelques faits observés dans mon service par M. Barrié.

En deux ans, il a réuni 57 observations, et voici sur quelles influences se produisirent les accidents chez quelques-uns des malades : un petit morceau de viande, quelques gâteaux, un potage, une tasse de bouillon, quelques cuillerées de bouillon, un œuf, un biscuit, quelques feuilles de salade. Le lait est généralement bien toléré, mais il y a cependant des exceptions à cette règle. Vous voyez donc que la masse ingérée n'a aucune importance ; c'est le caractère agressif de l'aliment qui fait tout.

L'apparition de ces réflexes n'a rien qui doive vous surprendre, car ils se produisent normalement chez l'homme sain. Il est normal en effet de voir la digestion s'accompagner de certaines modifications dans le fonctionnement de nos divers organes. Les liquides de la digestion versés, dans le torrent circulatoire, augmentent la tension sanguine et celle-ci doit se faire surtout sentir dans les organes où la circulation est exactement réglée, le

cerveau et le poumon, par exemple. Mais l'estomac excité par le contact des aliments devient immédiatement l'origine d'un réflexe qui avertit pour ainsi dire ces organes. Il se mettent en garde contre un afflux sanguin exagéré, grâce à la contraction de leurs vaisseaux. Par contre, les vaisseaux périphériques se dilatent pour recevoir le trop plein de la masse sanguine, et c'est ainsi que s'expliquent ces rougeurs de la face qui accompagnent toute digestion. Supposez l'exagération de ce réflexe normal, admettez que, sous l'influence d'une cause pathologique, il devienne hors de proportion avec les accidents auxquels il doit parer, il en résultera une contraction exagérée des vaisseaux et une ischémie de l'organe.

Si, cette ischémie porte sur le cerveau, la migraine, l'amblyopie, les vertiges en sont la conséquence; si elle porte sur le poumon, la respiration devient haletante. Cette anhélation étant produite par la difficulté que le sang éprouve à traverser le poumon, devait ressembler à celle qui accompagne la présence d'une embolie pulmonaire et, de fait, elle ressemble en tous points. On constate, en effet, que la sonorité du poumon est normale ou exagérée, et que l'entrée de l'air dans la poitrine se fait sans difficulté.

Si le besoin respiratoire n'est pas satisfait dans de pareilles conditions, c'est parce qu'il n'y a qu'une portion de la masse sanguine qui traverse les alvéoles pulmonaires pour se mettre en contact avec l'oxygène de l'air.

Mais ces réflexes normaux peuvent être exagérés par l'état de la muqueuse gastrique, ils peuvent également être diminués, et l'ischémie sera remplacée par la congestion.

Pour que ces actes réflexes puissent se produire, il faut que la muqueuse gastrique remplisse certaines conditions. Il faut d'abord qu'elle ait conservé son intégrité organique. La muqueuse de l'estomac est souvent le siège de lésions graves. Dans ces cas, si vous cherchez les réflexes, vous ne les trouverez pas. Jamais on n'observe la variété d'accidents dont je vous parle avec les destructions de la muqueuse, qu'elles soient ou non cancéreuses; l'ulcère simple lui-même, qui s'accompagne cependant de douleurs si vives, est incapable de les provoquer.

Ce qu'il faut, c'est une muqueuse à peu près saine, mais d'une excitabilité exagérée. Quant aux circonstances qui sont susceptibles de la mettre en jeu, elles doivent être superficielles, légères, mais fréquemment répétées. C'est là, du reste, une règle générale pour la production des réflexes. Vous savez aussi bien que moi qu'un chatouillement de la plante des pieds produit des réflexes que ne produit pas un coup de poing; l'application d'une mouche sur la peau en détermine de plus intenses que la pose d'une cautère.

Il faut tenir grand compte également de l'état du système ner-

veux du sujet. Ce sont surtout les sujets nerveux qui sont aptes à éprouver les accidents provoqués par les réflexes partis de l'estomac. Vous en avez la preuve sur deux malades de nos salles. L'un est un homme d'un caractère emporté, n'ayant jamais eu la larme facile, et qui cependant s'émouit d'une façon démesurée pour de simples fictions, en lisant un roman par exemple. L'autre est une femme dans des conditions analogues. Examinons maintenant le sens suivant lequel se propage la sensation, cause du réflexe. Partie de l'estomac, elle suit les nerfs sensibles de l'estomac. Est-ce le pneumogastrique, est-ce le sympathique, je ne saurais vous le dire. Je sais bien que l'on a essayé de faire une distinction entre les impressions qui passent par ces deux catégories de nerfs, mais tout ce qui a été dit à cet égard est trop incertain pour que je tranche la question. Quoi qu'il en soit du lieu de passage, l'impression arrive aux centres, et des centres elle est réfléchie sur les divers organes dont nous venons de parler, sans qu'il soit possible de préciser où se fait cette réflexion.

En ce qui concerne sa direction sur tel organe plutôt que sur tel autre, il faut y voir une prédisposition individuelle, congénitale ou acquise. Chacun de nous a des points plus sensibles que les autres, des *loci minoris resistentiæ*, et si un de ces points remplit d'autre part les conditions nécessaires à la production d'un réflexe gastrique, c'est surtout lui qui en subira l'influence.—
(A suivre.)—*Bulletin médical.*

Emploi thérapeutique des lavements d'eau chaude dans diverses affections et spécialement dans la dysenterie.—Les applications thérapeutiques de l'eau chaude, restreintes d'abord à la gynécologie, se sont beaucoup étendues. Le Dr. Raymond TRIPIER, à la *Société des sciences médicales de Lyon*, les a expérimentées avec succès dans les coliques saturnines, dans le ténésme vésical ou rectal des tabétiques où elles amènent une cessation complète de la douleur, mais surtout dans la dysenterie.

L'eau doit être injectée à une température de 45o-48o C., en grande quantité, 300 à 500 cc. chez un enfant, 1 litre chez un adulte. Si les dysentériques gardent le lavement, on constate un soulagement immédiat des douleurs, la diminution, puis la disparition du sang dans les selles, enfin la diminution de la fréquence de ces dernières. Souvent ils suffisent seuls pour amener la guérison; néanmoins, dans les cas graves, R. Tripier a donné en même temps la décoction d'ipéca. Entre autres observations, l'auteur signale celle d'un enfant de 21 mois, qui avait des selles toutes les 15 ou 20 minutes et qui, dès le premier lavement, resta deux heures sans aller à la garde-robe, puis trois heures et ainsi de suite, et guérit bientôt définitivement.

Traitement du rhumatisme dans les hopitaux de Philadelphie. (1—*Hopital de Pensylvanie*.— Dans les cas de manifestations articulaires marquées, avec température élevée, Morris Longstreth ordonne l'acide salicylique à la dose de 10 grs. toutes les heures, jusqu'à ingestion de six doses, c'est-à-dire une drachme dans les 24 heures, ayant en vue la réduction de la température, la quantité et la fréquence des doses étant proportionnelles aux effets qu'il désire atteindre. Il réussit dans la grande majorité des cas. La température tombe, et avec elle la fréquence du pouls. Les complications cardiaques, endo et péricardite, ne semblent pas contre-indiquer son usage ou son emploi continu. Il est arrivé cependant que son emploi à doses élevées fut suivi de dépression cardiaque chez quelques malades, sans qu'il y eut complications inflammatoires du côté du cœur; quelquefois il a fallu recourir aux toniques pour faire disparaître ce fâcheux accident; dans ces cas, il ne faut pas continuer l'usage de l'acide salicylique. Généralement il faut continuer à l'administrer pendant un ou deux jours après l'abaissement de la pyrexie, à doses réduites et à intervalles plus éloignés.

Lorsque l'acide salicylique n'a pas produit son effet ordinaire, ou qu'il y a eu grande anémie ou débilité antérieure, la salicine a été très utile, à la dose de 15 grs. quatre fois par jour, continuée pendant la convalescence, à doses moins élevées, seule ou combinée avec le fer ou d'autres toniques.

Longstreth préconise peu le traitement alcalin. Lorsqu'il le met en pratique, il combine parties égales de bicarbonate et de citrate de potasse, à doses divisées, pour former une once dans les 24 heures.

Dans presque tous les cas, il prescrit la quinine et la teinture de fer pour la convalescence, et combat les troubles digestifs, caractérisés par une langue chargée et des intestins paresseux, au moyen de petites doses de calomel, $\frac{1}{2}$ gr. avec gr. iij de bicarbonate de soude à des intervalles fréquents, durant un ou deux jours.

Localement, il a recours aux trois méthodes suivantes. I entoure les articulations chaudes, tendues, de linges saturés de parties égales d'eau de Goulard et de laudanum, recouverts de papier ciré ou de gutta-percha. Quelquefois il se sert d'une solution concentrée de bicarbonate de soude; d'autres fois il omet l'enveloppe imperméable—la fraîcheur due à l'évaporation soulageant plus que la chaleur; d'autres fois encore, il entoure les jointures seulement avec du coton.

Lorsque la température est très élevée, avec délire, il a recours au maillot froid, ou il éponge le malade à l'eau froide. L'antipyrine dans quelques-uns de ces cas lui a apporté de bons succès

(1) Suite et fin.—Vois la livraison précédente.

Il emploie toujours la morphine ou l'opium s'il y a lieu.

Hôpital de Philadelphie — Le Dr. James TYSON se sert et de l'acide salicylique et du salicylate de soude, mais il préfère le premier au dernier. Il le donne sous forme de pilule comprimée, de 5 grains, dont deux toutes les 2 heures jusqu'à amélioration des symptômes, ce qui arrive généralement après douze heures de la médication et presque toujours avant vingt-quatre heures. Il a noté peu de récidives lorsqu'il a continué soigneusement son usage pendant une semaine ou dix jours; les suites et les complications de la maladie ont aussi été moins fréquentes avec l'acide salicylique. Il est comparativement rare qu'il ait recours aux opiacés pour combattre la douleur; au besoin, il injecte de la morphine hypodermiquement. Quand il se sert du salicylate, il le prescrit à la dose de 12 à 15 grains, toutes les deux heures, ou 4 à 8 grs. toutes les heures, jusqu'à soulagement, et ce, sous forme de pilules comprimées.

Lorsque l'acide et le salicylate ne produisent pas leurs bons effets, il a constaté l'influence favorable des vésicatoires volants sur les articulations douloureuses dont la sensibilité disparaît généralement vite.

Les rhumatisants dyscrasiques sont mis au fer, à la quinine, à une diète abondante et nutritive, et portent des vêtements de flanelle sur la peau.

Contre le rhumatisme musculaire l'acide salicylique est rarement efficace tout en n'étant pas entièrement dépourvu de bons effets. Mais le moyen le plus efficace est sans contredit la chaleur sèche au moyen du sac à eau chaude.

Contre le rhumatisme chronique, Tyson a recours de préférence aux applications locales et au massage. Il prescrit quelquefois l'acide salicylique, mais ses effets n'ont été le plus souvent que temporaires. S'il y a dyscrasie il ordonne l'huile de foie de morue et le fer, qui seuls peuvent quelquefois amener la guérison. La contre-irritation au moyen des vésicatoires et les liniments puissants sont d'utiles adjuvants, mais n'égalent pas le massage.

Le Dr. J. C. WILSON a, durant ces trois dernières années, traité le rhumatisme aigu par une médication mixte composée de salicylate, de bicarbonate ou d'acétate de soude. La formule qu'il emploie généralement est la suivante :

R.—Sodii salicyl.....	gr. xv
Sodii bicarb	gr. xxx
Aq. ment. pip.....	ʒss M

À prendre toutes les 3 ou 4 heures.

Cette dose est augmentée ou diminuée suivant l'intensité de la pyrexie, l'acuité de la douleur et la condition du cœur, dans chaque cas en particulier.

Lorsque, sous l'influence de ce traitement, l'urine devient alcaline, il suspend le bicarbonate et continue le salicylate seul, en éloignant graduellement les doses jusqu'à disparition totale de la douleur et de la fièvre. Puis il ajoute le fer sous forme de la mixture de Basham, *mistura ferri et ammoniæ citratis*. (Ph. E U).— Wilson considère cette méthode comme étant égale au traitement par l'acide salicylique, le salicylate de soude seul, ou par la salicine quant à ce qui regarde le soulagement rapide de la douleur et la diminution de la fièvre, et comme supérieure à toutes ces dernières par suite du peu de danger qu'il y a de déterminer les effets toxiques des hautes doses des salicylates, spécialement la dépression cardiaque, l'épistaxis, le bourdonnement d'oreilles, la céphalalgie, l'excitation maniaque, phénomènes qui se montrent très rarement, à l'exception d'un léger bourdonnement d'oreilles, sous ce traitement.

Diète lactée principalement ; avec la convalescence, Wilson permet l'usage de bouillons légers, de pain, de riz, etc. Il ne donne l'alcool que s'il y a besoin. Considérant la fréquence des lésions cardiaques reconnaissables, spécialement chez les jeunes sujets, et l'existence probable de quelque complication du côté des valvules insuffisante à produire des bruits de souffle, il garde les malades au lit, lorsque c'est possible, pendant dix jours ou deux semaines après la disparition des symptômes. Les valvules ne sont pas alors exposées à la fatigue, le danger de récurrence est diminué et la qualité du sang se répare plus rapidement.

Si, malgré l'usage perseverant du fer à hautes doses, l'anémie persiste, il donne l'arsenic à petites doses, augmentées graduellement.—*Medical News*.

