

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE.—HOPITAL NOTRE DAME, MONTRÉAL —M. H. E. DESROSIERS — I. Chorée traitée par l'oxyde de zinc.—II. Coqueluche et belladone.—III. Traitement de l'ictère catarrhal.....	561
SOCIÉTÉS SAVANTES.—ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.—Séance du 10 octobre 1889 .....	563
ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA — <i>Vingt-deuxième réunion annuelle, tenue à Banff les 12 et 13 août 1889</i> .....	567
CORRESPONDANCE.—A travers les hopitaux de Paris .....	571
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>De l'insuffisance hépatique (Lancereau)</i> .....	574
<i>Insuffisance aortique (Peter)</i> .....	580
<i>Chloro-anémie (Potain)</i> .....	584
<i>De la colite chronique (Mercier)</i> .....	584
<i>Le traitement de la chlorose (Peter)</i> .....	586

( Voir la suite, page 5.)

## ASSORTIMENT COMPLET

— DE —

### REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals,	Vin Chevrier,
Eau de Vichy,	Vin Creosoté,
Eau Carlsbad,	Vin Raphael,
Eau de Contrexéville,	Elixir Ducro,
Eau Bonne,	Goudron de No r
Eau Seidlitz,	&c., &c.,

**LAVIOLETTE & NELSON,**

PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT

7-87-7

MONTRÉAL.

**Dr. J. LEDUC & CIE**  
**Pharmaciens - Chimistes**

**2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,**

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

**MONTREAL.**

---

**DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES**

**PARFAITEMENT PURS.**

---

*Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.*

---

**PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.**

---

*Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.*

---

**BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)**

---

**FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.**

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

**2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME**

*Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs*

**MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

CHIRURGIE.—Des angiomes de la langue .....	588
Des ligatures au catgut (Lucas-Championnière).....	590
Corps étrangers des voies aériennes (Moure).....	591
Traitement de l'ozène (Baratoux).....	595
L'acide borique dans l'urine. Son emploi dans la cystite (Marsh).	596
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.—Traitement des hémorragies post-partum par la compression intra-utérine de l'aorte (Séjournet)....	597
Tumeurs vasculaires polypoides du méat urinaire chez la femme (Jondeau).....	598
P.ÉDIATRIE.—Traitement de la bronchite capillaire.—Adénopathie bronchique avec cyanose (Simon).....	600
Sur la fièvre ganglionnaire (Pfeiffer).....	603
Manifestations morbides du surmenage physique (Dufour).....	604
FORMULAIRE.—Phtisie.—Ozène —Diphthérie.—Dyspepsie putride.—Ascite .....	607
BULLETIN.—Influence du mode d'administration sur l'action des médicaments .....	608
L'empoisonnement par la cocaïne .....	609
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE .....	611
CHRONIQUE ET NOUVELLES.....	612

# DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

## 2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

### MONTREAL.

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

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

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

## PHARMACIE G. DEMERS

### No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

# Proposition Spéciale aux Médecins

Ayant établi à Montréal une fabrique de nos célèbres seringues à jet continu "ALPHA" et autres articles en caoutchouc et désirant fournir aux médecins l'occasion de constater, par expérience personnelle, les avantages que ces marchandises possèdent sur toutes leurs analogues, nous avons résolu de leur offrir ce qui suit: Sur réception du montant spécifié ci-dessous, nous enverrons, franc de port, à tout médecin praticien de la Puissance du Canada.

Une seringue Alpha D pour.....	\$0 75
Prix de détail régulier.....	2 00
Une seringue à Syphon Alpha No 1 pour.....	0 75
Prix de détail régulier.....	2 00
Une bouteille à eau chaude Alpha de trois pintes pour.....	0 75
Prix de détail régulier.....	2 50

AVIS.—Attention toute spéciale donnée à la manufacture d'appareils et autres objets en caoutchouc, à l'usage des médecins et des pharmaciens. Adressez

## ALPHA RUBBER Co.,

MONTREAL, CANADA.

# J. H. CHAPMAN

2294, RUE STE-CATHERINE, 2294

AU COIN DE MCGILL COLLEGE AVENUE,

MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions: Comptant.

## INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE

De toutes espèces, des meilleurs modèles et de qualité supérieure à prix modérés au comptant.

*Pansements Antiseptiques; Thermo et Galvano Cautéres, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx; Chaise d'opération de Harvard, Clisses métalliques perforées de Lévis; Enema "Alpha" à courant continu; Batteries Gaiffe, (les véritables) Waite & Bartlett, &c., &c.*

*Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.*

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.—M. H. E. DESROSNIERS.

### I. Chorée traitée par l'oxyde de zinc.—II. Coqueluche et belladone.—III. Traitement de l'ictère catarrhal.

I. Félicie M., âgé de onze ans, entre dans le service le 10 juillet 1889, pour une chorée dont elle souffre depuis plusieurs mois. Déjà elle est venue se faire traiter à l'hôpital en mai dernier et y a séjourné environ un mois et demi.

Les mouvements choréiques sont bien marqués, cessant durant le sommeil et s'aggravant quand la petite malade se sent observée. Celle-ci est de tempérament lymphatique. Il n'y a pas d'antécédents nerveux dans sa famille. Le cœur ne donne aucun bruit de souffle ; il n'y a pas eu de rhumatisme articulaire.

La malade a déjà été soumise à plus d'une médication ; on a successivement employé l'antipyrine, l'arsonic, les bromures, le chloral, les toniques reconstituants, le tout sans effet apparent.

En face de ces échecs répétés, il a fallu songer à un changement de médication et nous avons commencé par ordonner le bromure de potassium à la dose de dix à vingt grains, trois fois le jour. L'effet a été nul ou à peu près, ce que voyant, nous avons substitué au bromure l'oxyde de zinc à dose de trois grains, augmentant successivement à cinq, huit, dix et douze grains, trois fois par jour, soit trente-six à quarante huit grains par jour. Sous l'influence de cette médication, une amélioration sensible s'est produite rapidement. Les mouvements choréiques étaient très légers dès le 15 août pour être à peu près nuls quand la malade a laissé l'hôpital le 1er septembre.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est encore assez difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante le mode d'action de l'oxyde de zinc et en général des préparations de zinc dans le traitement de la chorée. Il n'y a pas de doute que les sels de zinc, absorbés dans le sang, y circulent, probablement à l'état d'albuminates. Que sous leur influence le système nerveux soit calmé et que l'on constate la diminution des mouvements choréiques, cela semble prouvé par la clinique, mais le mode d'action du médi-

cament n'en reste pas moins obscur, et l'on peut en dire autant des sels d'arsenic, lesquels, on le sait, donnent de bons résultats dans le traitement de la danse de St. Guy.

II. Adeline D., 12 ans, est entrée dans notre service le 4 septembre, pour une coqueluche dont les débuts ont été assez normaux. La période catarrhale avait été suivie de la période spasmodique; les quintes étaient nombreuses, longues, fatiguanes, et s'accompagnaient de vomissements et de menaces de suffocation. Le traitement suivant a été institué: matin et soir, insufflations, dans l'arrière gorge, d'une solution de cocaïne (10 grains à l'onc.) À l'intérieur, le sulfate d'atropine à dose de 1/100 à 1/30 gr deux fois par jour, répétant les doses plus souvent ou les augmentant, de façon à produire de la dilatation pupillaire.

J'incline à croire que le meilleur moyen d'obtenir de bons effets de la belladone dans les cas de coqueluche—de même que dans les cas d'incontinence nocturne d'urine, c'est d'administrer le médicament à doses suffisamment élevées pour mettre le sujet entièrement sous l'influence de la belladone, c'est-à-dire jusqu'à production de la dilatation pupillaire. La belladone, il ne faut pas l'oublier, est, toutes choses égales d'ailleurs, plus facilement supportée par l'enfant que par l'adulte, ce qui fait que l'on peut plus facilement, chez celui-là, élever les doses suivant le besoin.

Dans la coqueluche, quand la chose est possible, surtout en pratique civile, je fais faire, chaque soir, autour du lit des malades, des vaporisations à l'acide phénique au 200<sup>e</sup>, de façon à ce que les petits patients se trouvent pour ainsi dire confinés dans une atmosphère phéniquée. Cette mesure, bien simple en elle-même, a semblé me donner d'excellents résultats.

III. Le malade que voici, Guillaume H., 57 ans, est entré dans le service, hier, 18 septembre. Il suffit de jeter un coup d'œil sur lui pour reconnaître qu'il est sous le coup d'une jaunisse des plus intenses. Je passe rapidement sur l'histoire de ce malade pour vous dire tout de suite que le diagnostic auquel je me suis arrêté est celui d'ictère catarrhal. L'ictère catarrhal étant, dans la très grande majorité des cas, lié à une inflammation de la muqueuse gastro duodénale, nous allons mettre le malade à la diète lactée et ordonnerons l'eau de Vichy à dose de une bouteille par jour. Pour combattre la tendance à la constipation, une dose de calomel sera donnée, à répéter dans deux jours s'il est besoin. Ce qu'il faut ici, en résumé, c'est favoriser la guérison du catarrhe duodénal, cause première de l'obstruction du canal cholédoque, laquelle obstruction devra, en cédant, laisser libre le cours de la bile dans l'intestin. Localement nous ferons appliquer dans le même but des fomentations chaudes qui devront être répétées toutes les deux heures.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

## ASSOCIATION

## DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 10 octobre 1889.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

**L'antisepsie obstétricale.**

M. le PRÉSIDENT communique une note relative à l'antisepsie en accouchements. Il fait ressortir l'importance d'assurer une antisepsie ou mieux une asepsie parfaite avant, pendant et après le travail.

L'asepsie obstétricale comprend les soins de propreté, la désinfection des mains de l'accoucheur, les lavages, les injections, les applications antiseptiques. Elle a une importance incontestable dans la pratique générale des accouchements, mais plus particulièrement dans le service des maternités où les chances de contagion et d'épidémie sont plus grandes. A la campagne, où les cas d'infection puerpérale sont relativement rares, on se contente d'ordinaire, quoique pas toujours, des soins de propreté. Il est cependant des médecins qui poussent le mépris du microbe jusqu'à ne pas même se laver les mains avant que d'entreprendre un accouchement.

Il ne s'en suit pas que les épidémies de fièvre puerpérale ne se montrent jamais à la campagne. On les y constate de temps à autre, et il n'est pas irrationnel de croire que dans beaucoup de ces cas, c'est le médecin lui-même qui sert de mode de propagation à la maladie.

L'antisepsie en accouchements, si elle doit être rigoureuse, ne doit pas prendre des proportions ridicules ni exagérées. On peut la résumer ainsi : Lavage des mains de l'accoucheur dans une solution de sublimé (1 p. 2000) ; ce lavage doit se répéter chaque fois que l'on pratique le toucher ; grand lavage des parties génitales externes de la femme avec la même solution, et injection vaginale antiseptique au sublimé (1 p. 2000) ou à l'acide borique (solution concentrée).

Immédiatement après l'accouchement, grande injection ou irrigation de la cavité vaginale avec la liqueur de Van Swieten, injection qui devra être répétée deux ou trois fois le jour pendant la



première semaine après l'accouchement, puis une ou deux fois le jour durant la seconde semaine.

Il va sans dire que s'il y a intervention manuelle ou instrumentale: forceps, version, etc., l'antisepsie devra être plus rigoureuse encore. Les linges, ouate, étoupe, etc., que l'on applique aux parties génitales pour recevoir les lochies, doivent être absolument désinfectés, soit au sublimé, soit à l'acide salicylique, soit à l'acide borique, et être changés souvent.

Il n'y a pas de doute que les précautions antiseptiques sont de première importance dans la pratique des accouchements, cependant il est des faits curieux du genre de celui-ci: Un médecin de campagne, ayant exercé activement pendant quarante années dans une circonscription très étendue, n'a eu à traiter, durant cette période, que quatorze cas de fièvre puerpérale, et n'en a pas perdu un seul. Or, ce médecin n'a, durant cette même période, jamais employé de mesures antiseptiques. Il serait curieux d'avoir à ce sujet l'opinion et la manière d'agir des praticiens ayant exercé principalement à la campagne, avant l'époque antiseptique. Peut-être ne trouverait-on dans leurs statistiques guère plus de cas d'infection puerpérale qu'on n'en trouve actuellement dans les mêmes cas, depuis l'adoption des précautions antiseptiques préventives.

DR BRENNAN.—Je crois à une antisepsie générale avant l'accouchement comme moyen de propreté et comme mesure préventive de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Pendant l'accouchement, le moins de manipulations possibles: *propreté* surtout de la femme et de son lit. C'est à l'accoucheur d'être rigoureusement antiseptique, c'est-à-dire propre, en sa personne.

Le médecin qui traite des cas d'érysipèle ou de scarlatine, élément d'infection puerpérale malheureusement trop oublié, ne doit pas en même temps faire des accouchements, ou s'il y est obligé, une antisepsie plus minutieuse s'impose.

Survient-il des signes d'infection générale ou de décomposition locale, il faut agir. L'antiseptique par excellence, ici, à mon idée, est l'acide borique. Le cas est-il grave et pressant, le sublimé s'impose, mais il faut l'entourer de toutes les précautions que son emploi commande.

Quelquefois des lavages vaginaux suffisent, si non, il ne faut pas craindre d'en venir aux lavages intra-utérins pratiqués avec une sonde à double courant. L'absorption septique continue-t-elle à se faire, il faut un curage utérin.

Dans ces divers degrés il n'y a pas à hésiter, le devoir oblige d'agir. Je suis convaincu que beaucoup de femmes meurent par manque d'énergie, ou par insouciance quelquefois, de la part du médecin.

Il faut savoir attendre et il faut savoir intervenir à propos.

## Traitement des douleurs post-puerpérales.

M. LE PRÉSIDENT passe rapidement en revue les nombreux médicaments qui ont été conseillés pour combattre les douleurs consécutives à l'accouchement. Les douleurs post-puerpérales étant la plupart du temps de nature spasmodique et dues à une contraction des fibres musculaires de l'utérus, les médicaments qui semblent donner les meilleurs effets sont la morphine, la belladone, le chloral, le *viburnum prunifolium*. La morphine se donne mieux en injection hypodermique ou sous forme de suppositoire. Cependant il est de bonne prudence de ne donner ni morphine, ni opium avant que six heures se soient écoulées depuis la délivrance. La belladone s'administre aussi sous forme de suppositoire (1 à 2 gr. d'extrait). Le chloral réussit mieux si on le combine à l'opium. Le *viburnum* a donné d'excellents résultats entre les mains de M. le professeur DAGENAIS. Les applications chaudes (cataplasmes et fomentations) soulagent beaucoup, et peuvent être employées dès les premières heures, de même que les injections vaginales chaudes. Il va sans dire que si les douleurs sont directement provoquées et entretenues par la présence d'un caillot ou de débris de membrane dans la cavité utérine, il faudra procéder avant tout à l'extraction de ces corps étrangers.

Séance du 31 octobre.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

### Monoplégie brachio-crurale.

M. le docteur BRENNAN communique la note suivante :

Il s'agit d'un malade âgé de soixante ans, robuste, bien constitué; n'a jamais eu de maladie grave avant l'affection actuelle. Aucune histoire apparente de syphilis: pas de rhumatisme articulaire, ni désordre nerveux, ni mental. La mère vit encore, âgée de 80 ans; le père est mort à 80 ans; un frère souffre de rhumatisme; les autres membres de la famille ont une bonne santé.

Le début de la maladie actuelle remonte à six mois et aurait été *graduel*, se trahissant par des fourmillements dans le bras et la jambe gauches; ces symptômes précurseurs de la paralysie actuelle auraient débuté l'après-midi; la parésie de la jambe gauche ayant été précédée pendant quelques jours de douleurs quasi fulgurantes. Au bout de trois ou quatre semaines, les membres gauches sont paralysés. Le début de la maladie et son évolution ultérieure n'ont été accompagnés d'aucun symptôme intellectuel; il n'y a jamais eu ni perte de connaissance, ni céphalalgie, ni vertige, ni trouble oculaire, ni de la parole, ni de la déglutition. Pas

de paralysie faciale ni de désordre musculaire dans aucun autre groupe de muscles que ceux des membres paralysés. Le bras gauche est impotent, atrophié; les doigts sont en griffe. Pas de désordre de la sensibilité tactile et douloureuse. La jambe gauche est parésisée, non atrophiée, le malade ne peut marcher, ne pouvant se tenir sur sa jambe gauche qu'il traîne lourdement; couché, il peut la soulever du lit, pas de lésion apparente de l'articulation coxo-fémorale ni de l'épine dorsale; pas d'œdème ni de congestion passive. Les réflexes plantaire et rotulien persistent. Pas de pupille Argyll-Robertson; pas de tremblement. Aucun désordre des voies digestives, ni de la vessie. Aucune lésion cardiaque. Le malade n'est ni alcoolique ni fumeur. Il ne fait pas d'excès vénériens. Il n'y a pas d'athérome, pas de gérontoxon. Il n'a jamais souffert de grandes névroses ni subi de traumatisme. Aucun signe de saturnisme. Pas de diabète ni de lésions rénales. L'observation paraît intéressante en ce qu'elle semble indiquer une lésion purement localisée aux centres moteurs du bras et de la jambe gauches.

Le malade est soumis à un traitement à base d'iodure de potassium à hautes doses, et, une couple de mois après, il y a une amélioration très sensible.

### Méningite tuberculeuse.

M. LE PRÉSIDENT relate quatre cas de méningite tuberculeuse observés par lui en pratique civile, depuis la fin de juin dernier. Dans le premier cas, une fillette de huit ans, à constitution délicate, à prédisposition tuberculeuse, la rougeole ouvrit la scène, vers le 15 juin. Elle fut immédiatement suivie de la coqueluche sur laquelle se greffa la tuberculose, d'abord pulmonaire, puis méningée. Cette dernière termina la scène le 16 août.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette de sept ans; intelligence précoce et prématurément développée. La malade fut vue le huitième jour de l'affection. Un médecin appelé au premier signal avait diagnostiqué une fièvre typhoïde et prescrit la quinine. Lors du huitième jour, la fièvre était modérée, le pouls à 80. Temp. 100° Fahr, pupille demi dilatée; respiration de Cheyne-Stokes. Le lendemain, le pouls était à 60, mais la petite malade, de plus en plus somnolente, répondait à peine aux questions. Constipation; ventre en bateau. Cet état dura quatre jours, au bout desquels le pouls remonta brusquement à 160 et la température à 104° Fahr. Respiration accélérée, mais pas de toux. Constipation. Congestions passagères de la face. Sommeil constant, puis coma de plus en plus profond, et mort 21 jours après le début des symptômes alarmants. Des convulsions sont survenues la veille de la mort.

Le 3e et le 4e cas se rapportent à deux petits garçons âgés res-

pectivement de 21 mois et de deux ans et demi, et chez lesquels la maladie a suivi la marche classique. L'autopsie n'a pu être faite que chez l'enfant de 21 mois et a révélé la présence de tubercules innombrables à la base du cerveau et au niveau des corps striés, le tout accompagné d'une abondante effusion de sérum, les méninges en étant pour ainsi dire infiltrées. Pas de convulsions dans ces deux derniers cas ; pas de cris hydrocéphaliques.

M. le docteur BRENNAN rapporte aussi trois cas de méningite tuberculeuse dont deux ont débuté deux ou trois mois après une attaque de rougeole ; le troisième, environ six mois après une diphtérie maligne. Dans le premier cas l'enfant n'a cessé de tousser à la suite de sa rougeole et a présenté des signes de tuberculose pulmonaire. Deux points ont signalé le début de la méningite : le caractère maussade—de joyeux qu'il était—de l'enfant, des intervalles de nausées. La méningite s'est fait remarquer par un coma profond, continu, à début brusque. Les signes avant-coureurs du second ont été des vomissements sans raison appréciable survenant à des intervalles éloignés et une constipation prononcée.

M. BRENNAN fait remarquer que la méningite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le jugerait par les certificats de décès : les enfants meurent d'une autre maladie que la méningite tuberculeuse !

---

## ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA (1)

---

*Vingt-deuxième réunion annuelle, tenue à Banff les 12 et 13 août 1889.*

Présidence du docteur Ross.

12. La séance s'ouvre à 8.30 p. m. (13 août) par la lecture d'un travail du docteur I. H. CAMERON, sur la hernie, travail au cours duquel il analyse les théories de M. LOCKWOOD.

Discussion par les docteurs MARCEY, GARDNER et H. P. WRIGHT et réplique du Dr CAMERON.

13. Le docteur PRAEGER rapporte plusieurs cas de chirurgie.

14. Le Président informe l'assemblée que le docteur JUKES a retiré sa communication sur la fièvre endémique des Territoires du Nord-Ouest.

15. Le docteur DUPUIS, appelé à lire son travail sur certains perfectionnements d'instruments médicaux et chirurgicaux, se contente, vu l'heure avancée, de faire voir et d'expliquer les instruments en question.

---

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

Les travaux dont suit l'énumération, sont considérés lus *par titre*, vu l'absence de leurs auteurs : Sources minérales, par le Dr H. B. SMALL, d'Ottawa. - Du vertige comme symptôme oculaire et auriculaire, par le Dr J. W. STIRLING, de Montréal.—Une cause fréquente de déplacement de l'utérus en arrière, sa prophylaxie, par le Dr A. L. SMITH, de Montréal.—Un cas de névrose consécutive à une fracture composée, par le Dr John CAMPBELL, de Seaforth.

Le docteur STEWART, de Pictou, propose, appuyé par le docteur RODDICK, que le président nomme un comité chargé d'entrer en pourparlers avec les sociétés de médecine locales et provinciales ainsi qu'avec les gouvernements fédéral et locaux dans le but de faire réduire les droits douaniers sur les instruments de chirurgie. Adopté.

Le docteur P. S. CONNOR, parlant au nom des délégués américains, remercie l'Association pour l'invitation qui leur a été faite.

Le rapport du trésorier est adopté et se lit comme suit :

Actif.—Contributions reçues par le trésorier en charge (82)	\$164.00	
Passif.—Balance due au docteur Sheard .....	2.07	
Dû au "Times" de Hamilton.....	13.00	
Dû à Somerville, Benallack & Co., Montréal.	52.50	
Timbres postes, papeterie, &c.....	30.75	
Dû au Moulton's Theatre Co.....	20 00	
Dû à la Compagnie de lithographie Burland.	2.75	
		121.07
		<hr/>
Balance en caisse.....		42.93
Réduction sur location du théâtre.....		5.00
		<hr/>
		\$47.93

Vérfifié,

F. BULLER.

E. P. LACHAPELLE.

Le docteur Stewart, de Pictou, présente le rapport suivant de la part du comité de nominations :

Lieu de réunion : Toronto. — Président, Dr James Ross, Toronto, Ont.; Secrétaire, Dr James Bell, Montréal, Que.; Trésorier, Dr W. H. B. Aikins, Toronto, Ont.

Vice-Présidents:—Pour la Colombie Britannique, D. E. Berts, Nanaimo, C. B.; Pour les T. N. O., Dr Brett, Banff, T. N. O.; Pour Manitoba, Dr R. Spencer, Brandon, Man.; Pour Ontario, Dr Bruce Smith, Seaforth, Ont.; Pour Québec, Dr E. P. Lachapelle, Montréal, Que; Pour le Nouveau Brunswick, Dr Holden, St John, N. B.; Pour la Nouvelle Ecosse, Dr L. Johnston, Sydney Mines, C B.; Pour l'île du Prince Edouard, Dr McLeod, Charlottetown, I. P. E.

Secrétaires locaux :—Pour la Colombie Britannique, Dr Fagan, New Westminster, C. B.; Pour les T. N. O., Dr Rutledge Moosomin, T. N. O.; Pour Manitoba, Dr H. Higgingson, Winnipeg, Man.; Pour Ontario, Dr J. J. Farloy, Belleville, Ont.; Pour Québec, Dr J. Elder, Huntingdon, Que; Pour le Nouveau Brunswick, Dr Raymond, Sussex, N. B.; Pour la Nouvelle Écosse, Dr W. S. Muir, Turo, N. E.; Pour l'Île du Prince Édouard, Dr Warburton, Charlottetown, I. P. E.

Les comités permanents sont formés comme suit :

*Nécrologie.*—Drs Hingston, A. H. Wright et Geo. Ross.

*Éducation et littérature médicales.*—Drs Dupuis, Cameron (Toronto) et Mullin.

*Climatologie.*—Drs Oldright, Bryce, F. Campbell, E. P. Lachapelle, Parker, Jukes, Robillard, Patterson, Milne et Kennedy.

*Déontologie.*—Le P. président et le Vice-président élus et les huit vice-présidents.

*Arrangements.*—Drs James Ross, Geikie, Oldright, Graham, Strange, Grassett, A. H. Wright, O'Reilly et W. H. B. Aikins.

*Publication.*—Drs A. Morrow, James Stewart et Heard.

Toutes ces nominations sont confirmées.

Des remerciements sont ensuite votés à la compagnie du Pacifique et à ses officiers, aux citoyens de Banff, au Dr Schultz, lieutenant gouverneur du Manitoba, à la compagnie du chemin de fer le Grand Tronc, aux médecins de Winnipeg, aux clubs de Winnipeg, et Manitoba, au président, Dr Wright, et au Dr James Bell, secrétaire général.

Sur proposition du Dr Oldright, appuyé par le Dr Lachapelle, il est résolu de recommander au gouvernement fédéral de faire dresser des statistiques au sujet des conditions climatiques de Banff et autres localités du Nord-Ouest, de la composition chimique du sol et des eaux du district, afin que la profession soit mieux en état d'y envoyer des malades. L'Association recommande en outre au gouvernement de faire établir une station de signaux à Banff, avec des branches à tous autres endroits que l'on jugera convenables, une personne compétente étant choisie pour surveiller les observations faites à chacune de ces stations.

Le docteur W. S. Muir propose, appuyé par le docteur Shepherd, que les secrétaires locaux fassent auprès des sociétés médicales de chaque province les démarches nécessaires pour s'assurer s'il n'y aurait pas moyen d'amener l'affiliation de ces sociétés à l'Association médicale du Canada.

Il est enfin proposé par le docteur E. P. Lachapelle, appuyé par le docteur Oldright, que l'Association déclare être d'avis que tous les praticiens devraient se conformer loyalement aux dispositions sanitaires en force dans chaque province, en rapportant à l'autorité tous les cas de maladie contagieuse, dans le but de mettre la dite autorité à même de prendre les mesures nécessaires pour empêcher la diffusion des dites maladies et prévenir les épidémies.

Le secrétaire donne lecture de la lettre suivante reçue de la part du Lieutenant Gouverneur de Manitoba :

Winnipeg, Man., 12 août, 1889.

Monsieur le Secrétaire,

En réponse au désir exprimé par les officiers et un grand nombre des membres de l'Association médicale du Canada que je sois présent à votre réunion de Banff, je regrette d'avoir à dire que, mon devoir m'appelant dans une autre direction, je ne pourrai pas me rendre à votre appel, espérant seulement pouvoir vous rencontrer quelque part dans la Colombie Anglaise avant votre départ. Laissez-moi dire à l'Association, par votre intermédiaire, combien je suis heureux personnellement, ainsi que toute la profession ici, du choix qu'a fait l'Association d'une ville du Nord-Ouest comme lieu de réunion cette année. Dans ma pensée, le choix de Banff est particulièrement approprié, attendu que cet endroit est un de nos *sanitariums* nationaux. Il est des questions d'ordre médical et scientifique qui peuvent y être mieux étudiées et discutées que partout ailleurs. Banff est situé sur une chaîne de montagnes mémorable par le souvenir de plusieurs grands médecins. Le docteur RICHARDSON (plus tard Sir John RICHARDSON) a suivi cette chaîne le long de notre grande rivière du nord jusqu'au point où ses sommets s'inclinent pour former les rivages de la mer arctique. Ce digne compagnon de notre grand voyageur arctique dont les restes sont ensevelis sous les neiges et les glaces de l'archipel boréal a été le premier à apprendre au monde l'existence de la flore arctique et sous arctique, et à donner des notions précises sur les mœurs de la faune sauvage du nord. Le docteur HECTOR a donné des notions précieuses sur les mêmes sujets, ainsi que sur les maladies des tribus du nord alors que le capitaine Palliser explorait les passes des Montagnes Rocheuses.

Le docteur CHEADLE, chirurgien de l'expédition de Lord Milton, a écrit ce livre intéressant : " Le passage du Nord-Ouest par terre," décrivant une des passes au nord desquelles vous êtes réunis en ce moment.

Je suis sûr que tant d'hommes savants, appartenant à une profession dont je suis fier d'être membre, quand ils en viendront à discuter, ne pourront que jeter une vive lumière sur les questions nombreuses qui seront présentées à leur examen, comme par exemple : Si la haute température des Sources de Banff est due à la désintégration des sulfites et des sulfates ou bien à une action volcanique ; si la température des sources variant suivant l'une ou l'autre de ces causes, la proportion relative des composés chimiques varie également ; l'influence des hautes altitudes sur le bacille de la tuberculose et autres germes morbifiques ; l'influence des grandes surfaces de roc graniteux non absorbantes sur la vie des bactéries qu'on pourrait rencontrer à ces hauteurs, etc, etc.

Et quand la discussion de ces questions d'ordre purement scientifique sera close, je demanderai à mes savants confrères de s'arrêter et de bien réfléchir au fait qu'ils sont réunis en un endroit où, pour raisons d'économie, le Canada est à sa plus grande largeur, (au lieu d'être une simple bande de terre cultivable sur les bords du St Laurent.) à un endroit où, à l'Est, le Canada mesure 1300 milles de terres bonnes pour culture et pâturage, et à l'Ouest, une largeur presque égale tant au nord qu'au sud, d'un des plus riches districts miniers du monde entier.

Je demeure,  
 Cher monsieur,  
 Votre, etc.,

JOHN SCHULTZ.

Il est décidé que cette lettre sera publiée dans tous les journaux de médecine de la Puissance. Et la séance est levée.

---

## CORRESPONDANCE.

---

### A travers les hopitaux de Paris.

*Monsieur le Rédacteur-en-chef,*

Je viens aujourd'hui vous parler un instant de M. Lucas-Championnière, chirurgien à l'hôpital St. Louis, tel que je vous l'ai promis dans ma dernière. Il est vrai que ce monsieur n'est pas encore arrivé à la célébrité du grand Péan, mais il n'en est pas moins une étoile de première grandeur. C'est un travailleur émérite, un homme d'action et d'étude qui a beaucoup d'énergie et un grand désir de parvenir. S'il n'arrive pas à la hauteur du maître, ce ne sera pas de sa faute, car il fait tout ce qu'il peut. Mais quand même il n'arriverait jamais, il n'en sera pas moins l'une des figures marquantes de l'histoire de la chirurgie du dix-neuvième siècle. Car il ne faut pas oublier qu'on peut être bien inférieur à Péan, et être encore très grand chirurgien. Pendant mon séjour à Paris j'aurais bien désiré suivre ses cliniques assiduellement, mais des circonstances incontrôlables m'en ont empêché. Cependant j'ai eu le plaisir de le voir assez souvent à l'œuvre pour être en état d'en parler avec connaissance de cause. M. Lucas-Championnière est comparativement un jeune homme. Il dépasse à peine la quarantaine et a devant lui toute une carrière. Il a certainement le temps de changer de route bien des fois avant de se fossilifier. Il est rare de rencontrer une figure aussi sympa-



thique et qui, à première vue, impressionne aussi favorablement. Des traits réguliers, des yeux bleus et doux, le nez un peu aquilin, une tête bien modelée qu'il porte avec fierté, un maintien splendide, une apparence très intelligente, sont autant d'ornements et de dons qu'il possède pour se faire aimer. Aussi ses malades l'adorent. Ce qui contribue beaucoup à sa popularité, c'est son babil incessant, sa faculté de parler toujours.

Il cause avec tant de grâce et de bonhomie, il parle si bien qu'on ne se fatigue jamais de l'entendre. Toujours le sourire sur les lèvres, on dirait que c'est un bonheur pour lui d'entendre roucouler sa voix au timbre d'argent. Et ce qui ajoute au charme de sa conversation brillante, c'est qu'il n'emprunte ses idées de personne. Il en a à lui, et, un peu vaniteux, un peu fier et orgueilleux, il ne perd jamais une occasion de s'en mettre au jour. Il a un peu la marotte des grands hommes. Il affecte de se faire humble tout en se croyant supérieur. S'il ne faut que des talents et beaucoup d'ambition pour laisser un nom dans l'histoire, il laissera le sien, car il a des talents et beaucoup d'ambition. On ne peut pas lui refuser cependant un esprit large et éclairé et une détermination bien arrêtée de laisser les vieux sentiers battus. Il y a longtemps qu'il a brisé avec les vieilles idées et les vieux préjugés, et qu'il court à toute bride dans la voie du progrès. Il est constamment à faire de nouvelles expériences et de nouveaux essais. Depuis quelques mois, il s'est mis à la recherche d'un moyen quelconque pour enrayer cette terrible maladie : l'épilepsie.

Après s'être adressé en vain à la matière médicale, il a eu recours à la chirurgie. Après maintes expériences, il s'est avisé en dernier lieu de faire la trépanation du crâne. A la fin d'août dernier il avait opéré six fois, et il faut le dire à sa louange, avec un succès tout à fait inattendu. Tous les opérés ont éprouvé un soulagement sensible. Trois ne sont pas revenus après l'opération, mais ils étaient déjà bien mieux quand ils ont laissé.

Deux sont revenus et n'avaient éprouvé un seul accès depuis leur départ de l'hôpital. Le sixième cas était encore récent. C'était une jeune fille qui avait été opérée six semaines auparavant.

A cette époque, elle avait souvent jusqu'à douze accès par jour et ses facultés intellectuelles étaient menacées d'un naufrage complet. Mais aussitôt après l'opération les accès ont diminué. Elle n'en a eu que quatre dans les quinze jours qui ont suivi, et qu'un seul dans le mois suivant. Et ce qui est très flatteur, c'est que les facultés intellectuelles étaient déjà revenues. Elle ne souffrait plus de maux de tête, d'étourdissements, d'hallucinations, etc., etc., qui jusque-là ont fait sa vie si malheureuse. Ainsi dans tous ces cas, un mieux sensible s'est fait sentir immédiatement après l'opération, ce qui démontre que ce traitement est celui qui promet le plus de tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici. M. Lucas-Championnière est un bel opérateur et manie le scalpel avec une

grande habileté. Toutes ses opérations portent le cachet d'une apparence classique.

Fervent disciple de l'antisepsie, il ne néglige aucun détail tant soit peu nécessaire à la consécration du principe. Ses pansements sont toujours faits avec soin, et d'après les méthodes les plus récentes. J'ai remarqué qu'il est fort sur le drainage. Il prétend que c'est une mesure qui ne peut jamais faire de tort, et peut souvent en éviter beaucoup. Le drain, employé judicieusement, prédispose la guérison par première intention dans la plus grande partie des cas. De tous les antiseptiques il donne la préférence à l'acide phénique.

Dans ses laparatomies, il emploie un mélange de bicarbonate de soude, d'iodoforme, etc. etc., et son pansement, du reste, diffère peu de celui de Péan.

Je m'arrête, croyant en avoir assez dit pour faire connaître un peu à vos lecteurs cet éminent chirurgien si recherché et si sympathique à nos médecins canadiens qui l'ont suivi.

Quoiqu'il brille d'un grand éclat, il brillerait bien davantage s'il n'avait pas comme plusieurs autres à souffrir de l'ombre du grand maître.

M. M. MITIVIER.

Holyoke, Mass., novembre 1889.

Le Congrès international de l'alcoolisme, qui s'est tenu récemment à Paris, a émis le vœu que les gouvernements prennent des mesures pour restreindre le nombre des cabarets.