Affections inflammatoires aiguës du système nerveux ; à quelle période peut-on tenter l'emploi de l'électricité?—Il était généralement admis jusqu'ici que, dans les affections inflammatoires aiguës du système nerveux, l'emploi de l'électricité est plus nuisible qu'utile, au début, et doit être ajourné jusqu'après la chute de la fièvre. M. FRIEDLANDER n'hésite pas à s'élever contre cette manière de voir qui pouvait être justifiée à une époque où on ne connaissait, du courant électrique, que l'action excitante et hyperémiant. Aujourd'hui qu'on dose le courant galvanique comme n'importe quel agent de la matière médicale, on peut à volonté obtenir, avec l'emploi du courant constant, des effets sédatifs et ischémiques. Appliquer dans le voisinage d'une moelle qui est le siège d'un processus inflammatoire récent un courant dont l'intensité mesure 10 M. A., c'est s'exposer à des mécomptes graves. Que si l'on s'en tient à l'emploi de densités de courant qui ne dépassent pas 1,20 pour la moelle et les nerfs périphériques, 1,30 pour le cerveau, on sera sûr de ne jamais nuire ; et dans bien des cas on aura des chances d'enrayer un processus.

inflammatoire à ses débuts, d'arracher le patient à un mal qui serait devenu incurable dans la suite. On ne doit donc pas craindre de recourir prématurément à l'emploi du courant galvanique dans un cas de névrite aiguë, de myélite, de poliomyélite, de poliencéphalite, etc., à condition de procéder avec toute la prudence exigible et de ne pas dépasser, on fait d'intensité de courant, les limites indiquées plus haut. M. Friedlander n'admet d'exception à cette règle que pour les affections qui s'accompagnent d'un état d'anémie des centres nerveux, comme il arrive dans les cas de thrombose sénile, par exemple.

En matière de preuve, l'auteur cite une observation qui n'est pas des plus convaincantes et qui concerne une jeune fille de 14 ans, chez laquelle l'emploi du courant galvanique, au début d'une poliomyélite aiguë, n'empêcha pas que, douze semaines plus tard, la parésie subsistait au membre supérieur gauche, avec atrophie du deltoïde.—*Gazette médicale de Paris.*

Tuméfaction de la rate et ascite dans l'ictère catarrhal.—L'ictère simple peut donner lieu à une tuméfaction de la rate assez notable pour être appréciée à la percussion, et cette splénomégalie semble être en relation directe avec l'intensité de l'ictère lui-même. Elle doit être vraisemblablement attribuée à la compression intra-hépatique de la veine porte par les capillaires et les canaux biliaires dilatés.

Le professeur MASSIUS, de Liège, dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, consacre une intéressante étude à ce sujet, dans laquelle il rapporte l'histoire d'un cas personnel, et résume les observations publiées par V. Maragliano, de Gênes.

C'est ce dernier auteur qui a rencontré parfois dans l'ictère catarrhal, une véritable ascite, laquelle d'ailleurs a disparu en même temps que l'ictère lui-même. Comme la splénomégalie, l'épanchement péritonéal ressortirait à la compression intra-hépatique de la veine porte.

L'intérêt qui s'attache à la confirmation de ces faits est considérable, car les deux symptômes dont il s'agit indiquent, en général, une lésion grave de la glande hépatique.

Impétigo.—Liebreich.

P.—Acide salicylique.....	15 grains
Oxyde de zinc pulvérisé.....	180 “
Amidon pulvérisé.....	180 “
Lanoline	6 drachmes

M.—Usage local.—*Union médicale.*

CHIRURGIE.

De la réduction des luxations de l'épaule; le procédé de Kocher.—Clinique de M. le professeur LEFORT à l'hôpital Necker.—La question de la réduction des luxations récentes de l'épaule est un sujet bien rebattu, mais aussi d'une application fréquente, car nous venons, dans une même matinée, de réduire deux de ces luxations : l'une, sous-coracoïdienne; l'autre intra-coracoïdienne, variété sous-claviculaire.

Or, puisque l'occasion s'en présente, je veux m'expliquer sur un procédé si fort en faveur parmi nos internes, que M. Perrier, dans sa thèse inaugurale (1884), l'appelle "le procédé de l'interne de garde." Quelques détails préalables sont nécessaires.

La difficulté de la réduction des luxations, en particulier de l'épaule et de la hanche, tient à deux causes : 1^o la contraction musculaire; 2^o la difficulté de dégager la tête de sa position, et de lui faire franchir la déchirure capsulaire qui lui a donné passage. Tous les chirurgiens ne donnent pas à chacune de ces causes la même importance. Malgaigne et la plupart des chirurgiens français regardent la contraction des muscles comme l'obstacle principal. Roser (1857), Weber (1859), Strenbel (1863), Kocher (70), et beaucoup de chirurgiens allemands prétendent, au contraire, que la difficulté réside toujours dans la situation et l'étroitesse de la déchirure capsulaire, et ne tiennent qu'un compte fort minime de la résistance des muscles, ou même, comme Kocher, n'en tiennent, pour ainsi dire, aucun compte.

Toute thèse, bonne ou mauvaise, peut être défendue, mais j'avoue que j'ai peine à comprendre comment un chirurgien, ayant quelque expérience, peut nier l'influence absolument prédominante de la résistance des muscles. Combien de fois n'arrive-t-il pas de chercher à réduire la luxation sans endormir le malade, et, après deux ou trois tentatives infructueuses, de donner le chloroforme et de voir alors, sans qu'aucun aide exerce de traction, par la plus simple pression sur la tête humérale, la luxation se réduire en quelque sorte d'elle-même. Combien de fois m'est-il arrivé d'obtenir cette réduction rien qu'en glissant la main dans l'aisselle, non pour réduire, mais seulement pour examiner la position de la tête. Nier l'influence prédominante de la contraction musculaire, c'est nier l'évidence même.

Toutefois il est incontestable que, dans certains cas, la difficulté de la réduction ne tient pas à la contraction des muscles, mais à l'étroitesse, à l'irrégularité de la déchirure capsulaire. En

effet, il arrive parfois que, même chez un malade profondément anesthésié, on éprouve quelques difficultés à obtenir la réduction, on ne l'obtient qu'en essayant successivement divers procédés, et dans ce cas c'est évidemment l'état de la capsule et des ligaments qui formait l'obstacle. Je ne parle, bien entendu, que de luxations récentes. On réussit, non par force, mais par adresse, en tâtonnant, en cherchant quelle est l'attitude qui met la tête en face de la déchirure dont on a, par une bonne position, relâché les bords.

Il est inutile, nuisible, dangereux parfois et toujours illogique, d'employer la force pour réduire une luxation récente sur un malade endormi, et je n'hésite pas à dire qu'un chirurgien qui emploierait, dans ce cas, les mouffles, l'appareil de Jarvis, des tractions énergiques, prouverait par cela seul qu'il ignore la thérapeutique des luxations.

Dans le choix des procédés pour la réduction des luxations de l'épaule, il faut établir une distinction importante. Les luxations intra-coracoïdiennes ne se réduisent que par certains procédés. Presque tous, on pourrait dire tous les procédés, amènent plus ou moins facilement la réduction des sous-coracoïdiennes sur le malade endormi. L'un de nos malades avait une luxation sous-coracoïdienne, l'autre intra-coracoïdienne. Le premier a refusé de se soumettre au chloroforme ; j'ai fait tirer très peu par deux aides, j'ai appuyé sur la tête placée dans l'aisselle pour la refouler dans la cavité glénoïde et immédiatement, instantanément, la réduction a été opérée. J'ai employé le procédé de propulsion directe ; d'autres auraient pu me donner peut-être aussi bien ; aucun n'aurait pu me donner mieux. Je reviendrai tout à l'heure sur l'autre malade.

Dans aucun de ces deux cas je n'ai employé le procédé de Kocher (de Berne). Est-ce parce que j'arrive à l'âge où l'on est réfractaire aux nouveautés ? Je ne le crois pas. Mais je suis à l'âge où l'on ne s'enthousiasme pas pour des choses qui, sous une apparence nouvelle, ne sont que des choses anciennes et sur lesquelles on a son expérience faite. Ce fameux procédé nouveau, je l'ai pratiqué plusieurs fois, il y a déjà trente-deux ans, lorsque j'étais interne de Malgaigne ; c'était alors, comme aujourd'hui, le procédé de l'interne de garde, non pas seulement parce qu'il était nouveau et réellement nouveau, mais encore parce qu'il devait aussi nous permettre d'obtenir sans aide et sans anesthésie la réduction des luxations récentes. Le procédé de Kocher n'est rien autre que le procédé de Lacour, imaginé par Lacour en 1847, lorsqu'il était interne de Michon, décrit dans un travail inséré dans le premier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, et je suis porté à croire que si nos internes actuels ont accueilli avec tant de faveur le procédé allemand, c'est qu'ils ignoraient le procédé de leur ancien collègue de Paris.

Lacour, en proposant la rotation du bras en dehors comme procédé de réduction, imaginait un procédé absolument nouveau, basé sur un principe nouveau : la rotation. Kocher (de Berne) n'a pas imaginé la rotation qui est l'essence même du procédé. Quant aux différences légères dans la manœuvre, elles ne constituent tout au plus qu'un *procédoncule*.

Que faisait Lacour ? Que faisons-nous à son exemple ? Il portait le bras en avant et dans une demi-abduction, et commençait la rotation en dehors : puis, en maintenant la rotation, il ramenait le coude au corps puis au-devant de la poitrine, et finissait en substituant un mouvement de rotation en dedans au mouvement de rotation en dehors. On réussissait souvent ; on échouait quelquefois.

Que fait Kocher ? Il supprime le premier temps du procédé de Lacour, c'est-à-dire l'abduction, il applique tout de suite le bras au corps, commence les mouvements de rotation en agissant comme Lacour sur l'avant-bras fléchi, et, servant de levier, amène le coude en avant tout en le repoussant en haut, faisant par conséquent une abduction du coude beaucoup plus marquée que dans le procédé-type de Lacour. Enfin, comme Lacour, il termine par une légère rotation en dedans, en portant la main du malade vers l'épaule saine.

Il y a donc une légère différence entre le procédé décrit par Lacour et le *procédoncule* de Kocher, car l'adduction du coude, l'élevation du bras au-devant de la poitrine relâchent mieux la face interne de la capsule. Mais cette manœuvre, nous l'avons exécutée de tout temps, et lorsque le bras écarté, puis rapproché et tourné en dehors, la tête ne semblait pas rentrer vers la cavité glénoïde, nous continuons la rotation en amenant le coude en avant de la poitrine.

J'ai employé depuis trente-deux ans ce procédé ; je l'emploie encore quelquefois, mais seulement lorsque je n'ai pas réussi par la propulsion directe ou par la propulsion aidée de la traction, et il m'a quelquefois donné la réduction. Si je ne commence pas par ce procédé, c'est parce que, depuis de longues années et après bien des tentatives, j'ai reconnu qu'il était inférieur à celui que vous m'avez vu employer.

Quand, arrivé à mon âge, on a réduit par centaines des luxations récentes de l'épaule, on reste vivement surpris quand on entend parler des difficultés de la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes. Ce n'est que dans des cas tout à fait rares, absolument exceptionnels, qu'on éprouve quelques-unes de ces difficultés. Alors, si le procédé qu'on emploie d'ordinaire ne réussit pas, un autre réussit. Si on a échoué sans chloroforme, ce qui n'est pas très rare, on réussit avec l'anesthésie, et il ne m'est jamais arrivé de ne pouvoir réduire une luxation récente de l'épaule.

Quand on a réussi sur des centaines de cas avec un procédé : la propulsion directe aidée d'une légère traction, on n'en a pas besoin d'autre. Cependant, par curiosité, par désir de m'instruire, j'ai essayé le procédé de Kocher (de Berne), et je l'ai trouvé inférieur aux autres.

Si le procédé de Lacour et le *procédoncule* de Kocher sont applicables à la réduction des luxations sous-coracoïdiennes, ils sont détestables dans la réduction des intra-coracoïdiennes. J'ajoute immédiatement que Lacour ne le proposait pas dans cette variété et que Kocher reconnaît lui-même que son procédé leur est peu applicable. Les choses sont, en effet, bien différentes dans ce cas. Il faut dégager la tête humérale non plus du rebord antérieur de la cavité glénoïde, mais de dessous l'apophyse coracoïde. Dans cette variété, il n'y a qu'un seul procédé sûr : la traction directe dans l'axe du bras légèrement écarté du corps jusqu'à ce que la tête soit dégagée. Ce résultat obtenu, on n'a plus affaire qu'à une luxation sous-coracoïdienne, et la propulsion directe, la bascule, l'élévation, etc., etc., amènent la réduction.

Cependant quelques chirurgiens, enthousiastes du procédé de Kocher, qu'ils croyaient nouveau, l'ont vanté avec ou sans modification pour la réduction des intra-coracoïdiennes. J'ai assisté, un jour, à un de ces essais : un de mes internes s'était pris d'une belle passion pour ce procédé ; je lui promis de lui donner à réduire la première luxation de l'épaule qui arriverait dans le service. Cela ne tarda pas. Mon collègue et ami, M. Blum, assistait à l'affaire ; la violence avec laquelle l'opérateur agissait sur l'avant bras fléchi, et cela à plusieurs reprises, car le succès n'arrivait pas, l'impressionna assez pour qu'il me conseillât d'arrêter la tentative. " Il va, me disait-il, lui luxer le coude ou fracturer l'humérus." J'avoue que je n'étais pas sans partager ses craintes, et j'étais pris entre ces deux sentiments : mon devoir à l'égard du malade, la crainte de paraître partial en empêchant l'opérateur de réussir. J'allais cependant intervenir, lorsque la luxation, après un violent craquement, finit par se réduire.