Cette diminution peut être obtenue, soit en limitant le nombre des cabarets, soit en les frappant d'une taxe élevée, ou bien encore en appliquant ces deux moyens à la fois. C'est ce qu'a fait l'année dernière l'Etat du Massachusetts en votant une loi qui limite le nombre de cafés à 1 pour 1,000 habitants en dehors de Boston et pour 580 à Boston. Concurrément avec cette limitation du nombre des établissements publics, on a élevé leur patente en multipliant leur cote antérieure par 100.

La nouvelle loi est entrée en vigueur le 1er mai dernier. A la fin d'avril, il y avait à Boston 1,658 établissements publics; il en a été fermé 878, soit exactement la moitié.

Des trois moyens principaux employés dans les Etats-Unis pour restreindre l'alcoolisme: prohibition de la fabrication et de la vente des spiritueux, limitation du nombre des cafés, fortes patentes pour les établissements publics, c'est ce dernier qui donne, paraît-il, les meilleurs résultats.

## MÉDECINE.

**De l'insuffisance hépatique.**—Clinique de M. le prof. LANCE-  
REAU.—La connaissance des conditions physiologiques de la mort  
est l'une de celles sur lesquelles le médecin doit être le mieux  
renseigné, car il lui faut avant tout chercher à prévenir ce dé-  
nouement fatal, et cependant avouons que c'est un des points  
dont on s'occupe le moins.

Nous entendons par insuffisance hépatique un complexe symp-  
tomatique résultant d'un simple trouble fonctionnel, dû le plus  
souvent à une altération de structure et entraînant la perturba-  
tion ou la suppression passagère ou prolongée des fonctions du  
foie. Le nom d'acholie employé comme synonyme ne désigne  
qu'une partie de ce complexe, celle qui résulte de la suppression  
de la bile. Mais comme on a appelé de ce nom les troubles consé-  
cutifs à l'obstruction des voies biliaires sans les analyser, et que  
cette obstruction est fréquemment suivie de la destruction des  
cellules hépatiques, il en résulte qu'on a rapporté à l'acholie la  
plupart des phénomènes relevant de l'insuffisance hépatique.

L'insuffisance hépatique se manifeste quelquefois, mais rare-  
ment, à la suite d'un simple trouble fonctionnel. C'est le plus sou-  
vent dans le cours d'une altération primitive ou secondaire de la  
glande que se montrent les phénomènes caractéristiques de ce  
syndrome dont la description suivante, bien qu'artificielle, se rap-  
proche autant que possible de la nature.

Le malade, jusque-là amaigri ou étique, le plus souvent atteint  
d'ascite et d'ictère, se sent fatigué, courbatu et mal à l'aise. Son  
caractère devient irritable, il éprouve de l'oppression dans la  
marche ou même au repos, et se plaint des sensations d'étouffe-  
ment. Il accuse de l'insomnie, présente de la torpeur et ne tarde  
pas à être pris d'un délire d'abord léger, puis plus intense, avec  
agitation la nuit. Il survient des soubresauts des tendons, quel-  
ques convulsions partielles, des contractures des mâchoires, des  
membres supérieurs, plus rarement des inférieurs, de l'inconti-  
nence des feces et des urines. A cette phase d'excitation succède  
généralement une période de dépression caractérisée par un  
anéantissement complet, de la somnolance et du coma, avec ou  
sans formation d'eschares à la région sacrée.

En même temps, et parfois plus tôt, la langue est pâteuse, amè-  
re, saburrale, puis elle se dessèche; il survient du météorisme,  
des vomissements peu abondants, verdâtres ou jaunâtres, assez

semblables aux vomissements de l'urémie. La soif est relativement peu vive, l'appétit complètement aboli : le malade ne désire ni boire, ni manger. Les évacuations rarement normales sont souvent diarrhétiques et fétides. Quelquefois il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. Le volume du foie diminue, tandis que celui de la rate augmente.

A partir du moment où se déclarent les phénomènes d'insuffisance hépatique, les fonctions urinaires sont habituellement troublées. Les urines diminuent de quantité ; elles sont acides, fortement colorées, souvent ictériques, épaisses, uratiques et quelquefois albumineuses. Elles renferment de l'urée en moindre proportion, de la leucine et de la tyrosine.

La respiration est ordinairement modifiée. Le malade, toujours oppressé, éprouve une vive sensation de constriction sternale. L'inspiration est courte, l'expiration rapide, puis vient une longue pause, ainsi que cela a lieu chez les animaux auxquels on a sectionné les deux nerfs pneumogastriques. Ce mode respiratoire ressemble à celui de l'urémie, au type Cheyne Stokes. On ne constate rien d'ailleurs à l'auscultation, si ce n'est quelques râles de stase. Il existe assez ordinairement une toux sèche et gutturale, et le patient, lorsqu'il existe de l'ictère, continue d'être tourmenté par un prurit insupportable.

Le pouls irrégulièrement fréquent présente 80 à 100 pulsations, 120 parfois. Il y a des palpitations intermittentes, inégales, des battements dans les grosses artères, du refroidissement des extrémités. La température s'abaisse au-dessous de 37°, parfois elle s'élève, mais dépasse rarement 38°.

A ces phénomènes s'ajoutent assez ordinairement des hémorragies, épistaxis, pétéchies, gastrorrhagies, hémoptysies, plus rarement des hématuries. La dénutrition est rapide et démesurée, les traits du visage s'altèrent, la face se grippe. La peau se sèche, devient écailleuse, mais elle est rarement le siège d'éruptions.

Cet ensemble symptomatique qui peut être qualifié en somme d'état typhoïde, ataxo-dynamique, évolue rapidement, sa durée habituelle varie de deux à huit ou dix jours, et sa terminaison la plus fréquente est la mort.

Ce complexe, comme on le voit, présente des analogies frappantes avec celui de l'urémie. Comme dans l'urémie, il y a du délire, de l'oppression, des vomissements, du coma, des convulsions. Mais l'urémie revêt des formes diverses. Les vomissements sont isolés, et ne se perdent pas au milieu du tableau général, comme dans l'insuffisance hépatique. L'urémie est plus changeante, plus protéiforme. L'insuffisance hépatique a plus d'analogie avec ce qu'on a décrit sous le nom d'ammoniémie, avec l'état final des urinaires et non des urémiques. Dans la cachexie des urinaires, en effet, s'observent la plupart des phénomènes de l'insuffisance hépatique.

Quelles sont les conditions pathologiques de ce syndrome. On peut dire d'une manière générale de toutes les maladies du foie qu'elles attaquent d'emblée la cellule hépatique, ou qu'elles la modifient consécutivement à d'autres désordres. A la première catégorie appartiennent l'ictère grave primitif ou fièvre ictérique, puis la fièvre jaune, l'intoxication par le phosphore, par l'arsenic ; dans la seconde, se rangent les cirrhoses ; l'épithéliome primitif du foie, les ictères par rétention biliaire, etc. Dans tous les cas, l'insuffisance hépatique n'apparaît pas d'emblée mais au bout d'un temps plus ou moins long, de quelques jours ou de plusieurs mois, et même plus, suivant la localisation morbide, alors que le foie se trouve profondément modifié. Or, dans toutes ces maladies, il est un désordre anatomique commun, l'altération primitive ou secondaire de la cellule hépatique. Bien connue dans l'ictère grave, la fièvre jaune, etc., cette altération existe encore dans la stéatose, le cancer primitif est aussi dans l'ictère par rétention. L'altération de la cellule hépatique est la condition nécessaire à l'insuffisance hépatique. Cela devait être *a priori*, car c'est l'élément spécial, chargé de la fonction du foie.

Ainsi l'examen des faits nous amène à conclure que l'insuffisance hépatique est subordonnée à un certain désordre matériel et peut être purement fonctionnel de la cellule glandulaire du foie. Mais par quel mécanisme se produisent les désordres qui la caractérisent ? Quel est tout d'abord le rôle fonctionnel de la cellule hépatique ?

Cet élément sécrète la bile, fabrique du glycogène qui contribue au maintien de la chaleur, et à la nutrition du sang et des tissus. Ce glycogène, ainsi qu'il résulte de recherches récentes (Roger) paraît servir encore à l'accomplissement de la troisième fonction du foie qui est de transformer les matières albuminoïdes, de former de l'urée et autres produits ultérieurement éliminés par les reins. Ainsi se trouve mise en évidence la corrélation existant entre les fonctions du foie et celles du rein, deux organes possédant chacun un système porte et des fonctions éliminatrices.

Parmi ces fonctions multiples, quelle est celle dont la suppression a pour effet le tableau clinique de l'insuffisance hépatique. Est-ce l'abolition de la fonction biliaire ?

La bile est un produit récrémentiel, qui, à la vérité, jouit de propriétés antiseptiques dues surtout à l'acide cholalique ; mais aussi elle est un liquide toxique. Les recherches de Bouchard ont appris que si " en des temps égaux l'urine élimine la moitié de ce qu'il faut pour tuer un homme, la bile élimine le triple, et par conséquent la totalité de la bile est six fois plus toxique que la totalité de l'urine."

Le même auteur a démontré que l'homme fabrique en huit heures de quoi se tuer lui-même par sa seule sécrétion hépatique. Il faut de 4 à 6 centimètres cubes de bile pour tuer en convul-

sions 1 kilogr. d'être vivant. Austin Flint avait été conduit à attribuer à la cholestérine les propriétés toxiques de la bile; mais les preuves qu'il donne de sa manière de voir laissent à désirer, et d'ailleurs chez les vieillards, on peut voir des foyers athéromateux largement ouverts dans l'aorte et contenant quelquefois plusieurs grammes de cholestérine sans qu'il y ait traces d'empoisonnement.

D'autre part, il résulte des recherches de Bouchard que la bile décolorée par le charbon est trois fois moins toxique que la bile en nature, et que la matière colorante, la bilirubine tue à la dose de 5 centigr. par kilogramme de lapin. Quant aux sels biliaires ils seraient dix fois moins toxiques.

À l'état physiologique, nous sommes protégés contre cette source d'intoxication par la précipitation dans l'intestin précisément des deux éléments actifs, la bilirubine et les sels. La bilirubine précipite au contact du chyme acide qui la rend insoluble et empêche qu'elle ne soit résorbée. Les acides des sels biliaires très instables, se décomposent pour aboutir à l'acide cholalique, au glycocholle, à la taurine, et enfin à une matière insoluble, la dyslysine. La soude, base de ces sels, est inoffensive, et si donc la bile est un liquide récrémentaliel, c'est-à-dire résorbable en partie, la résorption ne s'opère que sur les matériaux inoffensifs. Et d'ailleurs c'est au foie qu'arrivent les parties résorbées de la bile et l'on sait que le foie n'est pas les poisons.

À l'état pathologique, l'intoxication par la bile n'est pas mieux démontrée, et si l'acholie n'entraîne pas forcément l'insuffisance hépatique, elle n'en est pas moins une partie importante. Quand, au début ou au cours d'une affection, la cellule hépatique est atteinte, la fonction biliaire est supprimée ou ralentie. Dans l'ictère grave, la mort, si commune, ne peut être attribuée à l'intoxication par la bile, car la fonction biliaire du foie est supprimée, comme d'ailleurs elle finit par l'être dans certains cas d'ictère catarrhal ou par rétention, précisément au moment où survient le danger, c'est-à-dire au moment où les phénomènes de l'insuffisance hépatique commencent à se manifester.

Nous sommes donc obligés, pour expliquer le syndrome insuffisance hépatique, de faire intervenir, au lieu de l'intoxication par un produit normal, la bile, l'intoxication par des poisons anormaux, qu'ils résultent de l'absorption intestinale ou de la rétention des matériaux destinés à être emportés par le liquide biliaire ou de l'absence de formation de ce liquide.

Quand il y a ictère, nous sommes protégés contre l'intoxication par la fixation dans le sang et les tissus blancs de nature conjonctive de la bilirubine, qui s'élimine avec les sels par les urines, plus toxiques d'ailleurs chez les ictériques.

Au nombre des accidents dus à la suppression de la fonction cellulaire du foie se trouve la diminution de la quantité des uri-

nes. L'insuffisance de l'émonctoire hépatique est pour ainsi dire, forcément suivie à un moment donné de l'insuffisance du grand émonctoire rénal. Les urines qui, en effet, renferment de l'albumine, de la leucine, de la tyrosine, etc., deviennent d'autant plus rares que le foie livrant passage à des matériaux qu'il devrait élaborer ne fabrique plus l'urée, si longtemps incriminée et que l'on s'accorde aujourd'hui à regarder comme bienfaisante et diurétique. La physiologie pathologique des accidents de l'insuffisance hépatique comprend donc l'urémie au nombre de ses éléments. Il y a lieu de croire avec Bouchard que la filiation des accidents dans les affections du foie par rétention biliaire, tout au moins, est la suivante : empoisonnement biliaire (cholémie), altération des cellules hépatiques et suppression de leurs fonctions (acholie), modifications de la sécrétion urinaire aboutissant à l'insuffisance rénale; puis auto-intoxication due tout à la fois à la formation de produits toxiques anormaux, et par urémie, c'est-à-dire par la non-élimination des produits toxiques normaux que l'urine emporte physiologiquement.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'insuffisance hépatique emprunte à l'urémie quelques-uns de ses caractères cliniques, comme on l'a vu plus haut. Ainsi s'explique ce fait que, dans les lésions graves du foie, l'imperméabilité rénale est le plus grand danger, et cet autre non moins important que l'amélioration du malade coïncide avec l'augmentation de l'urée dans les urines, comme vous avez pu le constater plusieurs fois dans notre service.

La fonction biliaire du foie a été connue de tout temps, et l'on conçoit que l'acholie ait été la première théorie des accidents terminaux dans les maladies hépatiques. Si nous continuons à faire abstraction des fonctions thermiques et hématopoiétiques du foie, il ne nous reste plus, indépendamment de la fonction uréopoiétique déjà envisagée, qu'à considérer la fonction glycogénique dont le rôle ne paraît pas être le plus important dans l'espèce, et enfin une dernière fonction récemment étudiée et dont les recherches suivantes peuvent donner une idée.

Heger, en 1873 et Schiff, plus tard, ont démontré que le foie retient une partie des alcaloïdes qui le traversent. Pour Schiff et son élève Lausenbach, le foie détruit ou transforme les alcaloïdes. Pour Heger et son élève Jacques, il les arrête et les emmagasine. Les expériences récentes de Roger tendent à établir que le foie arrête au passage une partie des alcaloïdes qui lui sont apportés par le sang de la veine porte, ce qui explique la différence d'action des alcaloïdes végétaux suivant qu'on les introduit sous le derme ou dans l'intestin, l'animal résistant toujours davantage dans le dernier cas. On sait, par exemple, depuis Lussana, que le curare, mortel quand il est injecté sous la peau, est sans effet quand on l'introduit par la voie digestive, exception faite toutefois de la muqueuse rectale. Lorsqu'il y a absorption digestive, c'est la bile et non l'urine qui renferme de la curarine.

Le pronostic de l'insuffisance hépatique est des plus sérieux, en tout cas, beaucoup plus grave que celui de l'insuffisance urinaire, par ce fait que la suppléance fonctionnelle est beaucoup plus difficile à établir. L'intestin et surtout le rein sont les organes appelés à cette suppléance, c'est dire qu'ils doivent être visés avant tout dans le traitement de l'insuffisance hépatique.

L'emploi des diurétiques et des purgatifs cholagogues, sains et mercuriels est ici naturellement indiqué, il ne faut pas hésiter à les administrer à une dose suffisante si on veut obtenir un résultat et tout au moins prolonger la vie du patient. Les bains et les frictions cutanées agiront dans le même sens en favorisant les fonctions de la peau. Les inhalations d'oxygène viendront suppléer aux oxydations généralement ralenties et aideront à la combustion des substances toxiques de l'organisme.

Les alcalins, le bromure, l'iodure de sodium ont encore ici leur indication. Sans partager absolument l'opinion de Bouchard, qui considère comme capitale la désinfection du tube digestif pratiquée à l'aide du naphthol et du salicylate de bismuth, je pense que cette médication peut s'ajouter à celle qui vient d'être signalée. Il est rationnel de penser que, si on ne peut parvenir à modifier la cellule hépatique de manière à ce qu'elle fasse de la bile, de l'urée, du glycogène, on doit faire en sorte qu'elle n'ait pas à agir sur les poisons intestinaux.

Le régime a une grande importance dans l'espèce; les aliments par trop azotés pouvant nuire doivent être interdits. Le lait, aliment complet et qui possède une grande vertu diurétique, est naturellement indiqué; il doit être pris d'une façon exclusive ou pur, ou coupé à l'aide de boissons alcalines, de préférence l'eau de Vals. Les grogs au café et au cognac sont encore des boissons utiles.

Ainsi donc le foie peut, dans une certaine mesure, préserver l'organisme de l'action des agents toxiques introduits par le tube digestif, et vraisemblablement aussi, suivant Bouchard, des substances délétères qui peuvent se former dans l'intestin. Le rein joue encore, en pareil cas, un rôle incontestable et très important, quand surtout la barrière hépatique se trouve supprimée. Mais si l'intégrité de la fonction rénale est la plus grande chance de salut que puisse avoir un malade atteint d'affection du foie, on pourrait peut-être dire aussi avec autant de raison que l'intégrité de la fonction hépatique est d'un grand secours dans les affections graves du rein. Il y a comme un balancement entre les deux principaux émonctoires de l'économie.

Le diagnostic de l'insuffisance hépatique est aisé dans les affections du foie; la rougeur, la sécheresse de la langue, la diminution de l'appétit, la perte des forces générales, le délire, etc., sont autant de signes qui ne permettent pas de méconnaître ce syndrome. Il n'en est pas de même, toutefois, dans les maladies fé-



briles aiguës où les désordres de l'insuffisance hépatique sont facilement confondus avec ceux de la maladie générale. Le médecin qui suit ces fièvres ne peut donc trop surveiller les fonctions du foie et des reins, et, dès qu'il voit se produire un changement dans la marche de la maladie, il doit toujours se demander si ce changement ne peut tenir à un désordre de l'une ou de l'autre de ces fonctions afin d'y remédier au plus vite. La connaissance du tableau clinique tracé au début de cette leçon le conduira le plus souvent, je l'espère, à la solution du problème.—*Union médicale.*

**Insuffisance aortique.**—Clinique de M. le prof. PETER à l'hôpital Necker.—M. le professeur Peter vient d'examiner à la visite un malade qui présente une dyspnée tellement considérable qu'on pourrait même dire que c'est de l'orthopnée. On est d'abord frappé par la pâleur de son visage, pâleur, disons-le tout de suite, qui n'a rien d'asphyxique, avec légère teinte subictérique. Par sa chemise entr'ouverte on perçoit la turgescence des veines jugulaires et on voit battre les carotides. A ces seuls signes, le diagnostic s'impose, on a affaire à une insuffisance aortique, car si c'était un anévrysme, il n'y aurait ni pâleur, ni angoisse.

D'après notre malade, cette oppression est accompagnée de crises douloureuses dans la région thoracique supérieure avec douleur et engourdissement dans les deux bras, surtout le gauche.

Donc, voilà un homme qui est pâle, qui a des battements carotidiens et jugulaires, d'une part; d'autre part, il a des crises douloureuses indépendamment de son oppression, et des douleurs surtout à gauche et de chaque côté du larynx, ce qui indique que ses pneumo-gastriques sont atteints.

Cet homme a de l'angine de poitrine, mais quelle espèce d'angine de poitrine ?

Nous apercevons au niveau de son troisième espace intercostal gauche des traces de cautère. Il a quelque chose du côté de l'aorte. Son pouls est vibrant.

Auscultation: Le premier bruit à la base est dur, rude, presque raboteux; au second temps, il y a un souffle intense. En poursuivant les investigations, on constate un peu au-dessous du point maximum du souffle un magnifique bruit de galop; le ventricule gauche est donc hypertrophié.

Percussion: L'aorte à son origine a 6 cent.  $\frac{1}{2}$  de matité transversale, et à la crosse 8 cent.  $\frac{1}{2}$ ; il y a donc là une très évidente dilatation, car chez les gens les plus développés, à l'état normal, la matité atteint à peine 5 cent.  $\frac{1}{2}$ . Cette dilatation est d'autant plus remarquable que le malade est petit et malingre. Si on presse avec la main dans la région de l'aorte, au point du plexus brachial, le malade indique une souffrance à l'endroit d'intersection de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les deux pneumogastriques sont douloureux.

Le fait de l'existence d'un bruit de galop fait supposer l'hypertrophie du ventricule gauche. En effet, le grand diamètre oblique du cœur est de 15 cent.  $\frac{1}{2}$  et la pointe du cœur descend très bas.

Si on examine l'hypocondre droit, on voit que le foie est augmenté de volume et douloureux à la pression ; il mesure 15 centimètres de haut en bas, tandis que normalement il mesure seulement de 11 centimètres à 11 cent.  $\frac{1}{2}$ .

Pour ce qui est de l'appareil rénal, l'urine, peu abondante, renferme une grande quantité d'albumine.

En résumé, nous avons : insuffisance aortique, douleur du plexus cardiaque et du plexus pulmonaire, hyperhémie hépatique et rénale.

Et ce n'est pas tout, le malade a de l'œdème des membres inférieurs, de l'œdème blanc et mou des cachectiques causé par le mauvais fonctionnement de la respiration, de la nutrition, de l'hématopoïèse hépatique et de l'épuration rénale.

Pourquoi cet homme est-il atteint d'une insuffisance ?

M. Peter fait remarquer qu'il y a deux formes très dissimilaires d'insuffisance aortique. Physiquement, le bruit morbide est le même ; il y a également hypertrophie et dilatation du ventricule gauche ; la lésion matérielle entraîne les mêmes résultats. Mais ces deux formes sont différentes, et par leur origine et par leur terminaison. On a signalé la mort subite dans l'insuffisance aortique. Prenons y bien garde, toutes les insuffisances ne déterminent pas la mort subite.

Les valvules sigmoïdes appartiennent d'un côté à l'endocarde, et de l'autre à l'endartère. Elles peuvent être malades ou par endocardite ou par endartérite (aortite).

Or, cet homme n'a jamais eu de rhumatisme ; il a une insuffisance aortique par aortite. Le pronostic est tout à fait différent. Jamais dans l'insuffisance par endocardite il n'y a de mort subite. On peut dire que c'est la moins grave de toutes les maladies du cœur, ou plutôt de l'endocarde. Notre malade a des douleurs, ce qu'il appelle des crises, qui sont des accès d'angor pectoris.

L'insuffisance aortique par endartérite procède sournoisement, elle s'établit lentement pour arriver au ratatinement des valvules sigmoïdes ; l'angine de poitrine est causée par la névrite cardiaque.

On a dit que ce n'était pas la névrite cardiaque qui causait l'angine de poitrine, mais bien le rétrécissement des artères coronaires, l'angine étant due à un trouble de nutrition du muscle cardiaque. C'est possible. Mais on comprend alors difficilement que le malade ne souffre pas au niveau du muscle cardiaque et des artères coronaires. Topographiquement, par l'examen physique, on peut se rendre compte du contraire.

On voit des cas d'oblitération des artères coronaires sans angine

de poitrine, et par contre de l'angine sans rétrécissement. Du moment que l'arbre aortique est pris, il est naturel que les artères coronaires le soient aussi, mais c'est la lésion contingente de l'aortite. M. Peter a fait deux autopsies d'angine de poitrine avec lésion des nerfs cardiaques. M. Lancereaux en rapporte plusieurs également.

Ceci explique comment les malades atteints d'insuffisance aortique sans endocardite et avec aortite sont destinés à mourir et subitement. C'est ce qui arrivera à l'homme dont nous nous sommes occupés aujourd'hui; il est dans un état cachectique profond, et il mourra dans un accès d'angine de poitrine.—*Praticien.*

**Chloro-anémie.**—Clinique de M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Voici une malade sur laquelle j'attire votre attention à propos du diagnostic différentiel.

L'affection dont elle est atteinte se manifeste par des symptômes qui peuvent être différemment interprétés et induire en erreur, si l'on se contente d'un examen superficiel.

La malade est enceinte de huit mois.

A la faiblesse extrême qu'elle éprouve se joignent d'autres maux plus ou moins intenses: de la céphalalgie, des éblouissements, des élancements dans les membres inférieurs œdématiés, des formications dans les extrémités digitales, de la dyspnée.

Sa mère, nous dit-elle, est rhumatisante et, d'après les renseignements qu'elle nous donne, nous concluons que la mère est atteinte de rhumatisme nouveau.

Partant de cette notion, nous pouvons supposer que notre malade possède la diathèse rhumatismale; cette hypothèse est confirmée ici par quelques signes superficiels, qui constituent l'habitus extérieur des voués à l'arthritisme; je veux parler de ces doigts effilés, aux ongles luisants, de ces fossettes qui se dessinent au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes de la face dorsale de la main.

Cependant, l'arthritisme ne s'est pas encore déclaré chez notre malade, et il peut s'écouler longtemps encore avant l'apparition des symptômes initiaux du rhumatisme.

Or, ce n'est point à cette diathèse rhumatismale que nous pouvons attribuer les désordres pour lesquels la patiente réclame nos soins.

C'est ailleurs qu'il faut rechercher la cause directe de ces troubles.

L'urine, examinée, contient une certaine quantité d'albumine, qui dépasse la dose normale de cette substance dans l'urine, sans atteindre toutefois le chiffre énorme que l'on constate chez les vrais albuminuriques.

Cependant, nous savons que chez les brightiques, eux-mêmes, la quantité d'albumine, que l'on rencontre dans l'urine, est fort variable.

Aussi l'albuminurie de notre malade, jointe au doigt mort, à l'œdème des membres inférieurs, aux troubles de la vision, peut en imposer et entraîner le diagnostic de mal de Bright.

Voilà pourquoi je vous disais tout à l'heure qu'un examen superficiel peut conduire à un diagnostic erroné.

L'albuminurie, le doigt mort, les troubles nerveux de divers ordres, l'hydropisie, plus ou moins étendue, que notre malade présente, sont des manifestations du brightisme ; mais ces mêmes symptômes ne se rencontrent-ils pas dans d'autres maladies ? Constituent-ils, à eux seuls, un ensemble sur lequel on puisse baser, d'une manière certaine, le diagnostic de brightisme ? Notre malade est-elle brightique ? Nous ne pouvons l'affirmer tant que des données plus précises, plus sérieuses, ne nous y autoriseront.

Un trouble constant, provoqué par la maladie de Bright, est celui de la circulation. Pour constater son existence, c'est à l'organe central de la circulation qu'il faut s'adresser.

Chez notre malade, la percussion et l'auscultation du cœur ne nous ont révélé ni hypertrophie ventriculaire, ni bruit de galop —bruit caractéristique du mal de Bright—ni péricardite, ni endocardite ; presque rien d'anormal, en somme, dans les fonctions du cœur.

Revenant à l'examen de l'urine, nous n'y trouvons aucun des éléments témoignant d'une profonde altération des canalicules et glomérules rénaux : cylindres épithéliaux, fibreux, hyalins, globules du sang, que le microscope décèle dans le dépôt de l'urine brightique.

D'autre part, la malade n'accuse point de douleurs lombaires, et nous savons qu'ordinairement ces douleurs, souvent très violentes, accompagnent les néphrites.

Il me semble que ces considérations suffisent pour nous faire rejeter l'hypothèse d'une néphrite.

A quelle maladie devons-nous donc attribuer les symptômes que présente notre malade ?

Devons-nous, pour nous dispenser d'un examen plus sérieux, en accuser la grossesse ?

La mère prendrait déjà la défense de son enfant et nous infligerait un formel démenti, en nous apprenant qu'elle éprouvait ces malaises avant la conception.

Je vous ai dit tout à l'heure que les bruits du cœur étaient *presque* normaux. Je vous dirai maintenant qu'il existe, à la base de cet organe, un souffle léger, au niveau de l'origine des gros vaisseaux ; et, quand j'aurai ajouté qu'au niveau des gros vaisseaux du cou, au-dessus de la clavicule, on perçoit, en appliquant doucement les doigts sur leur trajet, un frémissement manifeste, et qu'à l'auscultation stéthoscopique on entend ce bruit particulier, qui a reçu les noms divers de bruit du diable, bruit de souffle musical, bruit de mouche, bruit de rouet, etc., ces symp-

tômes joints aux phénomènes nerveux que nous avons signalés plus haut, à l'amplitude et la mollesse du pouls, à l'existence d'œdème, nous amèneront nécessairement à la conclusion logique que nous nous trouvons en présence d'une chloro-anémique. Le diagnostic sera ainsi justifié et sérieusement établi.

Que si l'on s'étonne de constater à la place de la pâleur caractéristique de la peau, qui est la manifestation extérieure la plus frappante de la chloro-anémie, un embonpoint relatif et des couleurs roses et fraîches, que l'on se souviennent, en même temps, du "chlorosis fortiorum" des anciens, c'est-à-dire de la chloro-anémie chez les personnes vigoureuses, en apparence; que l'on se souviennent qu'il se passe chez ces personnes, par l'épuisement des nerfs vaso-moteurs, ce que l'on obtient, dans l'expérimentation, par la section des troncs sympathiques, c'est-à-dire une turgescence de la face due à la vaso-dilatation, plus ou moins permanente, suivant que cet épuisement des nerfs vaso-constricteurs est plus ou moins durable.

Nous avons donc affaire à une chloro-anémique.

Les préparations ferrugineuses sont tout indiquées; nous prescrivons à la malade le sirop de Rabuteau (proto-chlorure de fer). C'est notre remède habituel pour des cas de cette nature.

**De la colite chronique.**—M. le Dr MERCIER a consacré sa thèse à l'étude d'une affection sur laquelle M. Potain a appelé fréquemment l'attention de ses élèves et qu'il définit ainsi: maladie caractérisée par la rareté des selles à laquelle succède parfois une véritable débâcle, par des selles glaireuses, des douleurs abdominales, de l'empâtement sur le trajet du côlon et l'os iliaque, des troubles gastriques et de la lenteur de la digestion. On peut en admettre deux formes; l'une est la forme sèche caractérisée par l'apparition dans les selles de mucus concrété sous forme spéciale ou présentant l'aspect de bouchons, de tubes de pseudo-membranes, de lamelles téniforme, etc. La seconde est la forme humide, véritable catarrhe chronique caractérisé par une sécrétion muqueuse exagérée dont l'abondance varie constamment, ces deux formes pouvant d'ailleurs se transformer ou se combiner mutuellement.

La colite sèche a pour cause presque unique la constipation prolongée et opiniâtre. Quant à la colite humide, elle peut être consécutive à cette première forme ou à la dysenterie; sauf l'aspect particulier des excréments, les symptômes sont à peu près les mêmes. L'état général se maintient satisfaisant sauf au moment des crises ou lorsque la maladie a déjà duré fort longtemps. On voit cependant se produire assez souvent des phénomènes hypochondriaques, mais les phénomènes locaux ont plus d'importance: en première ligne se trouve la douleur se produisant tantôt d'une façon permanente, tantôt sous forme de crise; elle

siège, surtout dans les premiers temps, au niveau du colon transverse; plus tard, sa localisation est moins précise, son caractère essentiel est d'être sujette à des paroxysmes d'une fréquence et d'une durée très variables. Certaines exacerbations sont régulières et en rapport avec le passage des matières excrémentielles au niveau de la lésion, mais, de plus, il existe des crises ou attaques douloureuses pouvant durer quelques jours et plus. Elles correspondent assez exactement à une inflammation aiguë de la muqueuse intestinale, sous l'influence du froid, d'un écart de régime, d'une débâcle bilieuse; elles peuvent être dues aussi à un exercice fatigant.

La palpation, surtout dans la forme catarrhale, permet de reconnaître la présence de plaques dures et douloureuses au toucher produites par une véritable induration de l'intestin; elles siègent généralement aux angles des colons et au-dessous des creux épigastriques.

C'est l'examen des selles qui donne les renseignements les plus importants. Dans la forme sèche, la constipation alterne avec de véritables débâcles intestinales. Les matières sont tantôt liquides, tantôt dures et comme desséchées et souvent la diarrhée existe sans que l'évacuation soit complète. Il faut ajouter la présence des matières membranées, filamenteuses, pouvant ressembler soit à des fragments de tœnia, soit à des lombrics, soit à des oxyures. Il peut même arriver que le mucus concrété se pelotonne en boules assez considérables pour causer les phénomènes de l'obstruction intestinale.

Dans la forme catarrhale la sécrétion muqueuse est fortement exagérée, les matières peuvent même devenir sanguinolentes et présentent souvent le caractère si bien désigné par Lasègue sous le nom de crachats intestinaux.

Les selles se répètent plusieurs fois dans la journée et s'accompagnent souvent de coliques angoissantes.

Ainsi constitué, l'affection présente une marche essentiellement chronique; quand, sous la forme sèche, elle est traitée judicieusement dès le début, la guérison peut ne pas se faire attendre trop longtemps, mais la forme humide est presque incurable; sujette à des alternatives d'amélioration et de recrudescence traversées par des crises sans nombre, elle revient constamment à son point de départ.

Au point de vue du traitement, il est remarquable que les purgatifs, quelque légers ou quelque inoffensifs qu'ils soient, sont généralement mal supportés. La constipation sera combattue plutôt par un régime approprié et par le régime alimentaire que par les purgatifs. Le froid sera spécialement évité et les révulsifs souvent employés; souvent aussi une ceinture abdominale élastique soulage beaucoup les malades. Au moment des crises tout aliment doit être supprimé, à l'exception du bouillon, du lait et

des œufs. On peut aussi administrer avec avantage l'eau sulfocarbonée. Enfin l'usage de l'iodure de sodium à l'intérieur est d'une certaine utilité, lorsque la maladie dure depuis longtemps déjà.—*Journal de médecine pratique*

**Le traitement de la chlorose.**—Clinique de M. le professeur PETER.—J'ai coutume de vous le dire, les chlorotiques sont des "râtes"; le trial de l'expression rend bien la réalité de la chose: la chlorotique est une "mal bâtie"; cet état, les Grecs l'appelaient très justement *cachexie*, mauvaise disposition de tout l'être.

La chlorotique souffre de tout son être; demandez-lui par exemple, si elle a de l'appétit; elle vous répondra d'abord d'une façon évasive; peu à peu, elle avouera qu'elle aime surtout les crudités, le vinaigre, et qu'elle a du dégoût pour la viande; il y a, du côté de son estomac, des perturbations dont il faut tenir compte et de même dans les autres organes.

Nous sommes loin de cette équation "chlorose égale fer," comme de cette autre équation tout aussi fausse "maladie de cœur égale digitale," ou mieux "digitaline," pour nous mettre au niveau des idées du jour; sans doute il faut donner le fer dans la chlorose, mais il ne faut pas se contenter de cela; on doit veiller à ce que l'estomac digère, on doit aider le système nerveux à reprendre son fonctionnement normal, on doit chercher à régulariser chacun des organes.

Voyons comment on doit administrer le fer. En général, on en donne trop; l'organisme, en effet, contient en tout quelques grammes de fer, et ce fer n'a pas disparu complètement dans la chlorose; il est donc inutile de donner de fortes doses; il arrivera, même en suivant ce conseil, d'avoir déjà administré, au bout d'un mois, quatre fois plus de fer que n'en contient l'organisme entier. Si l'on prescrit de trop fortes doses, on ne manquera pas, d'ailleurs, de provoquer des crampes stomacales, et le fer ne sera pas toléré.

Quel fer donnera-t-on, et dans quelles proportions? De toutes les préparations ferrugineuses, la limaille de fer est la meilleure, ou bien encore le fer réduit par l'hydrogène; si le médicament est mal toléré sous cette forme, on aura recours aux eaux minérales ferrugineuses; seulement, l'on sera alors dans l'obligation de continuer le traitement pendant plus longtemps.