Comment, dans cette variété de luxation, agit la rotation ? La tête est en dedans de l'apophyse coracoïde ; la rotation tend le ligament coraco-huméral et la partie voisine de la capsule, et, loin de dégager la tête, elle l'appuie sur l'apophyse coracoïde, puis, en continuant la rotation et en employant une force si grande qu'on peut l'appeler de la violence, la tête, en raison même de la pression que sa surface convexe exerce encore sur l'apophyse, glisse sous cette apophyse et finit par se dégager.

Or, je le répète, il faut, pour que ce mouvement d'abaissement par rotation forcée s'exécute, déployer une force telle qu'on aurait à craindre la fracture de l'humérus ou une luxation du coude. Et quand on songe qu'une simple traction par un seul aide ou même par le chirurgien lui-même suffit, quand le malade

a été endormi, pour obtenir ce dégagement de la tête, on ne peut comprendre comment on accepte de pareilles manœuvres de force. On supprime ainsi, objecte-t-on, l'anesthésie. L'objection est sans valeur dans l'immense majorité des cas ; mais si on n'osait ou si on ne pouvait l'employer, il resterait toujours la ressource de supprimer, par la fatigue, la résistance des muscles en employant les tractions continues du procédé de M. Anger.

Vous avez vu ce qui s'est passé chez notre second malade, atteint de luxation intra-coracoïdienne. Nous n'avons attaché ni lien extenseur, ni lien contre-extenseur ; un de mes internes a légèrement tiré sur le bras en le saisissant par le coude. J'ai glissé la main dans l'aisselle, j'ai appuyé sur la tête, et immédiatement, sans un quart de minute d'arrêt, elle est rentrée dans la cavité glénoïde.

En résumé, il faut avant tout établir rigoureusement son diagnostic : si la luxation est sous-coracoïdienne, le meilleur procédé est la propulsion directe, mais tous les autres peuvent réussir ; si la luxation est intra-coracoïdienne, il n'y a qu'un procédé sûr : la traction dans l'axe d'abord, et, dans le second temps, tous les procédés applicables à la sous-coracoïdienne, et toujours de préférence la propulsion directe.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée de l'anus.—Avec Maisonneuve, Fontan et surtout le professeur Verneuil, M. TRÉLAT (*Progrès médical*) préconise la dilatation forcée de l'anus comme moyen de traitement des hémorroïdes. Au lieu de pratiquer la dilatation digitale sans chloroforme, comme faisait Nélaton, le professeur de la Charité anesthésie toujours les malades et se sert d'un spéculum dilatateur spécial qu'il a imaginé. L'instrument, construit par Collin, représente une pince dilatatrice dont les mors seraient continués par deux valves dirigées perpendiculairement à l'axe des branches de la pince. Les deux valves se terminent par un segment de sphère et représentent ainsi, quand elles sont en contact, un tube fermé à une extrémité. A l'état d'écartement total, l'instrument développe une circonférence de 19 cm. 5.

Pour opérer, l'anesthésie doit être poussée assez loin, sinon la douleur peut déterminer des troubles réflexes assez graves pour compromettre la vie du malade.

Une fois introduit, l'instrument doit être écarté lentement, progressivement ; la dilatation peut ainsi demander deux ou trois minutes. Une fois une première dilatation obtenue, M. Trélat en pratique immédiatement une seconde, parfois une troisième dans un autre sens, "pour réaliser l'assouplissement complet de l'anneau sphinctérien."

Les suites de l'intervention sont fort simples : dans la règle, l'hémorragie est insignifiante si l'opération a été conduite avec

assez de lenteur ; la douleur est fort modérée au réveil du patient et les pansements consécutifs se bornent à l'application de compresses boriquées. Pendant les premiers jours, il y a naturellement incontinence fécale, mais peu à peu le sphincter se reconstitue et bientôt il reprend son fonctionnement normal.

Ce traitement, d'après le professeur Trélat, est préférable à la cautérisation au fer rouge, à l'écrasement linéaire, à l'emploi de la ligature élastique, de l'acide nitrique, car la dilatation cause une douleur consécutive beaucoup moindre et exerce, en outre, une action sur la contracture du sphincter.—Dr. J. TOISON, in *Journal des sciences médicales de Lille*.

Blennorrhagie ; traitement par l'Iodoforme—M. Paul THIERY rapporte, dans le *Progrès médical*, les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'Iodoforme dans la blennorrhagie. Ces résultats sont d'autant meilleurs que l'injection a été employée à une période plus rapprochée du début de la maladie, ce qui s'explique, puisqu'à ce moment les gonococci sont encore peu nombreux dans le pus blennorrhagique. Par ce moyen, expérimenté dans le service de M. Humbert, la durée de la maladie a été notablement abrégée, car sur six cas, cette durée a été en moyenne de treize jours, alors que, employées comparativement, les autres méthodes exigeraient au moins un mois de traitement.

La préparation employée est l'Iodoforme, porphyrisé aussi complètement que possible et mis en suspension dans l'huile d'amandes douces par simple agitation du liquide.

Le procédé opératoire de l'injection a été plusieurs fois modifié : primitivement, chaque injection était précédée d'un lavage du canal à l'eau tiède, à l'aide d'un instillateur porté dans la région bulbeuse ; en poussant doucement le piston de la seringue, on lave le canal sans refouler le pus dans la vessie, la tonicité du sphincter suffisant pour empêcher la béance du col ; on peut d'ailleurs employer la sonde à jet rétrograde ; le lavage ou plutôt le passage de l'instillateur est douloureux, et d'ailleurs, le lavage idéal doit être rétrograde, c'est-à-dire aller de la vessie au méat. La meilleure injection détersive, c'est la miction que le malade avait soin d'exécuter quelques minutes avant qu'on fit l'injection.

Pour l'injection huilée elle-même, on avait porté le liquide antiseptique directement au fond de l'urèthre antérieur, comme on le fait pour les instillations antérieures ; mais, réfléchissant que le passage de l'instillateur ne pouvait qu'irriter la muqueuse et retarder la guérison, on fit dans la suite ces injections en introduisant l'olive en arrière du méat. On injectait ainsi 5 grammes de liquide environ, le malade maintenant ensuite, comme le recommande Diday, son doigt appliqué au méat (afin qu'aucune partie du canal n'échappe à l'action antiseptique du liquide) et

gardant l'injection 20 minutes environ. Le régime sobre est de rigueur pendant la durée des injections.—*Scalpel.*

Des cystites douloureuses.—Si l'on consulte les divers traités de pathologie externe, on ne tarde pas à se convaincre que la plus grande incertitude existe parmi les auteurs au sujet de la classification des cystites : ainsi les dénominations de purulente, d'hémorrhagique, etc., s'appliquent à des cystites d'origine et de nature essentiellement différentes ; aussi croyons-nous que la base la plus solide et qui prête le moins à la confusion est l'anatomie pathologique ; car la blennorrhagie par exemple, la tuberculose et les calculs donnent lieu à des inflammations vésicales à forme et à marche nettement caractérisées et qui commandent chacune une thérapeutique spéciale.

Le terme de cystite douloureuse mérite cependant d'être conservé, par exception tout au moins. Dans certains cas, la douleur acquiert une intensité telle qu'elle constitue le symptôme dominant devant lequel s'effacent les autres. Il n'y a pas là qu'une question stérile de terminologie ; cette intensité crée des indications thérapeutiques spéciales, et nous verrons qu'elle conduit à des interventions chirurgicales qui ne seraient pas applicables en face d'autres aspects de la même affection. M. Guyon l'a nettement établi dans ses leçons cliniques : " avec l'exagération du symptôme douleur, dit-il, ce qui constitue cette variété c'est sa longue durée, sa continuité sans la moindre accalmie sérieuse et sa résistance à tous les moyens classiques de traitement." M. HARTMANN, dans une thèse récente, a réuni un grand nombre de ces faits et a produit un travail des plus substantiels et du plus vif intérêt, auquel nous aurons souvent à renvoyer nos lecteurs.

Existe-t-il des causes générales sous l'influence desquelles une cystite devient très douloureuse ? Nous devons avouer notre ignorance à cet égard : la constitution du sujet n'intervient que de la façon la plus vague ; les lésions anatomiques même renseignent mal à cet égard ; une simple excoriation, quelques granulations du col donnent lieu à des douleurs qui manquent dans des cas où la muqueuse est exfoliée. Une explication rationnelle du phénomène est proposée par M. Hartmann qui voit la cause de ces douleurs, non pas dans la lésion muqueuse, mais dans l'inflammation du muscle sous-jacent : une cystite douloureuse serait en un mot une cystite interstitielle. Sans poser de règle générale, l'ancienneté de la maladie, les traitements mal dirigés, le cathétérisme intempêtif, la fréquence des congestions doivent pourtant être signalés. Un point surtout nous arrêtera : nous voulons parler du siège de la douleur. La plupart des auteurs la localisent au col qu'ils croient en état de contracture, il semble, au contraire, que les crises spasmodiques douloureuses soient dues à des contractions de tout l'appareil musculaire de la vessie, et ce qui le

prouve, c'est la rareté de la rétention, l'intolérance au contraire d'une quantité notable d'urine, et l'extrême douleur provoquée par la distension, même faite dans un but thérapeutique, alors que le chirurgien croit devoir pratiquer des lavages vésicaux.

Les symptômes propres aux cystites douloureuses sont tous tirés de la violence des souffrances du malade ; nous ne referons pas un tableau que tout le monde connaît. Il y a lieu cependant d'insister sur les moyens de rechercher la douleur ; le palper hypogastrique et le toucher rectal réveillent parfois de la douleur, assez facilement quand la vessie contient du liquide ; quand elle est vide, le fait est rare et indique alors un cas d'une gravité exceptionnelle.—Chez la femme, cette exploration directe est facile par le vagin et donne des renseignements précis sur les régions les plus malades, régions qui, dans les deux sexes, sont toujours le col ou le trigone. Le cathétérisme est un moyen qu'on ne devra employer qu'avec circonspection, du moins avec un instrument métallique, parce qu'il est souvent le point de départ de crises douloureuses des plus violentes ; un explorateur à boule olivaire au contraire, fait connaître sans exposer à aucun danger, la sensibilité du col, la profondeur de la vessie ; le cathéter métallique doit être réservé à la recherche d'un corps étranger ; rarement il pourra révéler la présence d'une ulcération dans une région déterminée. — Les moyens précédents d'investigation s'adressent à la muqueuse ; les injections vésicales indiquent l'état de contractilité du muscle vésical qui réagira d'autant plus énergiquement que l'inflammation sera plus vive et plus profonde. Aussi ne faut-il pas chercher à connaître la capacité vraie, anatomique, d'une vessie douloureuse ; celle-ci est intolérante de toute distension et une quantité minime de liquide suffit pour provoquer des contractions violentes qui l'expulsent.

Tels sont les caractères qu'imprime à une cystite quelconque l'exagération du symptôme douleur. Les moyens thérapeutiques ordinairement employés contre les cystites sont le plus souvent inefficaces. Mais contre la douleur envisagée isolément, les ressources thérapeutiques sont aujourd'hui nombreuses : nous les diviserons avec M. Hartmann en moyens médicaux et chirurgicaux. Les premiers, nous devons l'avouer, restent le plus souvent impuissants ; ils comprennent les narcotiques dont nous ne produirons pas ici la liste ; l'opium et la morphine, administrés par les voies gatrique, rectale ou hypodermique, tiennent le premier rang.

L'action chirurgicale peut être exercée au moyen d'injections vésicales ; hâtons-nous d'ajouter qu'il faut accueillir ce procédé avec la plus grande défiance. Utile quelquefois contre les douleurs peu intenses, les lavages vésicaux non-seulement échouent contre les cystites douloureuses, mais aggravent la maladie ; en effet, alors que la vessie contracturée tolère à peine quelques grammes

d'urine, on ne saurait prétendre lui faire contonir la quantité de liquide nécessaire pour lavage sans produire une distension, et cette distension crée des dangers multiples. Sans parler de la rupture qui s'est produite entre les mains des chirurgiens les plus habiles, elle aura toujours pour conséquence de déterminer une congestion des parois et par suite un redoublement d'intensité des symptômes douloureux et inflammatoires. Il n'en est pas de même des instillations dont nos lecteurs connaissent le manuel opératoire ; quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 au minimum, produisent sur le col une action modificatrice assez puissante pour amener la guérison dans des cas légers ou moyens.

Mais lorsque la cystite a acquis une intensité considérable, lorsque non seulement le corps et le col sont envahis simultanément, mais que le muscle lui-même est enflammé, un seul moyen existe ; celui-là, de date récente, consiste à recourir à une opération qui assure le repos complet de la vessie en supprimant son fonctionnement. Ces moyens diffèrent chez la femme et chez l'homme.

Chez la femme, la dilatation forcée du col et la cystotomie ont été également employés. A considérer non pas les théories, mais les observations et les faits, ces deux opérations agissent d'une façon identique ; elles permettent à l'urine de s'écouler d'une manière continue, supprimant par cela même toute contraction, toute congestion de l'organe. Qu'on ne prétende donc pas diriger la dilatation contre de prétendues hémorroïdes ou fissures du col qui sont encore à démontrer anatomiquement ; la distension forcée de l'urèthre et du col ne doit avoir d'autre but que de faire céder le sphincter vésical pour anéantir ses contractions. Quoique les accidents signalés à la suite de cette opération soient rares, néanmoins, on a vu de l'infiltration, des hémorragies, des ruptures du canal, des poussées de cystite et surtout une incontinence d'urine très difficile à guérir, et qui, dans quelques cas, est restée définitive. Aussi, malgré les guérisons et les améliorations qui sont à l'actif de la dilatation dans les 46 observations recueillies par M. Hartmann, croyons-nous qu'à moins d'indications spéciales, on s'exposera à moins de dangers tout en atteignant plus sûrement le but, en pratiquant la taille vésico-vaginale ou kolpocystotomie.