S'inspirant toujours de l'instinct des chlorotiques, puisqu'elles adorent le vinaigre, on se gardera bien de le proscrire; le vinaigre sollicite la sécrétion du suc gastrique. On ne déconseillera donc pas la salade; la chicorée, la laitue, la romaine, sont des sucs végétaux; on y joindra du sel, du poivre, stimulants de l'estomac, du vinaigre, qui est tout indiqué; ce n'est pas pour une légère quantité d'huile, qui, d'ailleurs, n'est point malfaisante;

que l'on devrait se priver de tous ces avantages; on laissera manger de la salade, et on prescrira de la viande "avec des cornichons tout autour." Ne condamnez pas ces jeunes filles chlorotiques à ne manger que des viandes "noires;" il faut savoir obéir aux instincts presque tutélaires de ces malades; laissez-les manger du veau, du poulet, et même du jambon, si le jambon leur plaît.

Enfin, et surtout, la gymnastique est indispensable pour les chlorotiques. Quand elles sont faibles, exténuées, arrivées à cette période de nonchalance dans laquelle le moindre effort leur est pénible, on fera tirer les chlorotiques sur des ressorts à boudin, on leur fera faire du massage; pour les soustraire à l'air confiné de la chambre, on leur recommandera avec avantage le jardinage; c'est un excellent exercice qui les force à remuer la terre, à travailler au grand air, au soleil, etc. ce dont elles tireront grand profit.

Le jardinage est un exercice musculaire bienfaisant, mais il en est un autre encore supérieur, si la position sociale des malades permet de le conseiller, c'est l'équitation. L'équitation est un exercice étonnamment complexe, abstraction faite du plaisir avec lequel les malades l'acceptent en général. Tout le système musculaire entre en jeu. Les muscles du dos, du tronc, se contractent pour maintenir la position verticale; les bras maintiennent le cheval, les jambes veillent à conserver l'équilibre, la poitrine se dilate sous l'influence de l'air condensé par la locomotion; tous les muscles, en un mot, entrent en fonctions.

Si l'on est forcé de renoncer à l'équitation, on conseillera aux malades de conduire elles-mêmes, et on leur recommandera le canotage; ce sont deux exercices excellents.

Dans le traitement de la chlorose, la thérapeutique doit être plus complexe que le fer et elle s'inspirera, d'ailleurs, du simple bon sens; non pas que je veuille médire des effets du fer; le fer est indispensable, mais les auxiliaires ne le sont pas moins.

### *Hygiène pratique.*

---

—La médecine est un art divin et bien souvent un métier de dupes.

—Quand les médecins voudront s'entendre, ils seront les rois du monde.

—L'émulation devrait être la seule forme de concurrence admise entre médecins.

—Après un certain nombre d'années de pratique, chaque médecin se taille dans la thérapeutique un petit domaine dont il ne s'écarte plus à bon escient.



## CHIRURGIE.

**Des angiomes de la langue.**—Les angiomes de la langue ou tumeurs érectiles sont assez rares et se présentent sous deux formes : la forme de tache sans importance et dont il n'y a pas à s'occuper, et la forme de tumeur pouvant s'accroître et nécessiter une opération. Ce sont des vaisseaux de nouvelle formation qui se développent d'une façon anormale, constituant d'abord une petite difformité et ensuite une maladie opérable et à opérer comme les tumeurs érectiles de la peau. Ces angiomes occupent la base de la langue et parfois la pointe et les bords de cet organe. Ils sont simples, formés de vaisseaux dilatés ou caverneux et lacunaires avec des dilatations irrégulières comme celles d'une éponge, et parfois de petits kystes.—Quelques-uns de ces angiomes disparaissent seuls, ou restent stationnaires, ou s'accroissent, gênent les fonctions de la langue et constituent une maladie grave.

Le traitement à suivre consiste, ainsi que nous l'indique un bon travail de M. le Dr Coutonot, à modifier la tumeur par des applications locales de sel de nitre. Ainsi le Dr Tillieux de Courtray (1857), a réussi sur une jeune fille, portant à la partie moyenne de la base de la langue une tumeur érectile, longue de 2 cent. sur une largeur de 1 cent.  $\frac{1}{2}$ , rouge foncé, non pulsatile, mais cédant à la pression. Des frictions avec le sel de nitre furent pratiquées chaque jour, et trois semaines après, à la place de la tumeur, il ne restait plus qu'un point un peu plus dur que le reste du tissu de la langue.

Avec le tannin, car M. Polaillon a rapporté l'exemple de la guérison d'un triple angiome de la langue, traité par les injections de tannin au  $\frac{1}{10}$ , amenant une escharre à élimination facile. Il est vrai que les bords de la tumeur persistant, les cautérisations au thermocautère ont parfait la guérison.

Avec le caustique de Vienne avec les injections coagulantes de perchlorure de fer, 10 à 20 gouttes à 25°, avec les injections de chloral, etc.; ou bien à interrompre l'afflux du sang dans la tumeur par la compression, par la ligature des linguales, par la ligature de la tumeur quand elle est possible, par les cautérisations ignées au thermo-cautère.

En voici un exemple dû à M. Polaillon, qui l'a communiqué à M. Coutonot :

Mlle de C... âgée de dix ans, porte sur le voile du palais à

droite, sur le pilier antérieur droit, et sur la partie la plus reculée de la langue et de la gencive, un angiome congénital. Sa production morbide se présente sous la forme d'une tache avec saillies d'un rouge vif. Les parents de la jeune fille s'en inquiètent parce que la tache augmente en étendue et en volume.

Le 6 décembre 1884, M. Polailon fait une cautérisation ponctuée avec le galvano-cautère.

Le 31 janvier 1885, nouvelle cautérisation ponctuée avec la pointe la plus fine du thermo-cautère. Cette dernière cautérisation produit une hémorrhagie qu'il faut arrêter en comprimant le pilier antérieur du voile du palais avec le doigt qui porte un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer.

Le 28 avril, l'état de la maladie est amélioré. Mais il y a encore des saillies rouges à la surface de la muqueuse. M. Polailon fait une injection sous la muqueuse avec la seringue de Pravaz remplie de liqueur de Piazza. Quelques gouttes de cette liqueur pénétrèrent dans les tissus. Mais l'opération est rendue très difficile par la mauvaise volonté et les mouvements de la patiente.

Le 4 mai, Mlle de C... est endormie avec le chloroforme, ce qui permet de faire une cautérisation ponctuée très complète avec la petite pointe du thermo-cautère.

Le résultat de ces cautérisations successives a été incomplet. Au commencement de l'année 1887, la tumeur érectile avait disparu dans le voile du palais, mais elle se présentait encore sous forme de points rouges sur le pilier antérieur et sur la gencive.

Les parents ont désiré attendre avant de faire de nouvelles cautérisations.

Voici un autre cas traité par l'excision et dû à M. Poncet (de Lyon).

Tumeur érectile du bord gauche de la langue chez un petit garçon de quatre ans. Excision avec des ciseaux courbes sur le plat. Guérison; pas de vices de conformation; pas d'autres tumeurs semblables.

S. M. s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, le 10 novembre 1886; lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit sur le bord droit de la langue, à un centimètre environ de la pointe, une petite tumeur ovoïde, d'une coloration rouge cerise et du volume d'un pois. Elle a fait une saillie notable, se gonfle un peu et bleuit pendant les efforts, tandis qu'elle s'affaisse sous la pression; elle paraît développée dans le tissu sous-muqueux. Nulle part au voisinage, ou à distance, de dilatation vasculaire.

Le début de l'affection remonterait aux premières semaines de la vie; d'après la mère, quelques jours après la naissance, lorsque l'enfant criait, on apercevait un point rouge à ce niveau. La tumeur se serait accrue insensiblement; l'enfant n'en a jamais été incommodé.

Je songeai à employer de petits cautères pour modifier ou dé-

truire cet angiome, mais je préférâi l'excision avec des ciseaux courbes sur le plat. Ce procédé était, en effet, plus rapide, plus radical; il ne demandait qu'une seule intervention, et en raison du peu d'étendue de la tumeur, de la délimitation facile, de l'absence de toute dilatation vasculaire, il ne paraissait pas devoir donner lieu à une hémorrhagie.

La région fut anesthésiée par un badigeonnage avec une solution de cocaïne; et pour éviter l'écoulement du sang, j'étreignis entre les deux anneaux de la pince de Desmarres la portion de la langue qui supportait la tumeur. D'un coup de ciseaux courbes sur le plat, j'enlevai ainsi aisément et sans douleur cette tumeur érectile.

Léger suintement sanguin, cédant à quelques gorgées d'eau froide.

L'enfant a été revu deux mois après; en dehors d'un léger méplat, on ne trouvait aucune trace de l'opération, la guérison est considérée comme définitive.

Ce dernier cas est un exemple de guérison par le thermo-cautère et due à MM. Ollier et Coutenot.

Mlle Bruneton, âgée de six mois, est adressée à M. Ollier par le Dr Coutenot de Besançon, au commencement de février 1887.

Cette enfant était atteinte d'un angiome de la langue, qui en occupait toute la moitié gauche, d'avant en arrière, en empiétant un peu sur la partie droite, surtout vers la pointe. La tumeur était dépressive, elle remplissait tellement la cavité buccale que l'enfant ne pouvait pas fermer la bouche et que la tumeur sortait constamment au dehors.

Sa respiration était gênée, mais la succion était cependant possible, M. Ollier se décida à intervenir immédiatement à l'aide du thermo-cautère de Paquelin.

Le 14 février 1887, après avoir attiré le plus possible la langue au dehors, il commença par sectionner la portion saine ou qui paraissait telle avec le couteau tranchant de l'appareil. Pour ne pas avoir d'hémorrhagie, il procéda avec une extrême lenteur; et de fait la tumeur fut parfaitement enlevée sans une goutte de sang.

Un mois après, le 17 mars, M. Ollier ayant cru remarquer quelques points vasculaires le long de la section primitive, résolut de poursuivre ces prolongements à l'aide du cautère pointu de l'appareil. Cette deuxième séance suffit pour détruire les derniers vestiges de l'angiome et l'enfant partit le 1er avril parfaitement guéris.—*Paris médical.*

**Des ligatures au catgut.**—“ Il est possible, dit M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, de faire de la chirurgie antiseptique même sans être bien pourvu, avec des moyens simples.” M. Championnière insiste à ce propos sur le mode de préparation du catgut qu'il préfère à la soie pour la ligature des petites et des grosses artères;

il accorde même une sécurité plus grande, au point de vue de l'aseptie, à la soie et au catgut préparés par le médecin plutôt qu'aux mêmes substances qu'on rencontre dans le commerce.

La préparation du catgut est d'une extrême facilité : avec des chanterelles ordinaires de violon, on fait une bonne corde un peu forte ; avec des cordes de guitare ou de harpe, on a une provision de cordes fines ; les meilleures cordes sont des cordes françaises que l'on trouve chez les fabricants d'instruments. Pour les rendre aseptiques, on les fait macérer pendant 5 à 6 mois dans le mélange suivant préconisé par Lister :

Acide phénique cristallisé.....	20 gr.
Eau.....	2 gr.
Huile d'olives .....	100 gr.

On dispose le vase avec des verres ou des cailloux de telle sorte que la petite quantité d'eau qui s'accumule au fond du vase ne baigne pas les cordes. Lorsqu'on veut se servir de ce catgut, on le retire du flacon et on le plonge un  $\frac{1}{4}$  d'heure dans l'eau phéniquée à 1/20.—Le catgut ainsi préparé a des propriétés multiples : il est souple, solide, se résorbe, ne fait pas gangrener les parties qu'il étirent, s'organise et ne subit pas d'éliminations. Autant de qualités qui en rendent l'emploi précieux dans la pratique.

Quant aux médecins qui ne veulent pas abandonner l'ancien fil de soie, M. L. Championnière leur conseille de se défier de toutes les soies préparées par ébullition, par macération phéniquée, par ébullition et cuisson dans divers liquides antiseptiques. Le moyen le plus simple est de conserver la soie dans une solution de sublimé au centième. La soie garde ainsi toujours sa solidité originelle. Elle ne subit même plus ce vieillissement si rapide qui la rend impropre aux usages chirurgicaux lorsqu'on la conserve à l'état sec.—*Concours médical.*

**Corps étrangers des voies aériennes.**—Le Dr E. J. MOURE, communique à la Société de médecine de Bordeaux six cas de corps étrangers, dans lesquels nous relevons une fois l'expulsion spontanée par les voies naturelles, trois fois l'extraction consécutive à l'intervention chirurgicale et deux fois la mort faute d'intervention.

L'éminent spécialiste bordelais fait à ce propos des réflexions cliniques que nous voulons reproduire ici *in extenso*, parce qu'elles brillent par le plus grand bon sens pratique.

Généralement, les commémoratifs fournissent au médecin d'utiles renseignements sur la nature de l'objet introduit dans le conduit aérien, sur le début des accidents et sur leur marche. Ils apprennent que le début a été brusque, subit ; l'enfant jouait avec un objet dans la bouche au moment où il a été pris d'une suffoca-

tion violente avec menace d'asphyxie ; ces accès se sont généralement répétés plusieurs fois dans la nuit et dans la journée, variant d'intensité, suivant que le corps étranger était plus ou moins volumineux et mobile. Dans l'intervalle des accès, existe un calme relatif qui, souvent, trompe les parents et parfois le médecin, souvent aussi il existe un point douloureux que les malades rapportent au niveau du larynx, de la trachée ou du sternum, mais son existence n'est pas indispensable. La voix n'est altérée que si le corps siège dans le larynx et dans la région glottique, au niveau des cordes vocales. La toux est rauque mais sonore, quinteuse, convulsive avec suffocation et anxiété respiratoire ; elle est suivie de l'expulsion de mucosités filantes, aérées, sanguinolentes dans plusieurs cas. C'est pendant les efforts de toux et si le corps du délit est mobile dans la trachée que l'on perçoit le fameux bruit de drapeau ou de soupape signalé par les auteurs. Quant au siège des corps étrangers, il sera révélé par l'examen direct ou par l'auscultation. En effet, si le larynx ou la partie supérieure de l'aube aérien est le siège de l'objet introduit, l'examen laryngoscopique dissipera bien vite tous les doutes en indiquant son siège exact, son volume et le mode d'intervention à employer.

L'examen avec le doigt *devra toujours être repoussé* à cause des fâcheuses conséquences qu'il peut avoir, en faisant pénétrer dans le larynx un corps placé soit sur l'épiglotte, soit dans le vestibule glottique.

La partie supérieure des voies respiratoires étant reconnue libre, il restera à savoir si le corps étranger est resté dans la trachée ou s'il a pénétré dans les bronches. Dans le premier cas, s'il est mobile, le diagnostic est assez facile, tandis que s'il est fixe, il devient plus délicat et, sauf les cas où la laryngoscopie permettra de le voir, fait assez fréquemment du reste, c'est surtout sur les commémoratifs qu'il faudra se guider pour établir nettement sa présence.

Si le corps est fixé dans les bronches, ce sera l'absence ou la diminution du murmure vésiculaire du côté correspondant, l'existence des lésions bronchiques ou de pneumonie caséuse, localisées en un point ou d'un seul côté du thorax, le plus souvent à droite, qui mettront sur la voie du diagnostic. Ce dernier ne deviendra évident que si l'on a la chance de déplacer le corps étranger et de reproduire quelques accès de suffocation ; mais, dans certains cas, il sera difficile à établir et il existe dans la science bon nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic n'a pu être fait qu'à l'autopsie.

Au moment de l'introduction du corps étranger, l'or. a conseillé les sternutatoires et surtout les vomitifs, qui, de l'avis de tous les chirurgiens, offrent plus d'inconvénients que d'avantages, en favorisant souvent ou la pénétration plus profonde de l'objet dans les voies aériennes, ou son enclavement dans le larynx, ou sa mobilisation et une suffocation mortelle dans certains cas. Plus admis-

sible et plus logique nous semble le traitement qui consiste à utiliser les lois de la pesanteur et à mettre le malade la tête en bas, soit en plaçant le sujet le ventre sur une chaise et en lui imprimant des secousses dans le dos, soit en le suspendant par les pieds lorsqu'il s'agit d'enfants.

Si ces moyens ont échoué, fait le plus habituel, il faudra recourir à l'extraction, et ici les moyens d'action seront absolument variables, suivant la nature de l'objet introduit et la profondeur à laquelle il sera situé. Si le corps est placé à l'orifice du larynx, dans la région vestibulaire, l'extraction par les voies naturelles pourra être tentée, à la condition d'avoir un sujet calme, tranquille, se prêtant bien aux manœuvres laryngoscopiques. A moins qu'il ne s'agisse de jeunes enfants, ce procédé donnera toujours des résultats favorables dans la série des cas auxquels je fais allusion et l'on peut aujourd'hui compter par centaines les corps étrangers enlevés par la bouche, grâce à la laryngoscopie. Quant aux manœuvres faites à l'aveugle avec les pinces, seules ou guidées sur l'indicateur de la main gauche, et, à plus forte raison, les essais d'extraction faits avec les doigts, on doit les repousser, non seulement comme inutiles, mais surtout comme dangereux. C'est, en effet, un moyen sûr de provoquer des réflexes qui ont le grave inconvénient de gêner l'intervention et de faire alors passer dans le conduit aérien un objet placé à l'entrée du larynx. Les exemples de ce genre sont malheureusement trop nombreux dans la science pour qu'il soit utile d'insister sur le danger de ces manœuvres. L'on cite comme heureux les quelques cas où l'on a pu réussir, mais on oublie trop souvent de publier les succès, qui, plus que les opérations heureuses, frappent l'esprit et contiennent un enseignement.

Les contractions réflexes des muscles du larynx, qui arrêtent en général le corps étranger dans cet organe, ou souvent même le repoussent au dehors, me paraissent un facteur important pour faciliter leur expulsion.

Il est bien entendu que si le malade supporte mal le miroir, si l'introduction de la pince ou des autres instruments est très difficile, comme il arrive parfois dans les cas de ce genre, l'on ne devra pas se priver de bienfaits de l'anesthésie produite par la cocaïne, mais l'on se bornera à rendre insensible le pharynx et l'entrée du larynx, sans chercher à anesthésier l'organe tout entier, précisément pour ne pas s'exposer à abolir des réflexes qui me paraissent jouer ici un rôle très important.

Si le corps étranger a pénétré plus avant dans l'organe vocal et s'il est enclavé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes vocales, le mode d'extraction pourra varier presque avec chaque corps étranger. Si ce dernier est aplati, lisse, difficile à prendre, et si l'opérateur n'est pas absolument sûr de sa main, s'il craint de faire des manœuvres inutiles avant de saisir le corps du

débit, il ne devra pas hésiter à pratiquer la trachéotomie, avant de chercher à l'extraire. Il évitera ainsi toute fausse manœuvre dont la conséquence pourrait être l'asphyxie brusque du malade. Une fois la trachée ouverte et la canule de Trendelenburg placée dans la trachée, on pourra alors sans crainte et après anesthésie complète de la muqueuse laryngée avec la cocaïne tenter l'extirpation par la bouche qui sera, disons-le, possible le plus souvent. Toutefois si, malgré des tentatives répétées, le corps étranger ne pouvait être déplacé (pièces de monnaie, aiguilles, corps acérés) et enlevé par cette voie, on serait alors autorisé soit à ouvrir le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, ou à tenter l'extraction par l'incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Enfin, dans les cas où le corps est au-dessous du larynx, dans la trachée ou dans les bronches, l'indication est beaucoup plus nette. En effet, bien que l'on ait pu enlever par les voies naturelles des corps étrangers de la trachée, je crois qu'il faut considérer ces faits comme exceptionnels et repousser en principe ce mode d'action comme beaucoup trop hasardeux en pareil cas. Seul, le traitement qui s'impose, est l'ouverture de l'arbre aérien, au-dessous du cricoïde, autrement dit la trachéotomie. Comme le point capital, dans cet ordre de faits, est d'avoir un champ opératoire aussi large et aussi net que possible, je crois que le meilleur moyen de procéder est d'aller lentement, en faisant à la peau et, par conséquent, aux tissus prétrachéaux une longue incision qui mettra à nu la trachée sur une longueur d'au moins deux centimètres et demi à trois centimètres, suivant les dimensions du corps étranger. Si l'on n'a pas suivi le raphé médian et si l'on a, par conséquent, été obligé de sectionner quelques vaisseaux un peu importants, il ne faudra pas hésiter à les lier, de manière que l'hémostase soit bien complète avant de faire l'ouverture de la trachée. Le sang qui vient de cette dernière est suffisant pour gêner l'opérateur et l'intervention assez difficile, pour que l'on songe à éviter autant que possible les moindres complications. Aussitôt la trachée ouverte, au lieu de placer dans l'ouverture le dilatateur ordinaire dont les branches sont épaisses et font saillie dans la lumière du conduit trachéal, il est préférable, à la manière des Anglais et des Américains, de mettre de chaque côté deux crochets mousses, deux sortes d'épingles à cheveux coudées à leur extrémité mousse, qui peuvent au besoin être attachées derrière le cou du patient, tenant écartées les lèvres de la plaie trachéale. Il est rare que pendant cette manœuvre le corps étranger ne soit pas projeté au dehors par la toux quinteuse qui suit l'ouverture des voies aériennes et, dans tous les cas, on le voit en général venir, comme chez ma dernière malade, se présenter à l'orifice de la plaie, où il faut le saisir rapidement avant qu'un mouvement d'inspiration ne le ramène au dedans. Quelquefois, si le corps étranger est fixe, c'est avec une pince ou un crochet mousse qu'il faut essayer de le déloger de l'une ou l'autre bronche.

L'opération terminée, je crois plus prudent de placer une canule pendant vingt-quatre ou quarante huit heures, afin d'éviter l'empyème qui, dans quelques cas, a suivi l'opération. Je n'insisterai pas d'avantage sur les suites de la trachéotomie qui n'offrent ici rien de spécial, mais j'ajouterai que cette opération peut et doit, même dans la généralité des cas, être faite sous le chloroforme, en ayant soin de n'ouvrir la trachée qu'au moment où la sensibilité commence à reparaitre, afin d'avoir les réflexes trachéaux avec toute leur intensité habituelle.

Si le corps étranger n'est pas expulsé ou extrait pendant l'opération, on doit laisser ouverte la plaie trachéale qui pourra, dans un laps de temps variable, favoriser sa sortie. Au besoin, enlevant de temps à autre la canule, on provoquerait quelques quintes de toux et on utiliserait les lois de la pesanteur pour tâcher de mobiliser et de déloger le corps du délit.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'en présence d'un corps étranger des voies aériennes, l'intervention doit être aussi hâtive que possible, car non seulement il constitue un danger de tous les instants pour la vie du malade, mais au début il n'a pas encore produit de complications graves, qui rendent plus tard l'intervention inutile et il est, en outre, plus sûrement mobile et par conséquent plus facile à extraire.—*Revue de thérapeutique.*

**Traitement de l'ozone,** par le Dr J. BARATOUX.—1o. Pour débarrasser les fosses nasales des croûtes qu'elles renferment on fait, matin et soir une première irrigation nasale avec un demi-litre d'eau tiède dans laquelle on fait dissoudre une ou deux cuillerées à café de la poudre suivante :

Bicarbonate de soude .....	50 grammes.
Borate de soude .....	30    "
Chlorate de potasse.....	20    "

F. s. a.—Il faut avoir soin de tenir horizontalement la canule de la seringue anglaise, en penchant légèrement la tête en avant et en prononçant *on*, sans reprendre haleine pendant que l'on presse l'injecteur.

2o. Puis on fait une deuxième injection avec le mélange des deux solutions suivantes que l'on prépare séparément :

a) Dans un premier verre rempli d'eau chaude, on met une cuillerée à café de poudre d'acide borique.

b) Dans un deuxième verre contenant de l'eau tiède, on verse une cuillerée à potage de la solution :

Naphtol <i>a</i> ou <i>b</i> .....	5 grammes.
Alcool à 90°.....	10    "
Eau bouillante.....	1 litre.



30. Se gargariser avec la valeur d'un verre à madère de la solution suivante :

Borate de soude .....	10 grammes.
Glycérine.....	30 "
Eau distillée.....	250 "
Eau de menthe.....	30 "

Il faut avoir soin de renverser la tête en arrière et faire quelques mouvements de déglutition, puis de porter la tête en avant, en faisant un effort d'expulsion, la bouche étant fermée pour permettre au liquide de sortir par les fosses nasales.

40. Bien nettoyer le pharynx et les fosses nasales avec une tige garnie de coton.

50. Badigeonner consécutivement toutes les parties avec une tige garnie d'ouate trempée dans la solution suivante :

Naphthol <i>b</i> pulvérisé.....	5 grammes.
Campre en poudre.....	10 "

Triturez jusqu'à liquéfaction et ajoutez :

Péto-vaseline.....	10 à 50 grammes.
--------------------	------------------

F. s. a. sol — Tous les huit ou quinze jours alterner avec la solution suivante :

A. crésylique.....	1 gramme.
Glycérine ..	50 "

F. s. a.—Nous rejetons l'emploi de la créoline et du crésyl (en injections ou pulvérisations.)—*Revue de thérapeutique.*

**L'acide borique dans l'urine. Son emploi dans la cystite,** par le Dr. MARSH.—L'auteur cite un cas dans lequel il a trouvé de l'acide borique cristallisé dans l'urine d'un malade ayant ingéré 20 grammes d'acide borique quatre fois par jour, pendant trois jours. L'urine avait été abandonnée au repos vingt quatre heures. Le dépôt montrait de nombreux et volumineux cristaux, de formes les plus diverses. Ce dépôt, évaporé à siccité et additionné d'alcool, présentait la flamme verte caractéristique de l'acide borique. Le malade souffrant d'une cystite fut soulagé par ce traitement, qui ne produisit aucun désordre dans les organes digestifs. L'urine conservée dans une bouteille non bouchée, pendant trois semaines, ne laissait voir aucun organisme, et ne présentait pas d'odeur désagréable.—*Illustrated Medical News.*

## OBSTÉTRIQUE &amp; GYNÉCOLOGIE.

**Traitement des hémorrhagies post partum par la compression intra-utérine de l'aorte.**—Le Dr SÉJOURNET (de Revin) préconise ce procédé pour parer aux dangers redoutables de l'hémorrhagie *post-partum*. Il rappelle d'abord les différents procédés employés dans le même but et dont voici le résumé :

I. Procédés hémostatiques internes (administration de l'ergot de seigle pulvérisé, injections sous cutanées d'ergotine, vinaigre (Gugg), térébenthine à la dose d'une demi-once émulsionnée avec un œuf (Pollard) (etc.)

II. Procédés hémostatiques externes qui sont: *a) extra-utérins* (lotions et affusions froides, révulsifs, inversion du corps, compression ventrale par bandages (Deneux), compression du globe utérin avec la main (Saussier), compression abdominale de l'aorte (Baudelocque), galvanisme, etc. Quelques manœuvres tels que la ligature faite à la racine des membres, les injections hypodermiques d'éther, la transfusion, n'ont pas tant pour but d'arrêter l'hémorrhagie que de stimuler la femme défaillante et menacée de syncope); *b) intra-utérins* (glace ou éponges imprégnées d'eau glacée introduites dans l'intérieur de la matrice, jus de citron (Ory), éponge mouillée d'eau-de-vie (Ricketts), injections intra-utérines de teintures d'iode ( $\frac{1}{2}$ ), de perchlorure de fer ( $\frac{1}{4}$ ), injections d'eau chaude à la température de 40° ou 50°, tamponnement vaginal, soit avec le tampon de charpie, soit avec le double ballon de caoutchouc de Chassagny, etc.)

Voici maintenant en quoi consiste la *compression intra-utérine de l'aorte*, recommandée par M. Séjournet: quand on se trouve devant une hémorrhagie soudaine, abondante ou même foudroyante, en même temps qu'on fait administrer de la poudre d'ergot fraîchement préparée, on engage rapidement la main, après l'avoir soigneusement lavée et désinfectée au sublimé (solution à 1 p. 2000), dans la cavité utérine; on cherche l'aorte dont les battements sont faciles à rencontrer et aussitôt on la comprime avec les doigts sur la colonne vertébrale; immédiatement le sang s'arrête. On laisse là la main le plus longtemps possible jusqu'à ce que la fatigue force à la retirer, soit au bout de dix, quinze ou vingt minutes. Quand on est à bout de forces, on fait comprimer par un aide l'aorte à travers la paroi abdominale: si le sang ne reparait pas, on s'abstient de réintroduire la main dans l'utérus, on continue seulement la compression extra utérine, si la

compression par l'abdomen est difficile en raison de la résistance des parois du ventre, si l'opérateur est fatigué, il prie l'aide (le plus souvent une sage-femme) d'introduire à son tour la main dans la matrice et d'y exercer la compression intra-utérine de l'aorte. " Notre procédé ajoute le Dr Séjournet, nous a toujours parfaitement réussi dans les cas les plus graves et n'a jamais entraîné d'accidents imputables à son application. Du reste nous avons soin de prévenir les suites fâcheuses qui pourraient en résulter par l'usage d'injections anti-septiques dans le vagin et l'utérus lui-même."

Nous admettons parfaitement que cette méthode " énergique, rapide, sûre et à la portée de tous " donne d'excellents résultats *immédiats* au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie ; toutefois, nous ferons quelques réserves sur son utilité et sur son innocuité, même, surtout après avoir lu attentivement les *cinq* observations de notre confrère. Ce qui nous semble dangereux dans cette méthode, c'est d'introduire dans l'utérus, en contact direct avec la surface interne de l'utérus, une main qui peut ne pas être très bien stérilisée, puisque M. Séjournet recommande l'emploi de sa méthode dans les cas où il y a urgence très grande, où l'on est mal outillé, lorsque les conditions matérielles ne permettent que difficilement l'usage des injections très chaudes. Or ce séjour prolongé dans la cavité utérine d'une main qui peut être septique nous paraît plein de dangers.

C'est pourquoi il nous semble que, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie grave *post-partum*, lorsqu'on ne peut songer à l'emploi des injections chaudes, qui sont si efficaces, il faut recourir à la compression de l'aorte par l'abdomen ; ce procédé, beaucoup plus simple, qui est généralement facile à employer, suffit souvent à arrêter l'hémorrhagie et ne fait en tout cas courir à la femme aucun danger du fait de l'intervention. Si, pour une raison quelconque (bien rare à la vérité), on ne peut comprimer l'aorte à travers la paroi abdominale, le procédé du Dr Séjournet peut rendre des services ; mais ce ne sera que dans des cas tout à fait exceptionnels.—*Concours médical.*

**Tumeurs vasculaires polypoides du méat urinaire chez la femme.**—Parmi les différentes variétés de tumeurs de l'urèthre, chez la femme, une des plus fréquentes est constituée par les polypes du méat : c'est à leur étude que notre confrère le Dr A. JONDEAU consacre sa thèse inaugurale. En se basant sur l'examen histologique, il leur donne le nom de tumeurs vasculaires polypoides.—Ces tumeurs sont assez fréquentes et se rencontrent à tous les âges de la vie ; cependant, leur maximum de fréquence a lieu à l'âge de la plus grande activité génitale de la femme, c'est-à-dire à une époque où la femme est exposée à de fréquentes congestions des organes du petit bassin, à des phénomènes in-

inflammatoires nombreux et à des troubles souvent répétés dans la circulation de cette région. Parmi les causes de congestion urétrale les plus fréquentes, il faut citer la rétention d'urine, les troubles de la menstruation, la ménopause, les excès de coït, la grossesse, les tumeurs utérines et ovariennes, l'antéversion utérine et la métrite; à ces causes qui favorisent le développement des polypes par la stase sanguine qu'elles provoquent, il faut ajouter la blennorrhagie, la tuberculisation des voies urinaires, la syphilis (Velpeau), le nervosisme (Bouloumié.)

Ces tumeurs vasculaires siègent le plus souvent et presque constamment à l'orifice du méat ou à quelques millimètres en arrière; elles sont généralement très faciles à voir. Elles s'implantent communément sur le parié inférieur de l'urètre, jamais sur le parié supérieur. Au début, ces tumeurs sont sessiles, mais, lorsqu'elles ont atteint un certain développement, leur base d'implantation est toujours très large et le pédicule fort court. Elles sont de volume très variable. Elles donnent lieu à des symptômes multiples, tels que troubles urinaires, douleurs, démangeaisons, cuissons, irritations, hémorrhagies, etc. Bien que ces tumeurs soient bénignes, elles n'ont aucune tendance à guérir spontanément et se produisent même avec une grande facilité; aussi doivent-elles être traitées avec soin, d'autant plus que les accidents qu'elles déterminent sont parfois très pénibles.

Les moyens médicaux ne peuvent qu'apporter quelque soulagement, mais sont insuffisants pour amener une guérison définitive.

Lorsque la tumeur est tout à fait extérieure, on peut tenter d'obtenir la dessiccation de la tumeur avec des applications d'eau blanche (Caudmont), d'un mélange de sibile et de sulfate d'alumine à parties égales (Garrau), etc.—Si la tumeur est petite, beaucoup de chirurgiens se contentent d'employer la cautérisation soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge.—La ligature donne très souvent des résultats incomplets.

Le galvano-cautère peut rendre des services. L'excision est certainement la meilleure opération; elle peut se faire avec le bistouri, les ciseaux ou une curette tranchante. Dans certains cas où le méat est très étroit, ou lorsque le point d'implantation est situé profondément dans l'intérieur de l'urètre, il faut pratiquer la dilatation ou l'incision de l'urètre.

Comme ces tumeurs récidivent fréquemment, il est bon de compléter l'opération par une cautérisation au nitrate d'argent ou même au fer rouge.—On prévient l'hémorrhagie et le rétrécissement de l'urètre, en plaçant une sonde à demeure pendant un certain temps et en pratiquant le tamponnement du vagin pendant quelques heures après l'opération.—*Concours médical.*

## PÆDIATRIE

**Traitement de la bronchite capillaire.—Adénopathie bronchique avec cyanose.**—Clinique de M. le Dr Jules SIMON, à l'hôpital des Enfants-Malades.—La bronchite capillaire chez les enfants a une telle intensité et une telle rapidité dans son évolution que le médecin qui n'est pas préparé à la traiter d'une manière méthodique court le risque de subir en pareil cas un véritable affolement que l'état de l'entourage du malade suffirait à provoquer. Aussi M. Jules Simon revient souvent sur ce traitement en faisant remarquer tout d'abord que bien des bronchites capillaires seraient facilement évitées avec quelques précautions élémentaires. En effet, la plupart de ces affections sont contractées par de petits enfants que l'on expose à l'air et aux refroidissements alors qu'ils sont déjà atteints d'un coryza ou d'une grippe légère. Il en est de même de la coqueluche qui n'est jamais grave lorsque les malades sont gardés à la chambre avec certaines précautions. La rougeole nécessite des recommandations plus précises encore, recommandations qui peuvent paraître banales, mais qui ne le sont pas en réalité lorsqu'on voit le nombre considérable d'enfants dont la mort est due incontestablement à des imprudences de ce genre.

Lorsque la broncho-pneumonie est au début, l'enfant doit être mis au lit, les jambes entourées d'ouate qui sera changée matin et soir. Un large cataplasme sinapisé est placé en avant et en arrière de la poitrine, et on administre la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.....	0,50 centigrammes.
Alcoolature de racine d'aconit.....	15 gouttes.
Sirop de codéine.....	10 à 15 grammes.

A un ou deux ans, 5 grammes de sirop de codéine sont suffisants. Cette potion doit être donnée par cuillerées à café d'heure en heure, et ces doses sont espacées si le calme survient.

Si la congestion pulmonaire est intense, l'enfant est plongé dans un bain tiède sinapisé ou il reste quatre à cinq minutes. Quant aux vomitifs, leur emploi n'est indiqué que tout à fait au début et lorsqu'il existait antérieurement de la bronchite; mais il ne faut pas en continuer l'usage, bien qu'on en soit presque toujours très vivement sollicité.