Ici le manuel opératoire est des plus simples, et les accidents sont rares ; cependant, l'hémorragie est parfois assez abondante pour exiger, comme dans un cas qui nous est personnel, la ligature de quelques artéριοles d'une paroi vésicale à qui l'ancienneté de la maladie avait permis d'atteindre un centimètre d'épaisseur. Cette plaie, même quand elle présente de 3 à 4 centimètres de longueur, a une tendance à se cicatriser spontanément ; un drain en anse passé à la fois par l'urèthre et la plaie s'oppose bien à sa fermeture, mais entretient une irritation vésicale ; aussi Boze-

man a-t-il proposé d'exciser un segment ovalaire de la vessie ; Emmet nous semble agir plus sagement en suturant de chaque côté la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale pour border chacune des lèvres de la plaie.

Chez l'homme, nous retrouvons les deux mêmes procédés en présence : la dilatation du col et la taille. La dilatation a été faite il y a longtemps, soit au moyen de bougies de Beniqué volumineuses, soit par un dilateur spécial employé par M. Tillaux ; mais les résultats obtenus ainsi n'ont pas été très favorables. Thompson, en développant et vulgarisant l'opération de la boutonnière périnéale, a permis d'agir sur le col d'une manière efficace : il pratique à l'urèthre, en avant de la portion membraneuse, une incision qui permet de porter le doigt ou un instrument dilateur dans la région prostatique et au travers du col sur lequel on exercera ainsi une action modificatrice. Certaines différences existent entre la manière de faire de M. Thompson et celle de M. Guyon ; le premier se sert de l'index pour pénétrer dans la vessie ; le chirurgien de Necker introduit successivement plusieurs mandrins gradués, guidés par une tige conductrice, et qui atteignent un diamètre de 2 centimètres. Ce qui importe surtout dans cette opération, ce n'est pas de combattre par la dilatation une contracture qui n'existe pas, mais de supprimer le fonctionnement de la vessie ; le pansement consécutif a pour cela une grande importance ; une sonde de très gros calibre est conduite par la plaie dans la vessie dont elle assure l'évacuation continue.

Les divers procédés de taille ont presque tous été employés contre les cystites intenses, et M. Hartmann en a réuni 71 observations. Le manuel opératoire des tailles pratiquées contre les douleurs vésicales ne présente guère de particularités et nous n'avons pas à y insister ; seulement les chirurgiens s'efforcent d'empêcher la cicatrisation trop rapide de la plaie.

Il est difficile de tirer de conclusion définitive dès aujourd'hui, le nombre de faits publiés étant encore trop restreint. Toutefois, il faut prendre garde de se laisser séduire par les résultats d'une opération chirurgicale, si efficace qu'elle paraisse ; on doit épuiser tout d'abord l'ensemble des moyens médicaux et chirurgicaux, et en première ligne employer avec persévérance les instillations de nitrate d'argent qui réussissent le plus souvent contre les cas légers et moyens. Mais quand on a acquis la certitude que la cystite résiste à cette thérapeutique, il faut peser les avantages et les inconvénients, voire même les dangers, si restreints qu'ils soient, d'une opération. Choisira-t-on la dilatation ou la taille chez la femme ? Nous ne cacherons pas notre préférence pour ce dernier moyen. Certes, la dilatation donne de bons résultats, mais de la lecture des observations ils ressort ce fait que les cas moyens seulement ont été améliorés par la dilatation, et les accidents aux-

quels elle expose sont assez fréquents pour être pris en sérieuse considération dans le choix du mode opératoire. Chez l'homme il semble *a priori*, en parcourant les tableaux de M. Hartmann, que la dilatation est beaucoup moins dangereuse, et les cas de mort sont nombreux au chapitre des tailles, mais les observations prouvent que la dilatation a généralement été employée contre des maladies moins invétérées et moins graves, et que la taille a été réservée aux cystites intenses; dans presque tous les cas de mort une suppuration rénale est notée.

Il ne faut donc pas incriminer d'avance ce procédé, qui nous paraît préférable dans la plupart des cas parce qu'il permet de mieux conduire l'opération et de se rendre un compte exact des lésions. A ce point de vue, la taille hypogastrique a une supériorité incontestable; c'est ainsi que M. Guyon a pu voir et détruire des tubercules situés sur le trigone vésical; il en est de même des tumeurs vésicales, et aussi des lésions inflammatoires de la vessie qu'on pourra modifier avantageusement sur certains points par l'application de caustiques divers. Mais, d'une façon ou d'une autre, quel que soit le procédé qu'il emploiera, le chirurgien se rappellera que c'est un repos absolu qu'il s'agit de donner à l'organe et que son opération doit tendre à assurer pendant un temps variable, suivant l'expression du professeur Guyon, la *suppression physiologique de la vessie*.—Dr E. DESNOS, in *Concours médical*.

Se coucher tard.—L'ancien proverbe anglais: "Se coucher de bonne heure et se lever tôt" (*early to bed, early to rise*), et son équivalent français: "Se lever à six, manger à dix, manger à six, se coucher à dix, font vivre l'homme dix fois dix," vient de recevoir un coup mortel d'un docteur allemand qui, sans consentir à accepter comme un fait cet axiome de la sagesse des nations, a recueilli des données nombreuses, relatives aux habitudes des personnes qui sont parvenues à un âge très avancé, et a trouvé que, dans la majorité des cas, les personnes qui vivaient le plus longtemps étaient celles qui avaient l'habitude de se coucher le plus tard.

Notre docteur constata que, sur chaque groupe de dix personnes qui avaient atteint l'âge de quatre-vingts ans et au-delà, huit au moins avaient l'habitude de ne point se coucher avant une heure ou deux du matin. Le docteur est d'avis que se lever de bonne heure tend plutôt à diminuer qu'à augmenter l'énergie vitale et à abrégier la vie. Il soutient que c'est tout à fait une erreur de penser que les heures matinales sont les plus fortifiantes. Il les considère, au contraire, comme les plus propres à produire la fatigue, et l'air du matin est plus dangereux, pour certaines constitutions, que l'air du soir.—*Hygiène pratique*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Déchirures du périnée chez les primipares.—Clinique de M. BUDIN, à l'hôpital de la Charité.—Les déchirures du périnée, si redoutées, si difficiles à prévenir et à éviter pendant l'accouchement chez les primipares, se lient intimement aux lésions de l'hymen et de son orifice, sans parler de l'étroitesse de la vulve et de la résistance de la sangle périnéale que signalent tous les traités. La destruction complète, en effet, de la membrane hymen n'est pas réalisée par le premier coït ni même par les suivants, elle ne le sera qu'après l'accouchement. Alors seulement la vulve se continue à plein canal avec le vagin: il ne reste que des lambeaux plus ou moins ecchymosés de l'hymen, qui tomberont un peu plus tard ou se rétracteront pour former les caroncules myrtiformes. Mais chez une primipare en travail, lorsque la tête est à la vulve qu'elle entre bâille par intervalles, si l'on explore avec le doigt la région rétro-vulvaire, on sentira, à quelques centimètres de la fourchette, un repli tranchant, fortement tendu, circonscrivant et bridant la tête et s'opposant à sa sortie. Il n'est pas toujours facile d'établir les signes physiques de la virginité, mais il est constamment possible de dire si la femme qui accouche est primipare ou multipare. La tête fœtale force toutes les barrières encore opposées par l'hymen, en raison de son volume d'abord, et surtout peut-être parce qu'elle prend l'hymen à revers, dans la meilleure direction pour l'éclater sur toute sa couronne.

La résistance de l'hymen peut être telle que la tête fœtale, pressant sur ses bords et ne pouvant les franchir, entraîne tout le vagin en avant, en le décollant de ses attaches, et l'on observe alors les lésions du thrombus. Ou bien la tête défonce la paroi inférieure du vagin et vient saillir en arrière de la vulve par une déchirure centrale du périnée.

Une chose remarquable, c'est que les déchirures du périnée ou de la muqueuse vulvaire sont presque toujours en continuité directe avec les déchirures de l'orifice hyménal dont elles ne sont que l'extension. Selon la pittoresque comparaison du professeur Pajot, la déchirure de l'hymen, c'est le coup de ciseaux du *calicot* qui veut déchirer une étoffe; le moindre effort suffit pour continuer la division.

Comment éviter l'extension des déchirures de l'hymen? Le périnée est parfois rigide, comme ligneux, blanchâtre et épais, incapable de se dilater; d'autres fois, il est friable, œdématisé, presque translucide, et éclate tout d'un coup à la moindre tension

L'accoucheur ne peut rien contre cette déchéance des tissus. Mais il peut augmenter presque à volonté la durée de l'expulsion, et l'on sait qu'un anneau élastique éclate s'il est brusquement écarté, tandis qu'une dilatation lente et graduelle lui permet d'atteindre de vastes proportions. On ne laissera donc pas la tête fœtale sortir d'un coup, mais on la maintiendra dans le canal vulvaire, et on ne la laissera se dégager que dans l'intervalle de deux contractions, après avoir recommandé à la femme de ne pas pousser à ce moment. En même temps, il faut atténuer la distension du périnée et diriger la tête fœtale, en pressant avec les doigts de bas en haut et d'arrière en avant, pour aider au mouvement de déflexion de la tête et d'ascension de la face.

Pour cela on a tour à tour recommandé de soutenir le périnée avec la paume droite, ou avec une serviette fortement tendue transversalement, de ramasser avec les doigts tous les tégu-ments autour de la vulve pour étoffer le périnée, d'introduire l'index dans le rectum pour accrocher la tête fœtale et la diriger.

La manœuvre qui consiste à soutenir la périnée a surtout pour effet, non pas de doubler le périnée, comme on le croit, mais de retarder la sortie, et de faciliter l'ascension et la déflexion de la tête. Celle-ci hors de la vulve, tout n'est pas dit et l'on doit encore assurer le périnée contre le passage des épaules et du siège.

La position en décubitus latéral gauche, adoptée en Angleterre pour accoucher, a certainement l'avantage de présenter à l'accoucheur le périnée largement étalé pendant toute la période d'expulsion; voyant le danger, on sait mieux l'éviter; aussi, dans les cas de périnée douteux, ne doit-on pas hésiter à accoucher à l'anglaise. D'ailleurs si, dans le décubitus dorsal, on rehausse fortement le siège à l'aide de draps d'alèze pliés, l'accouchée se trouve presque en aussi bonne position que sur le côté.

Que dire des incisions prophylactiques? Elle sont presque toujours mauvaises, au moins inutiles, et il faut les éviter autant qu'on peut. Les incisions latérales de la vulve n'empêchent pas la déchirure médiane de l'hymen qui est la règle, et qui devient l'amorce de la déchirure du périnée; seulement, au lieu d'une plaie on en a deux ou trois, difficiles à affronter, et par suite laissant une cicatrice difforme et douloureuse. L'incision, quand elle est nécessaire, ce qui est rare, doit être médiane, ou plutôt partir de la commissure inférieure, pour dévier ensuite sur les parties latérales du périnée et protéger l'anus.

Si, malgré toutes les précautions, le périnée est déchiré, il faut recourir à l'antisepsie et à l'immobilisation, les cuisses rapprochées l'une de l'autre. Dans les cas de vastes déchirures, on aura recours aux serres-fines ou même à la suture immédiate.—*Praticien.*

Le charlatanisme, dit le Dr Holmes, se soutient perpétuellement sur deux béquilles qui sont: les commérages des femmes et les certificats des *clergymen*.

Traitement de la métrorrhagie post partum.—M. le docteur Guido TURAZZA publie dans la *Gazetta degli ospedali* la note suivante que traduit en ces termes la *Gazette de gynécologie* :

La courte observation qui fait l'objet du travail du docteur G. Turazza est surtout intéressante par les considérations et l'étude générale dont elle sert de base, c'est à ce titre que nous avons cru utile d'en donner une traduction fidèle et étendue.

Je fus appelé le 13 janvier 1886, dit le docteur Turazza, auprès d'une multipare. enceinte de sept mois et prise d'une forte métrorrhagie. La poche des eaux était rompue depuis une heure et le fœtus se présentait par le tronc avec procidence d'un pied et d'une main ; je fis immédiatement l'extraction par les pieds, qui ne présenta pas de difficultés, et l'extraction du placenta fut suivie d'une métrorrhagie alarmante. Sans perdre de temps, l'injection environ un litre d'eau chaude phéniquée au 100^e, tellement chaude que la main ne pouvait pas l'endurer longtemps.

L'accouchée accusa une sensation de brûlure et j'eus la satisfaction d'arrêter en deux ou trois minutes l'hémorrhagie qui aurait certainement entraîné la mort de la femme ; l'utérus inerte put se contracter. J'administrai 3 grammes de seigle ergoté (0 gr. 30 centigr., toutes les demi-heures) et l'hémorrhagie fut complètement arrêtée. Les suites de couches furent un peu accidentées, à cause d'une bronchite qui avait déterminé l'accouchement prématuré ; mais aujourd'hui la femme est entièrement rétablie et elle ne se ressent plus de rien. Le bébé vécut quelques heures seulement.