A une période un peu plus avancée l'emploi des révulsifs et s'

cialement du vésicatoire devient nécessaire. Le vésicatoire, dont on a dit bien du mal, souvent avec beaucoup de raison, peut cependant être utilisé sans danger lorsqu'on l'applique avec les précautions nécessaires. On doit recommander de ne pas le laisser en place plus de trois heures ou même deux chez des enfants à la mamelle et de le remplacer par un cataplasme: il faut surtout insister pour qu'il soit enlevé à ce moment, alors même qu'il ne paraît pas avoir pris. Un pansement à la vaseline et à l'ouate permet de les guérir très rapidement. En outre, ces vésicatoires doivent être extrêmement petits pour pouvoir être renouvelés facilement: on peut en appliquer ainsi de nouveaux chaque fois qu'il y a de l'anxiété respiratoire et on arrive ainsi à diminuer ce symptôme si pénible. Il est bon, en outre, de rendre l'air humide par des vaporisations d'eau chaude. Pour éviter les congestions passives, l'enfant doit être fréquemment assis ou tenu sur les bras.

L'état des voies digestives doit être soigneusement surveillé, les laxatifs, souvent employés, des lavements prescrits chaque jour. Enfin des frictions stimulantes doivent être fréquemment faites pour exciter les fonctions de la peau.

Il y a là une série de petits moyens qui pris en particulier n'auraient pas d'importance, mais dont l'ensemble, s'ils sont employés méticuleusement, donne des résultats réels.

Le système nerveux est presque toujours plus ou moins atteint chez ces enfants; ils sont presque toujours déprimés et l'emploi du café et de l'alcool est ici nécessaire. Avant un an l'enfant peut prendre 20 grammes d'eau-de-vie par jour; plus tard, il peut en prendre 40 ou 50 grammes.

S'il y a une excitation trop vive, on peut la calmer avec un lavement contenant pour 60 grammes d'eau, 0,50 centigrammes de chloral et 20 gouttes de teinture de musc. Enfin, il est bon d'administrer quotidiennement de petites doses de sulfate de quinine qu'on peut quelquefois faire accepter dans du café. Si on ne peut y arriver ainsi, on fait faire des pilules de un centigramme dont on peut donner une quinzaine dans de la confiture. On peut faire prendre encore une cuillerée à dessert d'un mélange à parties égales de glycérine et de sirop tartrique auquel on a ajouté 0,15 centigrammes de sulfate de quinine avec un peu d'eau de Rabel. Il faut ajouter qu'à ce moment les médicaments tels que le kermès, l'ipéca, l'oxide blanc d'antimoine, le tartre stibié doivent être absolument proscrits.

Dans ces conditions, on voit souvent se produire la suppression des fonctions du rein, et la dyspnée est en rapport avec l'anurie. On peut intervenir alors avec la digitale: 0,15 centigrammes de poudre en infusion en trois tasses pour un enfant de un an, 0,25 centigrammes pour un enfant de six à sept ans, suffisent souvent pour ramener la diurèse et une détente notable dans les accidents.

Ce médicament ne doit pas être donné plus de trois ou quatre jours de suite.

Tous ces moyens doivent varier suivant les circonstances, mais en tous cas ils doivent être prolongés pendant fort longtemps, car cette affection est presque toujours à grandes oscillations et dure au moins trois à quatre semaines. Mais ce n'est là que le traitement de l'état aigu et l'emphysème, les adénopathies, troubles cardiaques et digestifs qui sont la conséquence de la maladie exigent des soins variés et prolongés.

—M. Simon a pu montrer dans une de ses conférences une malade chez laquelle cette adénopathie avait revêtu un aspect clinique très particulier. Il s'agissait d'une jeune fille de douze à treize ans chez laquelle dans le cours d'une bronchite s'était produite une bouffissure de la face avec une teinte bleuâtre des téguments, telle que l'aspect était absolument celui de la cyanose due à une communication anormale des deux cœurs. Cependant, en interrogeant la malade, on constatait qu'elle avait eu une coqueluche grave vers l'âge de 5 ans, et que depuis cette époque, la toux se reproduisait tous les hivers avec une persistance excessive. C'est à la suite d'une de ces bronchites annuelles que la coloration bleue s'est produite. L'affection n'était donc pas congénitale comme on aurait pu le croire au premier abord.

Lorsqu'on examinait le cœur on le trouvait un peu volumineux, mais régulier et sans bruit de souffle. Bien que certaines affections cardiaques se montrent d'une façon latente, il était impossible ici de penser à une affection de ce genre; car une pareille cyanose ne pourrait être produite que par une maladie de cœur arrivée à sa dernière période et encore chez les enfants; les troubles circulatoires de ce genre, même dans ces conditions, sont-ils des plus rares. On pouvait expliquer ici le gros volume du cœur et parce qu'il avait été forcé et dilaté au moment de la coqueluche et aussi parce qu'il restait du fait de cette maladie un emphysème assez notable. Mais ce trouble de la circulation veineuse avait évidemment sa cause dans l'état des ganglions bronchiques. On trouvait, en effet, par l'auscultation en arrière de l'angle de l'omoplate, un bruit de souffle caractéristique aux deux temps de la respiration, sans râle dans le voisinage et tout à fait caractéristique de l'adénopathie bronchique. Il y avait certainement là une tuméfaction des ganglions bronchiques déterminant la compression du système veineux supérieur.

Les cas de ce genre ne se sont pas rares après la coqueluche et on voit alors pendant les hivers qui suivent l'année où l'enfant a été malade, se produire constamment de nouvelles bronchites avec toux quinteuse et phénomènes de compression intra-pneumonaire s'expliquant par la congestion des ganglions qui accompagne ces bronchites; mais il est tout à fait exceptionnel de voir les troubles circulatoires revêtir un aspect tel que le diagnostic

de la cyanose vraie puisse être discuté. Aussi ce cas est-il intéressant, car le diagnostic de cyanose présente quelquefois de grandes difficultés.

Malgré l'apparente gravité des accidents, ces adénopathies peuvent guérir assez facilement, à condition que le traitement soit assez prolongé. Les cures thermales, particulièrement celles du Mont-Dore, ont ici une action très efficace. A leur défaut il faut employer l'iode à l'extérieur et les révulsifs constamment renouvelés à l'extérieur.—*Abeille médicale.*

**Sur la fièvre ganglionnaire.**—La *Revue des maladies de l'Enfance* donne, d'après le Dr PFEFFER, la description d'une affection non classée et qui se manifeste pourtant par des symptômes assez caractéristiques.

Un enfant âgé de 5, 6 ou 8 ans, est pris subitement et sans aucune cause appréciable, vers le soir ou dans la nuit, d'une fièvre vive accompagnée d'une fatigue générale ou d'une vive agitation; la perte de l'appétit est constante, parfois il existe aussi des vomissements.

La température atteint généralement 39° ou 40° C. Tous les organes sont normaux, on constate seulement au niveau du cou, une sensibilité plus grande pendant les mouvements exécutés par la tête et aussi pendant la déglutition. En examinant le cou de plus près, on est tout étonné de trouver que sur tout son pourtour, mais particulièrement au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et à la nuque, un nombre plus ou moins considérable de ganglions lymphatiques sont considérablement tuméfiés et douloureux.

Dès le lendemain, dans la plupart des cas, la fièvre a disparu et il ne reste plus qu'une tuméfaction plus ou moins douloureuse d'un certain nombre de ganglions cervicaux; pendant plusieurs jours, l'enfant tient la tête quelque peu raide ou se plaint d'une légère douleur pendant la déglutition.

Telle est la symptomatologie et la marche d'une affection non encore décrite que l'auteur désigne sous le nom de fièvre ganglionnaire.

A côté de ces véritables fièvres, il existe encore toute une série de cas où la maladie, par suite de poussées excessives, présente une durée de 8 à 10 jours.

La température au lieu de s'abaisser dès le second jour, conserve son intensité, la tuméfaction ganglionnaire débute par l'un des côtés du cou, gagne ensuite le côté opposé et finalement la nuque; la muqueuse bucco-pharyngienne prend une coloration plus vive, les mouvements de déglutition sont douloureux et il peut survenir une légère toux d'irritation. Vers le 3ème ou le 4ème jour, le foie et la rate subissent une augmentation de volume très appréciable et, dans la plupart des cas, on constate une douleur



marquée sur la partie médiane du bas-ventre entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Les poumons ainsi que les organes digestifs ne présentent rien d'anormal; on ne trouve jamais aucune éruption cutanée.

Les seuls ganglions envahis par le processus pathologique sont ceux du cou et particulièrement ceux de la nuque: les ganglions axillaires ou inguinaux n'ont jamais été trouvés tuméfiés. Mais les accès de toux peu intenses, la douleur entre l'ombilic et la symphyse, indiquent peut être que les ganglions rétro-pharyngiens, rétro-tracheaux, et mésentériques, peuvent aussi devenir le siège d'une tuméfaction.

Suivant l'auteur, il s'agit dans ces cas, d'une maladie *sui generis*, infectieuse et épidémique; mais la forme épidémique ne dépasse pas une maison ou une famille.

On ne saurait confondre cette fièvre ganglionnaire avec la fièvre typhoïde fruste, encore moins avec la diphtérie sans fausses membranes ou les formes abortives de la scarlatine, de la rougeole ou de la variole.

À côté de cette fièvre ganglionnaire à évolution rapide, l'auteur décrit une autre forme de maladie, moins aiguë que celle-ci et qui peut encore être dénommée fièvre ganglionnaire. Mais ici, au lieu des ganglions cervicaux, ce sont tous les organes ganglionnaires abdominaux qui présentent la tuméfaction douloureuse caractéristique. La seule relation qui ait été trouvée jusqu'ici entre cette forme de maladie et le processus précédemment décrit consiste en ce fait que dans les deux cas, le foie et la rate participent aux troubles des ganglions lymphatiques. Dans la fièvre ganglionnaire à localisation abdominale les enfants présentent en outre la fièvre assez vive, une diarrhée rebelle, très abondante qui amène un amaigrissement rapide. A la palpation de l'abdomen on trouve les ganglions mésentériques nettement tuméfiés, le foie et la rate notablement hypertrophiés; sous l'influence d'une médication appropriée (calomel, compresses froides de Preissnitz, régime tonique), la guérison est obtenue au bout de plusieurs semaines. Suivant l'auteur, il s'agit dans ces cas d'une maladie spécifique qui ne doit pas être confondue avec le catarrhe simple de l'intestin, ni avec la fièvre typhoïde ou la phtisie mésentérique.—*Journal de médecine pratique.*

**Manifestations morbides du surmenage physique.**—D'assez nombreux travaux ont été faits sur cette question depuis quelques années. M. le Dr A. DUFOUR étudie plus particulièrement, dans un récent travail, le surmenage musculaire et l'auto-intoxication qui en est la conséquence.

Selon lui, les manifestations morbides du surmenage physique se présentent sous trois formes principales :

1<sup>o</sup> Une forme asphyxique où les troubles de l'hématose et l'em-

poisonnement par l'acide carbonique sont les symptômes principaux ; cette forme comprend : l'essoufflement ; certains faits de prétendus coups de chaleur ; des accidents attribués au froid ; et le surmenage aigu.

2<sup>o</sup> Une forme typhoïde qui comprend d'une part, des manifestations typhoïdes sans localisation comme myocardite, phlébite, gangrène, hépatisation pulmonaire, myosite, etc.

3<sup>o</sup> Enfin, une forme rhumatoïde comprenant surtout des pseudo-rhumatismes et certains érythèmes polymorphes.

Tous ces accidents, quels qu'ils soient, ont certainement pour origine l'accumulation dans l'organisme de substances diverses (produits azotés, matières extractives, leucomaines) qui peuvent être éliminés et qui sont le résultat de l'exercice musculaire exagéré ; toutefois, on n'est pas fixé sur la nature intime de cette auto-intoxication.

Parmi les manifestations de la première forme, la forme a-physique, l'essoufflement peut, dans certains cas, aller jusqu'à la mort. M. Lagrange, qui a si bien étudié toutes ces questions dans son livre sur les exercices physiques, donne la description suivante de cet état. Lorsque l'exercice qui produit l'essoufflement continue, à la gêne respiratoire succède un sentiment d'angoisse généralisé à tout l'organisme ; la tête paraît serrée dans un cercle de fer ; bientôt surviennent des vertiges. Les sensations de toute espèce sont de plus en plus vagues ; le cerveau est envahi par une sorte d'ivresse. Le sujet commence à n'avoir plus conscience de ce qui se passe autour de lui ; les muscles continuent à fonctionner encore par mouvement machinal, puis ils finissent par devenir incapables de tout mouvement et l'homme tombe évanoui. Les deux temps de la respiration deviennent saccadés, entrecoupés d'arrêt ; le pouls devient intermittent, à peine perceptible ; une syncope survient qui peut être mortelle.

Les accidents qu'on décrit généralement sous le nom de coup de chaleur ne sont autre chose, la plupart du temps, qu'une des formes du surmenage, car ils peuvent survenir alors même que la température n'est pas très élevée. Ainsi que l'a remarqué aussi M. Lagrange, l'homme qui sucombe pendant une marche forcée au grand soleil n'est pas tué par le soleil, mais par la marche forcée, il ne meurt pas d'insolation, mais du surmenage ; par conséquent, s'il n'est pas surmené, le soleil à lui seul ne peut le tuer. Le soleil n'est pas une cause essentielle de l'accident, il n'en est qu'une condition accessoire. Des coups de chaleur, dus à la chaleur seule peuvent exister, mais dans nos climats, ces accidents sont excessivement rares.

D'autres fois on a attribué aux froids des accidents qui étaient dus évidemment au surmenage ; c'est ce qui s'est passé dans cette marche de douze heures en Algérie par un temps de pluie froide où 19 hommes sur 750 succombèrent.

Enfin à cette forme se rattache le surmenage aigu, très rare chez l'homme, qu'on peut observer chez des coureurs et dont la mort des animaux forcés à la chasse est un exemple.

La forme typhoïde comprend surtout la fièvre de surmenage qui a été bien décrite par M. Rendon, mais il peut se produire aussi des localisations assez nombreuses. M. Dufour cite d'abord les lésions cardiaques et en particulier la myocardite, qui est admise maintenant par presque tous les auteurs comme conséquence possible du surmenage. Celui-ci paraît amener une fatigue du muscle cardiaque, une myocardite, comme il produit des myosites d'autres muscles ; cette myocardite au début semble curable, mais si la cause persiste, les accidents récidivent, les lésions font des progrès et le malade succombe.

Comme accidents plus rares, on observe encore la phlébite, la gangrène plus ou moins étendue des membres, des ecchymoses sous-cutanées, des lésions pulmonaires consistant dans de la congestion et de l'hépatisation, enfin des lésions hépatiques, congestion et ictère, et des lésions musculaires.

La forme rhumatoïde du surmenage donne assez souvent lieu à des erreurs de diagnostic ; ce pseudo-rhumatisme diffère du vrai surtout par la prédominance des manifestations saburrales, l'extrême rareté des complications viscérales et l'inefficacité des préparations salicylées.

Dans les cas les plus habituels, il y a un état fébrile léger, malaise assez accusé qui précède l'apparition des douleurs ; quelquefois il y a des épistaxis, la langue est blanche, un peu sèche. La douleur est moins forte que dans le rhumatisme, les articulations quelquefois gonflées sont rarement rouges ; d'ailleurs, la localisation est plutôt périarticulaire que vraiment articulaire.

Enfin, dans certains cas, des érythèmes polymorphes ont été vus. D'une façon générale la durée de ces états morbides est courte et ne dépasse guère une dizaine de jours au maximum, le plus souvent de trois à quatre jours. Il faut ajouter un fait très caractéristique, c'est que dans les formes typhoïdes et rhumatoïdes, pendant la période d'état, l'urée est éliminée en très petite quantité ; mais l'affection se juge par une véritable crise urinaire accompagnée de débâcle d'urée.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—Il faut bien savoir que certaines personnes ne dorment tranquilles que lorsqu'elles savent leur médecin à portée de leur appel

—La théorie nous conseille de proportionner le taux de nos honoraires au service rendu et à la position de nos clients ; la pratique nous oblige à nous conformer aux usages locaux.

## FORMULAIRE.

**Phthisie.**—*Seig.*

P.—Huile de Foie de morue.....	70 onces
Créosote.....	40 gouttes
Saccharine .....	2½ grains

M.—*Revue de thérapeutique.*

**Ozène.**—*Moure.*

P.—Camphre .....	8 parties
Teinture d'iode.....	10 “
Iodure de potassium.....	2 “
Goudron.....	12 “
Alcool a 90°.....	100 “
Eau.....	250 “

M.—Chauffer au bain-marie et employer en humage pendant une ou deux minutes.—*Revue de thérapeutique.*

**Diphthérie.**—*Caldwell.*

P.—Papaïne .....	2 drachmes
Hydronaphtol .....	3 grains
Acide muriatique dilué.....	15 minimes
Eau.....	pour 4 onces.

M.—En pulvérisations dans la gorge toutes les demi-heures ou toutes les deux heures.—*Archives of Pediatrics.*

**Dyspepsie putride.**—*Dujardin-Beaumetz.*

1re P.—Salicylate de bismuth.....	
Magnésie .....	
Bicarbonate de soude .....	ââ 2½ drachmes

M.—Diviser en 30 poudres.—*Dose* : Une au déjeuner ; une autre au dîner.

2e P.—Salicylate de bismuth.....	
Naphtol.....	
Magnésie.....	ââ 2½ drachmes

M.—Diviser en 30 poudres.—*Dose* : Une au déjeuner ; une autre au dîner.—*Abeille médicale.*

**Ascite.**—*Schwass.*

P.—Calomel .....	2 grains
Digitale .....	¼ grain

M.—*Dose* : Une prise toutes les trois heures pendant une semaine.—*Cincinnati Medical News.*

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, NOVEMBRE 1889.