Ce fait prouve l'efficacité de l'eau chaude, et son emploi en obstétrique est aujourd'hui une réelle conquête. L'eau chaude a non seulement l'avantage de coaguler le sang et d'exciter les contractions utérines, mais elle a aussi l'avantage de rendre la chaleur aux femmes anémiées, alors que les anciennes méthodes avaient pour but de soustraire, par les injections froides, le calorique qui est si nécessaire à celle qui est en proie aux fâcheuses conséquences d'une grande perte de sang.

En outre, l'injection d'eau chaude est la plus simple, celle qui contrarie le moins l'accouchée et que l'on peut préparer le plus facilement. Si on a la précaution de faire bouillir l'eau avant de s'en servir, on a l'avantage de faire des injections antiseptiques. Toutefois, je ne me borne pas à faire usage d'eau pure, et je ne le conseille même pas ; il convient de faire dissoudre dans l'eau une substance antiseptique. Et je me sers de préférence du sublimé corrosif. Je n'encourage pas l'usage de l'acide phénique, ce médicament étant très facilement absorbé, et deux fois que j'eus l'occasion de m'en servir (solution au 100^e), j'eus à constater aussitôt des symptômes d'absorption. Dans le cas que j'ai cité, je me suis servi dans les injections successives d'une solution de bichlorure à 1:2000. Samuel Letz rapporte des cas d'empoisonnement par l'acide phénique administré en lavements. Les vaisseaux béants de

l'utérus absorberaient rapidement l'acide phénique; il est donc tout naturel de ne pas employer un médicament aussi dangereux. Quant au sublimé, il paraît plus inoffensif, et malgré son usage répandu, il a déterminé rarement les symptômes de l'empoisonnement.

En admettant que les solutions de sublimé et d'acide phénique soient également absorbées par les vaisseaux béants de l'utérus, le sublimé étant plus dangereux, on peut employer des solutions à 0 gr. 20, 0 gr. 40, 0 gr. 50 centig. pour 1000, et, si le liquide ne séjourne pas, l'absorption du sublimé est si minime qu'elle ne saurait déterminer d'accidents, et en si faible proportion qu'il soit administré, il est encore plus antiseptique qu'une solution phéniquée à 5/100.

Dernièrement, le sublimé a été remplacé en obstétrique par le biiodure de mercure, spécialement par Pinard. Je n'ai pas d'expérience personnelle sur ce produit et j'ignore quels sont ses dangers. Les cas d'empoisonnement par le sublimé existent tout de même et j'en ai eu un cas très léger le 24 mai 1886, que j'ai guéri par la substitution d'une solution boriquée à 3/1000, avec un peu d'opium et des gargarismes au chlorate de potasse. Dans ce cas comme dans d'autres, l'acide borique à 3 et 4 p. 100 m'a donné de bons résultats et je le considère comme un antiseptique puissant et inoffensif, agissant là où l'acide phénique et le sublimé déterminent des accidents et là où l'on a des raisons suffisantes pour ne pas les employer.

Les travaux de Koch ayant prouvé comment une faible proportion de sublimé peut détruire les germes, je crois qu'il suffit d'employer une solution à 1/2000 et parfois même se servir de solution à 0 gr. 30 pour 1000. On emploie des irrigations avec des solutions à 0 gr. 20 pour 1000 dans la clinique de Schroeder, et Schroeder prétend que la solution à 1/500 est suffisante.

Je crois donc que l'on peut être tranquille, et que l'on peut arrêter des métrorrhagies *post partum* avec des solutions chaudes (40 à 50 degrés) de sublimé à 0 gr. 10, 0 gr. 50 pour 1000.

Robinson raconte qu'après une application de forceps, dans un cas d'inertie utérine, il survint une métrorrhagie tellement abondante que la patiente resta exsangue, pâle, sans connaissance, avec un pouls imperceptible.

Il introduisit la main dans l'utérus, et fit une injection d'ergotine, manœuvres externes, mais l'utérus resta inerte, sans aucune tendance à se contracter. Les injections d'eau froide donnèrent un résultat insignifiant; il injecta alors une certaine quantité de whiskey pur, et peu après l'hémorrhagie fut complètement arrêtée. L'utérus resta pourtant inerte et ce ne fut qu'au bout d'une demi-heure qu'il commença à se contracter. Nouvelle injection hypodermique d'ergotine; la malade but 30 grammes de brandy, et Robinson laissa en se retirant la malade en bonne voie. L'hémorrhagie ne reparut plus et tout marcha bien.

L'action bienfaisante du whiskey doit être attribuée sans doute à la grande quantité d'alcool qu'il renferme, lequel a pu arrêter l'hémorrhagie par sa propriété de coaguler le sang. Je ne nie pas que ce soit un moyen, mais je me permets de faire observer qu'il n'est pas pratique. On n'a pas toujours du whiskey sous la main; il coûte cher et le temps que l'on perdrait à se le procurer pourrait être funeste pour la patiente.

En résumant ce que je viens d'exposer, je proposerais que chaque médecin et chaque sage-femme, appelés pour faire un accouchement, fussent pourvus d'un irrigateur ou d'une seringue en bon état, avec des paquets de 0 gr. 50 centigrammes de sublimé, chaque paquet délayé dans un litre d'eau chaude en cas d'hémorrhagie *post partum*. On pourrait donner des injections même pendant l'accouchement, pour exciter les contractions utérines, comme le fait Letz; pourtant, je ne les conseille que lorsque l'on a la certitude que le fœtus a cessé de vivre, autrement les injections antiseptiques pourraient empoisonner le fœtus, si l'absorption a lieu.

Il faut faire grande attention, en donnant des injections, de ne pas laisser pénétrer d'air dans la cavité utérine. Dans les métrorrhagies *post partum*, l'injection d'eau chaude est le moyen le plus économique, le plus prompt, le plus sûr, et celui, en un mot, qui est le plus inoffensif pour l'accouchée. Autant que je puis me le rappeler, ce moyen ne m'a jamais fait défaut: il peut se faire cependant que l'utérus tarde un peu à se contracter, et alors, je conseille d'employer comme adjuvant les compresses chaudes sur le ventre, en ayant soin de les renouveler toutes les deux minutes, et en les trempant dans l'eau qui sert aux injections. Il est bon de renouveler ces compresses pendant quelques heures encore, alors même que l'hémorrhagie est arrêtée, et cela pour en prévenir le retour.

Il est inutile d'avoir recours aux manœuvres externes, à l'administration du seigle ergoté, de l'ergotine, soit en injections hypodermiques, soit par la bouche. Si prompt et si énergique que soit l'intervention, la malade se ressentira toujours plus ou moins de l'abondante perte de sang. Il est bon aussi d'avoir recours aux analeptiques en cas de collapsus. La perte de sang peut être telle que la vie de la malade serait en danger, et alors on peut conseiller la transfusion du sang. Ce conseil est excellent, mais il n'est pas bien souvent facile à mettre à exécution.

Betz, dans ses Mémoires, raconte qu'il administra du chlorure de sodium dans une métrorrhagie abondante et inquiétante, métrorrhagie consécutive à un avortement. Il délaya une cuillerée à bouche de sel de cuisine dans un demi-litre d'eau tiède, et il en administra trois cuillerées toutes les cinq minutes. Après avoir donné un demi-litre d'eau dans l'espace d'une heure, il refit la solution qu'il administra à de plus longs intervalles. Pendant ce

temps, les lèvres et les joues de la malade reprirent des couleurs, et le pouls devint plus fort. Il employa ensuite d'autres substances analeptiques et la malade se remit complètement.

Sans attribuer entièrement l'issue favorable au sel gris, Betz croit cependant que cette méthode est rationnelle et mérite d'être recommandée dans le cas de fortes métrorrhagies, puisque le sel commun est un principe constitutif du sang, et en buvant de l'eau salée, on introduit dans le torrent de la circulation une plus grande quantité de sel. L'efficacité du chlorure de sodium a été admise par d'autres aussi dans le cas d'hémorrhagie, d'où le conseil de pratiquer la transfusion avec de l'eau salée.

Le praticien, en présence d'une hémorrhagie *post partum*, doit avoir surtout en vue les contractions utérines, et principalement empêcher que l'hémorrhagie ne devienne interne et ne distende passivement l'utérus, sans se manifester au dehors. Après cette simple réflexion, on comprend combien il est irrationnel de pratiquer le tamponnement qu'il faut absolument proscrire.

Contribution à l'étude des hémorrhagies puerpérales tardives, par GRAEFL.—Voici les conclusions de l'auteur :

1° Les petites hémorrhagies puerpérales tardives sont d'ordinaire l'indice d'une régression insuffisante de l'utérus ;

2° Ces hémorrhagies qui constituent d'habitude un simple suintement sanguin peuvent être les prémisses d'hémorrhagies dangereuses et menaçantes pour la vie ;

3° Ces dernières sont ordinairement liées à l'existence de polypes placentaires ou fibrineux et peuvent même, dans la première moitié des suites de couches, être dues au détachement partiel ou total de ceux-ci.

4° A une période plus avancée du puerpérisme, les fragments retenus et fixés sur la paroi utérine peuvent déterminer l'irritation de la muqueuse utérine, de même que les polypes sous-muqueux ou autres dans l'utérus à l'état de vacuité, phénomènes qui se terminent d'habitude par la production d'une forte hémorrhagie ;

5° Les hémorrhagies moyennes dans la première moitié du puerpérisme peuvent devenir dangereuses si l'écoulement du sang venu dans la cavité utérine se trouve empêché. Le sang s'accumulant donc dans la cavité utérine dilate les orifices vasculaires de la zone utéro-placentaire, les caillots obturateurs de ces vaisseaux doivent être insuffisants et il en résulte des hémorrhagies de plus en plus fortes. Cet obstacle à l'écoulement du sang est d'ordinaire la suite de déviations utérines, ou bien encore peut être causé par la présence, au niveau de l'orifice utérin, d'un polype ou d'un caillot qui forme bouchon à ce niveau.—*Bulletin de thérapeutique.*

Diagnostic précoce du cancer de l'utérus, par le docteur BOUJILLY. — Diagnostiquer le cancer de l'utérus à son début est de la plus haute importance au point de vue de la thérapeutique de cette terrible affection.

Surpris au début, le cancer peut être guéri par l'ablation de la partie atteinte. Quand, au contraire, l'infiltration des tissus de voisinage s'est produite, la chirurgie reste impuissante, et les moyens palliatifs sont seuls à employer.

Ce diagnostic doit être basé soit sur les signes rationnels soit sur les signes physiques.

Signes rationnels.—L'hémorrhagie est le plus important. Chez les femmes jeunes encore l'écoulement sanguin est précoce; après la ménopause, au contraire, l'hémorrhagie est beaucoup plus tardive, et quand elle paraît, les lésions cancéreuses sont souvent avancées.

Chez toute femme, l'apparition fréquente d'un liquide rougeâtre ou rose est un signe de la plus haute importance dans le diagnostic du cancer.

La fécondité est de moindre intérêt, car elle manque souvent au début du cancer et peut exister dans d'autres affections bénignes.

La douleur est très variable. Tout cancer est douloureux, répète-t-on souvent. Il n'y a pas d'aphorisme plus faux. Tant que le cancer est limité au col, les douleurs sont d'habitude faibles. Il n'y a que lorsque le voisinage est envahi que paraissent les symptômes douloureux. La douleur pourra donc, dans certains cas, être un bon élément pour le diagnostic de l'étendue du cancer. Coïncidence pénible pour le thérapeute, c'est quand la douleur se montre, quand la malade tiendrait, par conséquent, le plus à une opération, que cette même opération, par l'étendue du mal, devient impossible.

Signes physiques.—Cliniquement on peut distinguer trois cas :

1^o Il existe une infiltration diffuse ou limitée du col utérin sans ulcération. On croirait volontiers à une métrite scléreuse ou à un myome du col. L'absence d'ulcération et l'égalité de l'induration plaideront contre le cancer, mais la vraie certitude, et elle vaut la peine d'être faite, ne peut être obtenue que par l'examen microscopique d'une parcelle de tissu ;

2^o Le col est le siège d'une ulcération accessible au doigt et à l'œil, grâce au spéculum. Si l'ulcération repose sur une base indurée, si les bords sont également indurés, le diagnostic du cancer n'est pas douteux. C'est surtout l'induration qui constitue l'élément capital du diagnostic. L'ulcération peut d'ailleurs prendre des aspects très variés ;

3^o L'infiltration et l'ulcération siègent dans la portion la plus élevée du col dont les parties visibles paraissent saines. Ici le cancer ne peut être que soupçonné. Le diagnostic ne peut guère être posé d'une façon positive que par la dilatation de l'orifice utérin d'après la méthode de Vulliet.

Au diagnostic du cancer lui-même, il faut ajouter celui de la forme et de l'étendue de l'affection.

La forme n'a qu'un faible intérêt pratique, qu'il s'agisse d'un épithélioma pavimenteux ou d'un carcinôme, le pronostic ne diffère pas sensiblement dans les deux cas.

Il n'en est pas de même de l'étendue ; c'est par le toucher, révélant l'état local, la mobilité de l'utérus, c'est enfin par l'étude du phénomène douloureux qu'on arrive à ce dernier diagnostic.—*Abeille médicale.*

PÉDIATRIE.

La fièvre typhoïde chez les enfants.—M. le professeur GRANCHER a récemment consacré plusieurs leçons à la fièvre typhoïde.

Il a pris texte de l'observation d'un enfant de huit mois qui a succombé à cette affection dans le service de la clinique pour élucider l'étude encore controversée de l'existence de la fièvre typhoïde dans la première enfance et pour aborder ensuite plusieurs questions d'actualité relatives à la pathogénie, à la prophylaxie et au traitement de la dothiéntérie.

On a longtemps contesté l'existence de la fièvre typhoïde dans les premiers temps de la vie ; des médecins éminents la considéraient comme exceptionnelle. Rare, elle l'est sans doute comparativement à sa fréquence dans la seconde enfance et l'adolescence ; mais elle n'est peut-être pas si exceptionnelle qu'on doive la considérer comme une quantité négligeable dans la clinique de la première enfance.

L'enfant qui a succombé dans le service de M. Grancher, élevé au biberon à la campagne, avait été frappé, à l'âge de quarante mois, d'une paralysie infantile à forme paraplégique. Apporté à l'hôpital le 17 octobre, il payait aussitôt son tribut à la contagion qui s'exerce d'une façon si lamentable dans nos hôpitaux d'enfants et était atteint, le 30 octobre, d'une varicelle dont il était guéri le 10 novembre. Presque aussitôt il présentait de la diarrhée, en même temps que les autres enfants nourris au biberon comme lui ; le lait avait été pendant quelques jours de moins bonne apparence que d'ordinaire, et il semble évident que son ingestion avait provoqué chez tous les enfants des troubles gastro-intestinaux qui chez l'un d'eux prirent une marche cholériforme mortelle.—Les autres se remirent promptement. Mais notre petit convalescent de varicelle continua à avoir une diarrhée fétide et jaune, une fièvre irrégulière oscillant entre 38° et 39°, le ventre météorisé, un abattement croissant. Il succomba le 1^{er} décembre et l'autopsie justifia pleinement le diagnostic que la constatation de trois taches rosées lenticulaires avait permis d'affir-

mer le 27 novembre ; dix à douze plaques de Peyer étaient tuméfiées, trois ou quatre pleinement ulcérées, les ganglions mésentériques étaient volumineux.

On n'aurait pas grand mal à réunir un nombre important d'observations de fièvre typhoïde entre six mois et deux ans ; nous venons encore d'en voir une chez un enfant de dix-huit mois. Mais il en existe même au-dessous de six mois.

Sans compter un fait déjà ancien, dans lequel on trouva les plaques de Peyer ulcérées chez un fœtus de 7 mois n'ayant vécu qu'une demi-heure, plusieurs observateurs ont vu la dothiëntérie avec ses signes classiques chez des enfants de 5 jours à 26 jours ; on relève dans la thèse de Bontemps sur la mort subite (1885) des autopsies, faites à la Morgue par MM. Vibert et Descouts, qui rencontrèrent les lésions de la fièvre typhoïde chez de tout jeunes enfants.

M. Parrot révoquait en doute la fièvre typhoïde chez les tout jeunes enfants ; il faut encore ranger MM. J. Simon et Bouchut parmi les sceptiques. Cependant, plusieurs des observations auxquelles nous venons de faire allusion sont d'une netteté incontestable.

Quoi qu'il en soit, la fièvre typhoïde de la première enfance a comme principaux attributs l'irrégularité de sa symptomatologie qui est fruste, la brièveté de son évolution et la gravité extrême de son pronostic. Archambault est de ceux qui ont insisté sur la gravité de la dothiëntérie au-dessous de deux ans. Lors donc qu'on parle de la bénignité de cette affection dans l'enfance, c'est de l'enfant plus âgé qu'il s'agit.

Après avoir retracé la série des recherches relatives à l'agent pathogène de la fièvre typhoïde, série dont les récents travaux de Chantemesse et Widal forment le couronnement, M. Grancher, abordant la prophylaxie, a montré par quelques chiffres saisissants combien il serait désirable qu'elle préoccupât les pouvoirs publics : n'est-il pas navrant de songer aux ravages que la fièvre typhoïde fait dans notre armée : sur 3,507,714 hommes qui ont passé dans nos casernes de 1872 à 1881,—10,733 ont succombé à la fièvre typhoïde.

Le professeur est ensuite arrivé à l'examen des principales médications usitées aujourd'hui contre cette terrible maladie, afin de voir dans quelle mesure elles sont applicables à l'enfance.

Les unes sont *purement symptomatiques*, telles que celle qui a été préconisée par M. le professeur Jaccoud lors de la discussion académique de 1882. L'adynamie, l'hyperpyrexie et l'insuffisance de l'hématose corrélative à la congestion broncho-pulmonaire sont les dangers auxquels doivent s'opposer la médication tonique (alcool, quinquina), l'acide salicylique et les ventouses multipliées que M. Jaccoud prescrit.

Parmi les méthodes *systématiques*, la balnéation froide a donné

chez les enfants, d'après une statistique de Brand, une mortalité de 2,5 pour 100. Mais les statistiques allemandes relatives au traitement du typhus abdominal sont presque toutes passibles d'une critique : Brand ayant posé en principe que le traitement par les bains froids doit être institué dès que le diagnostic est seulement soupçonné, il est infiniment probable que bon nombre d'embarras gastriques se glissent dans les statistiques de dothiériennes guéries par les bains froids.

La méthode de M. Bouchard, qui a donné des résultats si remarquables dans le service des adultes de l'hôpital Lariboisière, n'avait pas encore été mise en pratique dans les hôpitaux d'enfants. M. de Beurmann et son interne M. Hillemand, l'ont appliquée à l'hôpital Trousseau, l'année dernière, pendant une forte épidémie. La mauvaise organisation des bains les ont d'ailleurs obligés à ne pas suivre, au point de vue de la balnéation tiède progressivement refroidie et fréquente, toutes les indications de M. Bouchard ; c'est surtout l'antisepsie intestinale qui a été bien faite. Sur 115 cas, la mortalité a été de 3.48 pour 100. Pendant la même épidémie, MM. Cadet de Gassicourt et son interne Laffitte, sur un moins grand nombre de malades (61), avaient une mortalité de 4 pour 100, en suivant la méthode classique des indications.

Nous rappelons que la méthode de M. Bouchard comprend quatre points principaux : l'antisepsie générale, l'antisepsie intestinale, l'antithermie, l'alimentation. On commence le traitement par un purgatif, qui sera renouvelé méthodiquement tous les trois jours (15 grammes de sulfate de magnésie ou de soude.)

40 centigrammes de calomel par jour, en 20 prises de 2 centigrammes (une toutes les heures) sont administrés pendant quatre jours consécutifs et répondent à l'indication de l'antisepsie générale (1)

L'antisepsie intestinale est obtenue par le mélange de 100 gr. de poudre de charbon végétal, de 1 gramme d'iodoforme et de 5 grammes de naphthaline. Ces poudres doivent être porphyrisées, la naphthaline, précipitée par l'eau de sa solution alcoolique et séchée pour être en état de poudre impalpable. Ce mélange antiseptique est en suspension dans 200 grammes de glycérine et additionné de 50 grammes de peptone sèche, qui sont la base de l'alimentation. Le tout forme un magma noir, semi-liquide qui est absorbé dans les 24 heures à la dose d'une cuillerée toutes les deux heures dans un tiers de verre d'eau.

Le gros intestin est déblayé matin et soir au moyen d'un lavement phéniqué froid à 0,50 centigr. d'acide phénique pour 500

(1) Pour les doses des médicaments, calomel, iodoforme, naphthaline, qui sont ici indiqués pour des adultes, il y a lieu à les modifier suivant l'âge de l'enfant.

gr. d'eau (pour les adultes). Pour les enfants, nous croyons préférable de ne pas employer l'acide phénique, et de préférer le borate de soude ou l'hyposulfite de soude.

Dès le premier jour, le malade prend huit bains par jour jusqu'à ce que la température soit revenue à 37°5. La température initiale des bains est à 2 degrés au-dessous de celle du malade. On les abaisse de 1 degré toutes les dix minutes par addition d'eau froide jusqu'à ce qu'ils soient à 30°, ce qui les fait durer de $\frac{3}{4}$ d'heure à 1 heure $\frac{1}{2}$.

Comme adjuvant des bains contre l'hyperthermie, M. Bouchard emploie la quinine de la façon suivante. Quand la température rectale est à 40° le matin ou à 41° le soir, il prescrit pendant les deux septénaires 2 grammes de sulfate de quinine, 1 gramme pendant le 4^e et le 5^e. Ces doses sont administrées par fractions de 50 centigrammes de demi-heure en demi-heure. Mais on laisse un intervalle de trois jours entre chaque administration de quinine.

Dans la pratique de M. Grancher, dont nous parlerons tout à l'heure, la quinine joue le rôle principal et est administrée d'une façon analogue, bien qu'avec certaines différences.

Le régime alimentaire, dans la méthode de M. Bouchard, comprend le bouillon et la décoction d'orge (1 litre à 1 litre $\frac{1}{2}$ en 24 heures), la glycérine associée, nous l'avons dit, comme les peptones, au mélange antiseptique; enfin, la limonade additionnée d'un peu de vin.

Chez les enfants (M. Bouchard, nous le rappelons, a institué sa méthode en vue des adultes) la mixture à base de charbon est quelquefois difficile à faire accepter plutôt à cause de sa couleur que de son goût qui n'a rien de répugnant. On pourrait l'administrer dans ces vases en porcelaine fermés et à bec qui ne permettent pas de voir l'aspect du contenu. On pourrait aussi administrer la mixture pendant la nuit ou dans une obscurité artificielle plus ou moins complète.

L'emploi de la quinine à dose élevées effraye encore beaucoup de médecins; les uns redoutent une action fâcheuse sur le cœur, action qui n'est rien moins que démontrée; d'autres, une profonde perturbation du système nerveux. M. A. Robin, qui vient d'exposer, dans un livre récent, une méthode de traitement appuyée sur la chimie biologique, croit la quinine contre-indiquée à hautes doses pour d'autres raisons.

La quinine, dit-il, diminue les combustions interstitielles, et entrave les oxydations quand on dépasse les doses de 0 gr. 50 à 0.60 par 24 heures; sous son influence, l'excrétion de l'acide carbonique diminue, mais l'absorption d'oxygène s'abaisse aussi. M. Robin cherche donc à éviter cette action, qu'il appelle sous-oxydante, et à n'obtenir qu'une action tonique. Au lieu des doses massives, il recommande les doses minimales et fractionnées: 0 gr.

50 par jour en deux doses à 8 ou 10 heures d'intervalle, pendant les dix à quinze premiers jours, alors que la désassimilation, étant plus active, doit être plus particulièrement combattue.

Dans le but de rendre plus solubles, et par suite plus faciles à éliminer, les déchets de la désassimilation, M. Robin préconise en outre l'emploi quotidien de l'acide benzoïque à la dose de 2 grammes ou du benzoate de soude à la dose de 4 grammes dissous dans la limonade. Il conseille les boissons abondantes (4 à 5 litres de liquide par jour chez l'adulte), l'extrait de quinquina et l'alcool, et pour le reste du traitement la pratique habituelle de tout le monde (purgatifs, lavements antiseptiques, ventouses, lotions, etc.)

Pour en revenir à la thérapeutique de la fièvre typhoïde chez l'enfant, voici celle que M. Grancher a adoptée et qui a donné jusqu'ici une mortalité de 3,3 pour 100 chez les enfants de 2 à 15 ans. Car chez les enfants au-dessous de 6 mois, on peut admettre que la mortalité est de 100 pour 100 et qu'elle est encore de 50 p. 100 de 6 mois à 2 ans.

Un purgatif au début, pris tous les trois jours environ, des lavements antiseptiques bi quotidiens (eau, 500 grammes, boratée de soude, 5 à 10 gr.),—si la langue se sèche, une antiseptie intestinale simplifiée : 2 à 4 grammes de salicylate de bismuth, associés à 2 grammes de magnésie calcinée, s'il y a tendance à la constipation ; des boissons abondantes (1 litre $\frac{1}{2}$ à 2 litres), bouillon, décoction d'orge, limonade, lait ;—alcool et extrait de quinquina en cas d'adynamie ;—ventouses, au besoin vésicatoires de très courte application sur les parties latérales du thorax contre la congestion pulmonaire excessive ;—lotions, bains tièdes en cas d'hyperthermie persistante ou d'agitation excessive ;—sangues aux apophyses mastoïdes en cas d'accidents cérébraux prédominants.

Mais le point capital du traitement est l'emploi systématique de la quinine à doses massives, non plus seulement comme antithermique, mais comme antiseptique. On peut admettre que la température donne, dans une certaine façon, la mesure de l'infection microbienne. Quand le thermomètre marque 39°,5, 40° et au-delà, on donne, suivant l'âge de l'enfant, de 0,50 à 2 grammes de quinine. Les doses les plus habituelles sont 1 gr. et 1 gr. 50 à partir de 5 ans, 0,75 centigr. à 1 gr. de 3 à 4 ans. La dose est administrée vers 5 ou 6 h. du soir, par fraction de 0,50 de demi-heure en demi-heure, de façon que les effets bienfaisants se fassent sentir pendant la nuit. Or, il est remarquable que le bien-être obtenu par les doses élevées de quinine procure aux enfants le sommeil, si rare dans la fièvre typhoïde. Le lendemain, l'enfant s'éveille avec une amélioration toujours très marquée, quelquefois si considérable qu'elle émerveille l'entourage. Bien des fois, ayant vu la veille à la visite un enfant plongé dans une stupeur presque

comateuse, nous avons retrouvé le lendemain, après l'administration de 1 gr. 50 de quinine, le même enfant assis sur son lit et jouant, éveillé et causeur. Ces effets de transformation sont vraiment si surprenants et si incontestables chez l'enfant, que M. Grancher a coutume de dire que la quinine agit en pareil cas à la manière d'un spécifique; et, quand on songe aux faits récemment signalés par Chantemesse, l'entrave apportée par le sulfate de quinine au développement des cultures du bacile typhogène, on est moins disposé à s'étonner de cette action spécifique.

Quant à nous, nous sommes absolument convaincu maintenant de l'efficacité du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, et il nous semble qu'avec ce médicament, l'antisepsie intestinale et les bains tièdes, on peut presque se rendre de la guérison chez les enfants.—Dr. P. LE GENDRE, in *Cours médical*.

De la fréquence de la tuberculose du premier âge, par M. le Dr LANDOUZY, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, *Revue de médecine* du 10 mai 1887.—Depuis quelques années, il se fait, au nom de la clinique, une réaction contre l'opinion, partout reproduite, d'après laquelle la tuberculose serait extrêmement rare dans le premier âge.

L'auteur qui dirige la crèche de médecine à l'hôpital Tenon et qui fait l'autopsie de tous les bébés qui y succombent a été frappé de la fréquence de la tuberculose chez les enfants de moins de deux ans, dont un grand nombre sont envoyés avec le diagnostic *athrepsie*. Il a attiré sur ce fait l'attention de la *Société médicale des hôpitaux* et provoqué un de ses internes, M. Queyrat, à le prendre pour sujet de sa thèse inaugurale.

Les professeurs Damaschino et Lannelongue, de par leur expérience hospitalière, affirment également la fréquence notable de la tuberculose au premier âge.

Il ne s'agit pas là d'une de ces séries, comme on en rencontre souvent en clinique. Cette année, comme en 1886, comme en 1885, il ne se passe guère de quinzaine sans que l'auteur ait l'occasion de faire l'autopsie d'un bébé tuberculeux de quelques semaines ou de quelques mois.

Le premier trimestre de l'année 1887 a fourni sept cas qui se répartissent sur les âges suivants: six semaines, deux mois, trois mois, six mois, sept mois, dix mois, un an.

A ne s'en tenir qu'à ces sept observations récentes dans lesquelles la tuberculose (tantôt pulmonaire, tantôt exclusivement méningée, tantôt viscérale et ganglionnaire, tantôt diffuse et généralisée) apparaît macroscopiquement évidente. La tuberculose a été constatée sur sept bébés de six semaines à un an dans une population de 127 enfants pour un trimestre. La tuberculose a été constatée sur sept bébés de six semaines à un an dans une population de 127 enfants pour un trimestre. Sur ces 127 enfants, 23

seulement sont morts, ce qui donne le chiffre énorme de sept morts par tuberculose sur 23 décès.

La question de contagion nosocomiale doit être écartée puisque les enfants qui ont ainsi succombé sont entrés tuberculeux à l'hôpital et pour ce fait.—*Revue des maladies de l'enfance.*

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE.

Du morrhuol ou principe actif de l'huile de foie de morue, par le docteur Joseph LAFAGE.—En présence de la répugnance insurmontable qu'éprouvent certains malades pour l'huile de foie de morue, malgré les nombreux procédés mis en usage pour en masquer le goût, j'ai songé à reprendre la question intéressante des principes actifs de l'huile de foie de morue. Pour les uns, c'est le corps gras qui joue le principal rôle; pour les autres, au contraire, c'est au brome, à l'iode ou au phosphore qu'il faut attribuer les bons effets que l'on retire de son administration. Il s'agissait d'isoler ces divers corps de l'huile de foie de morue. M. Chapoteaut a bien voulu se livrer à ce travail et me faire connaître les procédés qu'il a employés.

Premier procédé.—On traite l'huile par une solution aqueuse de carbonate de soude qui dissout les acides à une basse température.

Deuxième procédé.—On agite l'huile de foie de morue avec de l'alcool à 90 degrés; l'alcool séparé de l'huile est distillé et le produit de la distillation renferme les principes actifs sur lesquels ont porté mes expériences.

Dans les deux cas, l'huile ainsi traitée devient à peu près indolore, sans goût, et se rapproche de l'huile obtenue des graisses animales. Quant au produit, le *morrhuol*, il est âcre, amer, très aromatique, cristallisant en partie à la température ordinaire.

Ce produit renferme du phosphore, de l'iode et du brome en quantité très notable; on en trouve de dix à douze fois plus que dans l'huile primitive. Ces divers corps se trouvent tellement unis entre eux qu'il a été impossible de les isoler et de les doser séparément. Ils forment donc un produit complexe qui sera l'objet d'études chimiques plus complètes.

La quantité de morrhuol varie avec la qualité des huiles employées.

Les diverses huiles en fournissent: l'huile brune, de 4,50 à 6 pour 100; l'huile blonde, de 2,50 à 3 pour cent; l'huile blanche, de 1,50 à 2 pour 100.

Il était curieux de savoir si l'huile ainsi traitée et privée de son principe actif jouirait des mêmes propriétés que l'huile de foie de morue en nature. Comme il était facile de le prévoir, ces huiles

ne m'ont donné aucun résultat ; elles agissent comme corps gras, mais seulement comme corps gras, elles ont perdu par le traitement qu'on leur a fait subir les propriétés particulières à l'huile de foie de morue.

Restait donc le principe actif qu'il s'agissait de présenter aux malades sous une forme acceptable. En présence de sa saveur désagréable et de son odeur aromatique très prononcée, M. Chapoteaut a songé à mettre le morrhuol en capsules. Chaque capsule renferme 0.20 d'extrait correspondant à 5 grammes d'huile de foie de morue.

A la dose de 2 capsules par jour chez les enfants de six à huit ans, de 4 capsules chez les enfants de huit à douze ans et de 8 à 10 chez les adultes, ces capsules, prises au moment des repas, m'ont rendu de réels services.

Je n'ai certes pas la prétention de remplacer l'huile de foie de morue par le morrhuol, mais je crois que ce nouveau produit, grâce à une administration plus facile, pourra remplacer l'huile toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une répugnance insurmontable. Je crois même que là ne se bornera pas son rôle, car il présente des avantages sérieux. Il arrive souvent que l'huile, lorsqu'on est obligé d'en donner de certaines quantités, est mal digérée, qu'elle donne lieu à des nausées, à des vomissements, à de la diarrhée ; en un mot qu'elle amène des troubles de la digestion tels, qu'on est obligé de la supprimer. Rien de semblable avec son principe actif, dont l'usage prolongé pendant des mois à une dose relativement élevée, 12 capsules par jour, n'a jamais produit le moindre trouble du côté des voies digestives.

Le plus souvent, au contraire, dès les premiers jours de son administration, les troubles préexistants disparaissent, l'appétit augmente, les digestions deviennent plus faciles et les garde robes plus régulières. Le morrhuol, que les enfants supportent aussi facilement que les adultes, agit plus rapidement que l'huile de foie de morue. Cette action plus rapide découle tout naturellement de ce que son absorption est plus facile, plus complète.

Aussi ai-je obtenu des résultats surprenants chez des malades que l'huile de foie de morue eût certainement améliorés, mais pas avec la même rapidité. Je veux parler des tuberculeux à la première période, au moment où ils sont fatigués par une toux opiniâtre, surtout le soir, où leurs forces commencent à décliner et l'amaigrissement à devenir sensible. Sous l'influence du morrhuol, de 6 à 8 capsules dans les vingt-quatre heures, la toux se calme rapidement, dans les trois ou quatre premiers jours, l'appétit renaît, l'alimentation devenant plus complète, le teint des malades s'anime, ils ont le sentiment d'un accroissement des forces, dans les jambes surtout. Mes expériences ont porté sur un grand nombre de tuberculeux au début, c'est la maladie la plus commune dans la clientèle, et surtout dans une certaine partie de la clientèle. Chez tous j'ai obtenu une amélioration notable. En même

temps que l'état général devient meilleur et que la toux se calme, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une expectoration abondante. J'ai choisi de préférence mes malades parmi ceux qui avaient déjà suivi ou suivaient encore le traitement classique par les balsamiques, les eaux sulfureuses et l'iodure de potassium. Dans la plupart des cas que j'ai eu à traiter les résultats ont été très satisfaisants. En huit jours ou quinze jours au maximum, les capsules prises à la dose de huit par jour, au moment des repas, ont modifié très favorablement l'état de mes malades. diminution des crachats, facilité plus grande dans leur expulsion, suppression à peu près complète de la toux et de l'oppression. Ces malades éprouvent un tel bien-être qu'ils avouent n'avoir été soulagés de cette façon par aucun des nombreux médicaments qu'ils ont employés.

Continuant la série de mes expériences dont le début remonte au mois de juillet 1884, j'ai fait prendre les capsules de morrhuel aux enfants strumeux et scrofuleux auxquels j'avais jusqu'ici administré l'huile de foie de morue. Dans la plupart des cas l'état général a été heureusement et assez rapidement influencé par le traitement. Il en est de même dans le rachitisme.

Je me propose de réunir mes nombreuses observations et d'en faire l'objet d'un nouveau travail qui montrera, je l'espère, les bons effets que l'on peut retirer de l'administration des capsules de morrhuel dans les cas où l'emploi de l'huile de foie de morue est rendu impossible. Je crois même arriver à démontrer que, dans certains cas, il est avantageux de remplacer l'huile par son principe actif.—*Bulletin général de thérapeutique.*

Sur la préparation antiseptique de sublimé.—Dans la pratique courante des accouchements, il est important de préparer extemporanément des solutions de sublimé. On obtient des solutions claires par l'addition de chlorure de sodium. Des expériences comparatives d'Angeret démontrent que la solution de sublimé chlorurée est aussi antiseptique que la solution pure de sublimé. Il suffit donc pour préparer la solution le plus souvent employée, d'ajouter à un litre d'eau ordinaire 1 gramme de sublimé et 1 gramme de chlorure de sodium ; d'après A. Vicario cette solution est de bonne conservation. Il pense que le mélange préparé à l'avance de :

Sublimé.....	1 gramme
Chlorure de sodium.....	1 —

additionné ou non de 2 milligrammes de bleu de méthylène pour colorer les solutions et éviter ainsi les erreurs, serait d'un emploi extrêmement commode en chirurgie ou dans les accouchements.
—*Bulletin de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Croup spasmodique.—*Ellis.*

P.—Bromure de potassium.....	2	scrupules
Hydrate de chloral.....	2	“
Sirop d'acacia.....	2	“

M.—*Dose*: Une drachme ou moins, suivant l'âge.—*Leonard's Medical Journal.*

Laryngo-pharyngite.—*Coupard.*

1. P.—Acide phénique.....	15	grains
Bromure de potassium	1½	drachme
Eau.....	1	chopine

M.—En inhalation, au moyen d'un vaporisateur, pendant cinq minutes, matin et soir.

2. P.—Acide phénique.....	15	grains
Chlorure de zinc.....	15	“
Sirop de muriate de morphine.....	4	onces
Infusion de feuilles de coca	1½	“

M.—En gargarisme.—*Revue de thérapeutique.*

Laryngismus stridulus.—*Dr Reid.*

P.—Acide hydrocyanique dilué.....	5	minimes
Esprit aromatique d'ammoniaque	1½	drachme
Teinture de jusquiame	10	minimes
Essence d'anis.....	1½	drachme
Sirop d'orange.....	1½	“
Eau q. s. pour faire.....	1	once

M.—*Dose*: Une drachme, trois fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Ulcère gastrique.

P.—Sulfate de morphine.....	1	grain
Sulfate d'atropine.....	1½	“
Oxalate de cerium.....	1½	drachme

M.—Divisez en 16 paquets.

Dose: 4 paquets par jour.—*Medical Bulletin.*

Céphalalgie.—*Dujardin-Beaumetz.*

P.—Ethoxycaféine	12 grains
Salicylate de soude	15 “
Eau distillée q. s. pour	1 once

M.—*Dose*: De une cuillerée à thé à une cuillerée à soupe au besoin.—

Blemorrhagie.

P.—Acide tannique.....	23 grains
Acétate de plomb liquide.....	45 minimes
Teinture de cachou.....	1½ drachme
Teinture d'opium	23 minimes
Eau de rose.....	13½ drachmes
Eau distillée.....	37½ “

M.—En injection, matin et soir. L'injection doit être retenue deux ou trois minutes dans l'urèthre.—*Union médicale.*

Otalgie.

P.—Muriate de morphine.....	5 grains
Sulfate d'atropine.....	1 grain
Huile d'olive.....	1 drachme
Glycérine	1½ “

M.—*Dose*: De 3 à 5 gouttes dans l'oreille, à répéter toutes les heures jusqu'à soulagement, ayant soin de placer dans le conduit auditif, après chaque application, un bourdonnet de ouate.—*Peoria Medical Monthly.*

Phospho-muriate de quinine composé.—*Phillips.*

P.—Acide phosphorique.....	2 grains
Phosphate de potasse.....	1¾ grain
Phosphate de magnésie.....	1 “
Phosphate de chaux.....	¾ “
Muriate de quinine.....	½ “
Phosphate de fer.....	1 “
Strychnine.....	1/120 “
Véhicule	1 drachme

M.—A prendre trois fois par jour, après les repas.

Potion antifebrile.

P.—Extrait de racines d'aconit.....	12 minimes
Esprit d'ammoniaque aromatisé	2 drachmes
Sirop de citron.....	3 onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé toutes les deux heures.—*Medical Age.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE et H. É. DESROSIERS.

MONTREAL, JUILLET 1887.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Troir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr H. E. Desrosiers, Troir 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année** pour les médecins, et de **\$2.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

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

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

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

Pour les annonces de produits canadiens ou des États-Unis, s'adresser à l'Administration. L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉONÉ.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

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

L'anesthésie chirurgicale.

Une intéressante discussion s'est élevée dernièrement au sein de l'Académie de médecine de New-York au sujet du choix à faire entre le chloroforme et l'éther pour produire l'anesthésie chirurgicale. Sans entrer dans le mérite d'une question qui sera examinée dans un prochain numéro de l'UNION MÉDICALE, nous tenons pourtant à émettre certaines pensées qui nous sont venues en lisant le compte-rendu des séances de la docte académie, au cours desquelles s'est engagée la discussion.

Quand un chirurgien a décidé de l'opportunité d'une opération, une des premières questions qu'il se pose est la suivante: Quel anesthésique emploierai-je? L'éther, le chloroforme, le bromure d'éthyle et autres sont là qui sollicitent l'honneur d'être mis à

contribution. La plupart du temps on opte pour celui qui offre le plus de sécurité pour le malade, surtout quand il s'agit d'une opération capitale. Parfois, souvent même, on préfère l'anesthésique qui, agissant le plus promptement, assurera le mieux l'insensibilité et la résolution musculaire. C'est là, nous l'avons, une préoccupation qui en vaut la peine. On ne saurait, en effet, être trop prudent dans le choix d'un médicament qui peut devenir poison mortel à courte échéance, même quand il est donné à doses réputées physiologiques. Mais se préoccupe-t-on suffisamment du choix de celui qui devra administrer l'anesthésique? Réfléchit-on bien au fait que celui-ci, si dépourvu de dangers qu'on le dise, peut toujours déterminer des accidents entre des mains novices ou malhabiles?

Dans la pratique hospitalière, il arrive parfois, nous le savons, qu'un élève—à défaut d'interne—soit chargé d'administrer le chloroforme ou l'éther. C'est là, croyons-nous, un procédé répréhensible à tous les égards. L'élève, même l'élève de quatrième année, quelque bien doué qu'il soit, ne possède pas encore la somme d'expérience voulue, et surtout ne saurait prendre sur lui-même aucune responsabilité. Il faut que l'anesthésique soit confié à des mains responsables, tant au point de vue de la sécurité du malade qu'au point de vue légal. Survenant un accident, quel-qu'un devra en répondre légalement, et si l'anesthésie a été dirigée par un élève, au lieu de l'être par un *licencié*, c'est sur l'opérateur seul que la responsabilité devra fatalement retomber.

En outre, autant que possible l'anesthésique doit être administré par quelqu'un qui s'intéresse aussi peu que possible à l'opération elle-même. Fréquemment au cours de l'anesthésie, le médecin chargé du chloroforme est tenté de se laisser distraire et de jeter un coup d'œil du côté du champ de l'opération dont il désire suivre les phases et le progrès. C'est à ce moment là qu'arrivent souvent les accidents les plus redoutables: le mouchoir reste appliqué plus longtemps que de raison sur la figure du patient, il y a asphyxie, syncope respiratoire ou circulatoire etc. et tout est fini. Chargé de l'anesthésie, le médecin ne doit donc jamais se laisser distraire par quoique ce soit. Son regard doit rester rivé, pour ainsi dire, sur la poitrine du malade, suivant avec attention les mouvements respiratoires; de temps à autre le pouls est consulté ainsi que la pupille, et ce n'est qu'au prix d'une attention ainsi soutenue que l'on peut, sans danger comme sans trop de craintes, mener à bonne fin une chloroformisation.

Enfin, un point des plus importants et que l'on néglige parfois totalement, c'est que le médecin chargé de l'anesthésie doit, dans tous les cas, être rétribué, et l'être libéralement. Comme le faisait naguère remarquer notre confrère du *Peoria Medical Monthly*, l'administration d'un anesthésique est toujours chose grave, et est souvent plus dangereuse que l'opération elle-même qu'il s'agit de

faciliter. Or il ne serait pas juste que celui qui prend ainsi sa large part de la responsabilité n'ait pas également sa part dans les honoraires perçus.

Il y a là une question de simple justice que nous soumettons en toute confiance aux opérateurs, aux chirurgiens surtout, et même aux dentistes chez lesquels nous sommes si souvent appelés. Ceux-là seuls qui apprécient tous les dangers possibles de l'anesthésie, qui savent qu'un accident peut arriver en dépit de toutes les précautions possibles et de toute l'habileté qu'on aura pu y mettre, qui ont épié avec anxiété, pendant de longues heures, la respiration et le pouls d'un sujet anesthésié, ceux-là seuls, disons-nous, comprendront la position que nous prenons ici et se joindront à nous pour demander que les honoraires de l'anesthésiste soient assurés dans tous les cas avec toute la libéralité possible.

Dans le commerce ordinaire de la vie, on n'hésite pas à payer bon prix pour un article de qualité supérieure et garantie. De même on ne doit pas hésiter à rétribuer largement et le chirurgien qui entreprend une opération périlleuse, et le médecin qui assume la responsabilité de l'administration souvent dangereuse d'un anesthésique.

Traitement de la diarrhée verte de l'enfant.

A une époque de l'année où la diarrhée infantile exerce des ravages si pénibles parmi notre population, la question du traitement de cette maladie ne saurait être oiseuse. Notre intention n'est pas, cependant, de traiter ce sujet *in extenso*. Nous voulons seulement porter à la connaissance de nos lecteurs l'importante communication que, le 17 mai dernier, M. le professeur HAYEM faisait à l'Académie de médecine de Paris, communication au cours de laquelle il préconise contre la dyspepsie du premier âge, et particulièrement contre la diarrhée verte, l'emploi de l'acide lactique.

M. Hayem avait tout d'abord remarqué que toutes les fois qu'un ou plusieurs enfants atteints de diarrhée verte restaient dans la salle de crèche de l'hôpital St-Antoine, il se déclarait presque aussitôt une sorte d'épidémie atteignant un grand nombre des petits malades. On avait donc affaire à une diarrhée contagieuse. Or, l'acide lactique donné à ces enfants atteints de diarrhée avait pour effet de diminuer d'abord, et, la plupart du temps de suspendre complètement les selles vertes ainsi que les vomissements. Chez quelques malades d'abord guéris par l'usage de cet agent, les accidents avaient tendance à se renouveler dès qu'on suspendait l'administration du médicament.

S'appuyant sur ces faits, M. Hayem a poursuivi ses recherches et, aidé de son interne, M. Lesage, est parvenu à établir la présence, dans les selles vertes des nourrissons, d'un microbe particulier qui produit la matière verte et que l'on a pu isoler et cultiver. L'expérience a démontré de plus que l'acide lactique a la propriété de faire avorter, même à faible dose, les cultures du bacille. Voilà donc une maladie bacillaire traitée avec succès par un médicament microbicide.

Mais comment le microbe s'introduit-il dans le système ? Avec les aliments très probablement, répond M. Hayem ; avec eux, il pénètre dans l'estomac où, même dans les conditions ordinaires, il rencontre un milieu propre à sa pullulation. Dans les cas de dyspepsie, il se multiplie encore davantage dans le milieu alcalin ou neutre des liquides intestinaux, et y produit la coloration verte des selles diarrhéiques. L'acide lactique, ajoute l'illustre professeur, peut agir de deux manières dans le traitement de cette diarrhée, soit en combattant l'état dyspeptique et en acidifiant les contenus de l'estomac, soit en stérilisant les germes du bacille. Les recherches se continuent.

Bien qu'on ne doive pas encore chanter victoire, ni croire que le spécifique de la diarrhée des enfants est enfin découvert, il est bien légitime de mettre à l'épreuve le nouveau traitement et d'en tirer bon parti. Pour notre part, dans deux cas auxquels nous avons appliqué l'acide lactique, la diarrhée verte a cessé aussitôt. M. Hayem recommande une solution à 2 pour 100 donnée à la dose de une cuillerée à café, un quart d'heure après chaque tétée. On en fait prendre cinq à huit dans les vingt-quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Manuel des Mères par le Dr Caradec.

Le Dr Caradec, le rédacteur en chef bien connu de la *Mère et l'Enfant*, vint de publier, sous le titre de *Manuel des Mères*, un ouvrage clair et concis qui sera désormais le guide indispensable de toutes les mères.

Dans cet ouvrage, le Dr Caradec passe en revue les soins à donner aux femmes en couches ; il décrit l'hygiène infantile sous toutes ses faces ; enfin, il donne les moyens de soigner les indispositions des enfants en attendant l'arrivée du médecin.

Adresser 50 centimes en timbres-poste à M^{me} Jouannard, administrateur de la *Mère et l'Enfant*, 35 rue Vivienne, Paris, pour recevoir franco ce manuel.

MURRELL.—*What to do in cases of Poisoning*, by William Murrell, M. D., F. R. C. P.—First American from the fifth English Edi-

tion. Edited by Frank Woodbury, M. D., Published by The Medical Register Co., Philadelphia, 1887.

TERRILLON.—Leçons de clinique chirurgicale par Terrillon.—Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de la Salpêtrière, rédigées par M. le Dr Routhier, Paris.—Aux Bureaux du *Progrès médical*, 14 Rue des Carmes.

Publications du *Progrès Médical*, 14 rue des Carmes, Paris.

Manuel Pratique de la Garde-Malade et de l'Infirmière, publié par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, directeur des Ecoles Municipales d'Infirmières, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, Ch. H. Petit-Vendol, P. Regnard, Sevestre et Yvon. Cet ouvrage, adopté par les Ecoles départementales et Municipales d'Infirmiers et d'Infirmières du département de la Seine et de Paris, est divisé en trois volumes dont les titres suivent : Tome I, Anatomie et physiologie, prix, 2 fr ; Tome II, Pansements, prix, 3 fr 50c ; Tome III, Femmes en couches, Médicaments, petit dictionnaire, prix, 2 fr. Les trois volumes réunis prix : 5 fr. Troisième édition revue et augmentée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Au moment où nous mettons sous presse notre dernière forme, M. le Dr. Laramée nous arrive, sain et sauf, de Paris. Nous saluons son retour avec un plaisir que nos lecteurs seront bientôt à même de partager.

Pendant toute la durée du Congrès de Washington, le *Medical Register*, de Philadelphie, rédigé par les Drs J. V. Shoemaker et W. Wile paraîtra tous les jours et donnera le compte-rendu détaillé des séances générales et des travaux des sections.

A l'Académie des Sciences, M. le professeur VERNEUIL a été choisi comme membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement du regretté M. GOSSELIN. M. le professeur BOUGHARD remplace M. Paul BERT.

Nécrologie.—A Paris, M. le docteur Henri LIOUVILLE, agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène.

Hopital Notre-Dame.—Un dispensaire pour le traitement des maladies des enfants a été ouvert à l'hôpital Notre-Dame le 15 juin dernier, et placé sous la direction de M. le docteur S. Lachapelle, professeur à l'Université Laval. Le service s'y fait tous les jours, à 3 heures p. m.

L'association des dentistes de la province de Québec a, de son côté, et avec l'autorisation du Bureau médical de l'hôpital, pris sous sa direction le service des maladies dentaires. Ce service est fait régulièrement tous les jours, à 11 heures a. m.

Durant les mois de juillet et août, le service chirurgical interne est sous la direction de M. le Dr. Lamarche. M. le Dr. H. E. Desrosiers continue le service médical.

Au Dispensaire général, le service est fait par MM. les Drs. F. C. T. Lamoureux et Aug. Schmidt.

Université Laval, Montréal.—La séance de clôture des cours universitaires a eu lieu le 20 juin dernier au Cabinet de lecture paroissial, sous la présidence de M. le Grand Vicaire Maréchal représentant Sa Grandeur Monseigneur l'Archevêque de Montréal, Vice-Chancelier de l'Université. Avaient pris place sur l'estrade : M. le Vice-Recteur, les professeurs des facultés de Théologie, de Droit, de Médecine et des Arts, l'hon. G. Ouimet, surintendant de l'instruction publique, etc.

M. le Vice-Recteur a donné, dans un discours succinct, le rapport des opérations de l'Année Académique 1886-87, et annoncé officiellement l'organisation de la Faculté des Arts. Cette Faculté dont M. l'abbé Colin P. S. S., supérieur du Séminaire de St. Sulpice, est le doyen, ouvrira ses cours au mois d'octobre prochain, et complètera l'organisation de l'Université Laval à Montréal.

Après M. le Vice Recteur, ont pris la parole : M. l'abbé Colin, doyen de la Faculté des Arts, M. l'abbé P. N. Bruchési, professeur d'Apologétique à la même faculté et M. le Grand-Vicaire Maréchal.

D'après le rapport de M. le Vice-Recteur nous voyons que 75 élèves ont cette année suivi les cours de la faculté de médecine. C'est un progrès très sensible sur les années précédentes et nous ne doutons pas que ce progrès ne s'accroisse encore davantage l'année prochaine.

La rentrée des facultés aura lieu le 30 Septembre.

DÉCÈS.

LEGAULT.—A Montréal, le 26 juin, à l'âge 9 mois, Joseph Adhémar, enfant du Dr. J. N. Legault.

MARIAGE.

RICHARD-SOLY. — A l'Archevêché de Montréal, le 7 juin dernier, J. B. Richard, Eccl., M. D., Laval, (classe de 1887) de St-Antoine, Riv. Richelieu, à Mademoiselle Marie-Louise Soly, de Montréal.