---

---

## BULLETIN.

---

### Influence du mode d'administration sur l'action des médicaments.

---

Le mode d'administration, on le sait, influe beaucoup sur les effets produits par les médicaments. Ainsi les médicaments donnés sous forme liquide agissent beaucoup plus rapidement, d'une manière générale, que ceux administrés sous forme solide : pilule, poudre &c. Les injections hypodermiques sont plus favorables à l'action médicamenteuse que tout autre forme. Tel remède donné après les repas agira mieux que quand on l'administre à jeun &c. Mais ces diverses conditions n'ont d'influence véritable que sur l'absorption à proprement parler. D'autres circonstances, moins connues des praticiens, sont susceptibles d'exercer une influence particulière sur l'action intime de la substance. Ainsi, d'après Herbert C. Harris (*Medical Age*, année 1889, p. 155) le fer, administré dans une mixture effervescente, agira rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il restera inefficace ou même produira de mauvais effets donné sous une autre forme. Cette remarque a une extrême importance et nous donne l'explication des nombreux échecs que l'on éprouve dans le traitement de l'anémie par la médication ferrugineuse. La noix vomique, la belladone, la digitale, l'aconit et autres médicaments donnés sous forme de teintures sont beaucoup plus efficaces si on mélange ces teintures avec un peu d'eau immédiatement avant leur administration que quand on les prépare sous forme de solutions dans lesquelles elle sont souvent très longtemps en contact avec des sels alcalins. La morphine qui, en solution aqueuse, diminue à peine la toux, l'atténuera rapidement si on la dissout dans une petite quantité d'excipient visqueux.

A ces exemples cités par le docteur Harris nous ajouterons les suivants : La teinture de noix vomique donnée à dose de une goutte tous les dix minutes, pendant quatre ou cinq heures, con-

trôlera plus rapidement une ménorrhagie qu'elle ne le ferait à doses plus élevées mais plus espacées. Le calomel à dose de  $\frac{1}{3}$  gr. toutes les demi-heures, jusqu'à concurrence de trois grains, amène parfois une purgation qui ne se produit pas toujours sous l'action d'une pleine dose donnée d'emblée. La liqueur arsenicale à dose de 1 goutte, une, deux ou trois fois par jour, arrête les vomissements des alcooliques, tandis qu'une dose élevée: 10 à 20 gouttes irrite et fait vomir. L'esprit d'éther nitreux administré dans une potion chaude agira plutôt comme sudorifique, et, dans une potion froide produira un effet diurétique.

Ces faits confirment amplement la pensée que si les médicaments ne nous donnent pas toujours les résultats que nous en attendons, la faute en est très-souvent aux circonstances et mode d'administration plutôt qu'au médicament lui-même. Cette partie de la thérapeutique mérite donc qu'on lui accorde une attention sérieuse. Trop souvent le mode d'administration est laissé à la discrétion des malades qui, alors, le prennent un peu au gré de leur caprice. Il n'y a pas de détail inutile en médecine, et seul se montre vraiment praticien celui qui, ne négligeant pas les minuties, les fait, au contraire, servir à la science du diagnostic et à la guérison des malades.

### L'empoisonnement par la cocaïne.

Les journaux de médecine continuent à nous rapporter des cas d'empoisonnement par l'alkaloïde de la Coca. Les derniers faits relatés nous prouvent une fois de plus que l'on est loin d'être fixé sur la dose toxique de la cocaïne. Des accidents sont survenus après l'administration d'un quart de grain chez des sujets prédisposés. La plupart du temps ces accidents ont été consécutifs, non pas à l'administration de la cocaïne par les voies digestives, mais à son introduction sous forme d'injection hypodermique ou d'injections uréthrales, rectales, etc. Or, dans ces derniers cas, il devait nécessairement être difficile de doser exactement le médicament et le malade se trouvait en absorber une quantité trop considérable.

Au reste il en est de la cocaïne comme des autres poisons: la dose toxique est un peu difficile à établir d'une manière exacte, attendu qu'elle est susceptible de varier avec les sujets, et chez un même sujet, avec une foule de circonstances. La dose ordinaire du muriate de cocaïne, telle qu'indiquée par la pharmacopée britannique est de  $\frac{1}{2}$  à 1 grain. Par injection sous-cutanée elle devrait être moindre de moitié.

A notre sens, cette dose est trop forte, et le maximum ne devrait pas dépasser  $\frac{1}{2}$  grain, puis-que des accidents sont survenus avec des quantités variant entre  $\frac{1}{2}$  et 1 grain. Lors d'un accident survenu à la clinique ophthalmologique de M. Abadie, à Paris, la dose administrée (en injection hypodermique) était de 4 centigrammes ( $\frac{3}{4}$  gr)

Il nous semble, et c'est là la réflexion pratique que nous inspire le fait précédent, il nous semble que dans la détermination d'une dose toxique quelconque il faut toujours présupposer que la quantité administrée a été absorbée toute entière, ce qui n'est pas toujours le cas pour les médicaments introduits *per orem* ou par les muqueuses en général. La voie hypodermique offre bien d'autres avantages et avec elle on peut être à peu près sûr que la dose donnée agit toute entière sur l'organisme. Si un sujet résiste à l'action toxique de 1 grain de cocaïne prise par la bouche, peut-être succombera-t-il, comme la malade de M. Abadie, à l'action de  $\frac{1}{4}$  gr. en injection sous-cutanée.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vient de paraître. Deuxième Fascicule du **Guide Médical à l'Exposition Universelle Internationale de 1889 à Paris**, par Marcel BARDONIX, secrétaire de la rédaction du *Progrès Médical*, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Koraval, L. Lamotte, A. Raoult, L. Regnier, A. Rousselet.

Anatomie, chimie et pharmacie, matière médicale, eaux minérales, microbiologie, hygiène et assistance publique.

Dans le troisième fascicule, qui sera publié sous peu, on trouvera traité, — après les *Instruments de Chirurgie et de Précision*, et tout ce qui se rapporte à l'anatomie normale et comparative, à l'hygiène, à l'assistance publique, à la matière médicale et aux sciences pharmaceutiques, etc. — ce qui a trait à l'Exposition des Sciences Anthropologiques; et dans la dernière partie de ce fascicule le lecteur trouvera de curieux renseignements sur la *Librairie* et la *Photographie* médicales, etc., une intéressante critique artistique, intitulée *La Médecine au Palais des Beaux-Arts*; enfin, quelques articles tout nouveaux et pleins d'actualité sur les *Maladies de l'Exposition*.

La Rédaction du *Progrès Médical* a cru répondre à un besoin réel en publiant ce *Guide*, qui formera un beau volume d'environ 550 pages et qui sera illustré de plus de 300 figures.

Tous les docteurs, tous les pharmaciens et même toutes les personnes qui s'intéressent aux progrès des sciences médicales, pourront à l'aide de cet ouvrage rendre des plus utiles l'agréable visite qu'ils ont faite à l'Exposition.

Tous ceux qui n'ont pas pu venir admirer cette merveille y liront avec intérêt quels progrès depuis dix ans les sciences médicales ont pu faire.

C'est la première fois qu'un tel *Guide* est publié sous forme de catalogue raisonné. Aussi espérons-nous que cette innovation attirera l'attention des étrangers aussi bien que des français, qui désirent être au courant des inventions modernes.

Prix du Premier Fascicule, Instruments de Chirurgie et de Précision.....	3 fr. 50.
Prix du Deuxième Fascicule.....	2 fr. 50.
Souscription à l'ouvrage complet.....	7 fr. 50.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

En pathologie, la dernière nouveauté est constitué par une affection des doigts amenée par l'abus du *type-writer*.

Nous recevons avis du changement de direction de la *Gazette de Gynécologie*. Le Dr P. MÉNIÈRE, dont la santé laisse à désirer depuis quelque temps, a cédé son journal au Dr PHILIPPEAU et cesse d'exercer la médecine.

L'Académie américaine de médecine est à faire préparer une liste aussi complète que possible des élèves des collèges classiques aux Etats-Unis et au Canada qui ont obtenu le degré de M. D. Tous ceux qui ont obtenu les deux degrés, littéraire et médical, sont priés de faire parvenir leurs noms immédiatement, au Dr J. Dunglison, secrétaire, 814. North 16th st., Philadelphie, Pa.

**Danger de la suspension.**—Le docteur Vincent (de New-York) a observé un cas de mort pendant la suspension, survenue dans les conditions suivantes : le malade avait l'habitude de se servir de son appareil hors de la présence du médecin. La mentonnière étant glissée sur la barbe, le malade se trouva exclusivement suspendu par la nuque, et quand on le trouva il était mort. Le docteur Forster, interviewé, a déclaré avoir observé un cas semblable.

**Association des internes de l'hôpital Notre-Dame.**—Le premier banquet annuel de l'Association a eu lieu jeudi soir, 7 novembre, à l'Université Laval, sous la présidence du docteur H. E. DESROSIERS, président de l'Association. Tous les anciens internes pratiquant à Montréal y assistaient. Parmi les invités figuraient les chefs de service de l'hôpital : MM les professeurs BROUSSEAU, LARAMÉE, LAMARCHE, FOUCHER et FAFARD. Des toasts ont été portés à l'Association des internes, aux chefs de service, à l'Université Laval, à l'Hôpital Notre Dame, au président de l'Association, à l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

**Nécrologie.**—Philippe RICORD, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, vient de succomber à une pneumonie, le 22 octobre, dans son domicile de la rue Tournon, après quelques heures de maladie.

De tous les médecins français, il n'en est pas un dont le nom ait



été aussi universellement connu que celui de Ricord, qui, pendant plus d'un demi-siècle a eu l'un des cabinets les plus fréquentés de Paris.

Ricord, petit fils d'un médecin marseillais, est né le 10 décembre 1800, à Baltimore (Etats-Unis), où son père, autrefois riche armateur de la Compagnie des Indes, était venu chercher à relever sa fortune. Ricord avait commencé ses études médicales en Amérique, sous la direction de son frère aîné, J.-B. Ricord, naturaliste estimé aux Etats-Unis, et de Rousseau, disciple de Broussais, lorsqu'il fut mis en relation par le naturaliste Lesueur Hyde de Neuville, qui les chargea, lui et son frère Alexandre, d'apporter à Paris, pour le muséum, une collection d'animaux et de plantes qui manquaient.

C'était en 1820. Les deux frères continuèrent leurs études médicales à la Faculté de Paris.

Le 4 décembre 1822, Ricord fut nommé interne. Il fut attaché au service de Dupuytren, qu'il dut quitter, non pour ce mauvais jeu de mots qu'on lui prête, ni pour les irrégularités de service, mais en réalité pour une découverte bibliographique qu'il avait faite dans les journaux américains, et qui enlevait à Dupuytren la priorité dans une opération chirurgicale. Ce fut la cause réelle de la rancune que lui garda Dupuytren, rancune qui aboutit à lui faire quitter le service. Il passa à la Pitié, chez Lisfranc, qui l'accueillit avec empressement, voyant en lui une puissante recrue pour l'aider à combattre le "boucher du bord de l'eau."

Ricord soutint le 5 juin 1826, sa thèse pour le doctorat (*Dissertation sur diverses propositions de chirurgie*) qu'il dédia à son maître Lisfranc et à son ami Guillaume Didier, dont la famille joua un rôle si important dans la vie de Ricord.

Sans fortune, Ricord alla d'abord s'établir à Saint Martin d'Olivet, près d'Orléans, puis peu après il vint à Crouy-sur-Oucre, arrondissement de Meaux, où il se fit promptement une grande clientèle et de nombreux amis. Son nom y est resté populaire. Mais un boug de province ne suffisait pas à son ambition; il vint à Paris concourir pour le bureau central et fut nommé en 1828, après son deuxième concours.

Pour vivre à Paris, Ricord dut se faire d'abord professeur particulier de médecine opératoire: c'est ainsi qu'il attendit jusqu'en 1831, époque de sa nomination à l'hôpital du Midi. Ce fut pour lui la source de sa fortune et de sa célébrité. L'année suivante, en 1832, il concourut pour l'agrégation et échoua: il se borna alors à son hôpital. Il se vit en présence d'une spécialité très productive à Paris, et bientôt son cabinet de la rue de Vaugirard fut trop petit; il s'installa rue de Tournon, dans ce vieil hôtel qu'il habita près de cinquante ans.

Ricord sera étudié ultérieurement et par d'autres, d'une façon plus complète, comme praticien, comme savant et comme homme du monde.

Comme praticien, Ricord était doué d'un grand tact, d'un coup d'œil sûr, d'une main hardie. Il avait toujours des mots pleins d'à-propos pour relever le moral de ses malades, calmer les inquiétudes. Comme chirurgien d'hôpital, il mit son service sur un excellent pied, divisa les malades autant que possible selon les affections, et dès 1834, il ouvrit à l'hôpital du Midi un cours des maladies vénériennes qui eut de suite un immense et légitime succès. L'amphithéâtre était souvent trop étroit; aussi par la belle saison, les leçons avaient lieu sous les tilleuls du jardin.

A cette époque les syphiliographes en renom étaient Callerier (oncle, Lagneau et les médecins de Saint-Louis, Cazenave, Devergue, Gibert. Callerier neveu avait hérité de la réputation de son oncle. Tous, à l'exception de Callerier neveu croyaient à l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis. Ricord, après Balfour, Tode, Benj. Bell, Hernandez, dégagca nettement la syphilis de la blennorrhagie (1838). Son opinion était basée sur les expériences d'inoculation. Ce fut pour ainsi dire le premier pas sur ce terrain que Ricord allait cultiver avec tant de monde.

Si la séparation entre la blennorrhagie et le chancre était bien tranchée, il y avait encore bien des obscurités dans ce qui concerne la syphilis. Jourdan (1826), Richoq des Brus (1826) Desruelles (1827) ne voyaient dans les manifestations syphilitiques que des symptômes de phlogmasie. C'était l'époque de l'école dite physiologique. Ricord eut à lutter contre cette école qui ne fut pas difficile à combattre. Il avait de plus rudes adversaires dans l'école de Saint-Louis. Ricord, toujours d'après des inoculations, établit que le chancre primitif seul peut donner la syphilis.

On sait avec quelle verve il combattit les opinions de ses contradicteurs. Arguments sérieux, expérimentations, mots spirituels, Ricord mettait tout en usage pour la cause qu'il défendait. Ricord divisait la syphilis en trois périodes : accidents primitifs, secondaires et tertiaires. Elle ne pouvait débuter que par les accidents primitifs. Mais voici qu'en 1852, Bassereau dégage le chancre simple du chancre induré; en 1855, Clerc établit sa théorie de l'hybridité. Ricord néanmoins tint bon et pendant vingt huit ans (1831-1859), il mit tout ce qu'il avait d'habileté à établir, à défendre et à propager sa doctrine. On se rappelle encore avec quelle énergie il combattit la syphilisation.

En 1859, le Ministre avait saisi l'Académie d'une question importante : il s'agissait de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis de la nourrice au nourrisson et réciproquement. Une commission fut nommée pour étudier la question et Gibert en fut rapporteur. Le rapport de Gibert était admirablement écrit et ne laissait aucune prise à la critique. Il concluait à la transmissibilité. Ce ne fut pas sans un grand étonnement mêlé d'admiration qu'on vit dans la séance du 31 mai 1859 Ricord courber la tête devant le rapport de Gibert, abandonner les idées qu'il avait professées

depuis plus d'un quart de siècle et admettre enfin la transmissibilité de ces accidents. Ce fut une adjuration qui honorait à la fois l'homme et le savant.

En 1863 il fut atteint par la limite d'âge et dut quitter son hôpital du Midi, où il avait laissé tant de souvenirs, également dévoué à la science et à ses malades. Un jour, en 1849, entrant dans ses salles, J.-J. Louasse affecté de syphilis tertiaire et d'accidents laryngiens qui avaient réclamé, comme traitement local, l'application d'un vésicatoire au devant de la trachée. Les accidents devenant de plus en plus graves et le malade asphyxiant, Ricord dut faire la trachéotomie. À peine la trachée était-elle ouverte qu'on crut le malade mort d'asphyxie. Ricord n'hésita pas, malgré le vésicatoire; appliquant sa bouche sur l'ouverture artificielle, il aspira le sang qui obstruait la trachée, fit l'insufflation et sauva son malade.

En 1870-1871, pendant notre guerre avec l'Allemagne, Ricord oubliant qu'il avait soixante-dix ans; il reprit son tablier et avec son ami Demarquay, il fut à la tête du service chirurgical des Ambulances de la Presse. Il fut à cette occasion élevé au grade de grand officier de la Légion d'honneur et fut choisi pour remettre au frère Philippe la croix de chevalier pour les services rendus par les frères des écoles chrétiennes sur nos champs de bataille.

Toutes les honneurs sont venus trouver Ricord. Beaucoup d'autres en auraient tiré vanité: Ricord demeura toujours le même. Lauréat de l'Institut (Prix Montyon) en 1842, il fut élu membre de l'Académie de Médecine en 1850, Président en 1868, médecin consultant de l'Empereur en 1860. Ricord était l'homme le plus décoré de son temps, il était bon, bienveillant, affable pour tous. Il avait l'esprit vif, la répartie prompte et spirituelle, et, chose rare, pendant une pratique de soixante-trois ans, Ricord ne s'est fait que des amis parmi ses clients et ses confrères.

Ricord a présidé au mois d'août dernier le Congrès de dermatologie et syphiligraphie, avec la même verve et le même esprit que dans sa jeunesse.

Les principaux écrits de Ricord sont les suivants: *De l'emploi du spéculum*, 1833; — *Blenorrhagie de la femme*, 1834; — *Emploi de l'onguent mercuriel dans le traitement de l'érysipèle*, 1836; — *Théorie sur la nature et le traitement de l'épididymite*, 1838; — *De l'ophthalmie blennorrhagique*, 1842; — *Des affections syphilitiques du testicule*, 1843; — *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, 1842, 1851; — *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires*, 1853; — *Lettre sur la syphilis*, 1854-1863; — *Traité du chancre*, 1857; — *Annotations au traité de la maladie vénérienne de Hunter*, etc., etc.

Comme écrits humoristiques, Ricord a composé pendant son séjour à Crouy des chansonnettes qu'il chantait avec plaisir, il y a quelques semaines encore, chez son ami E. Daval, un poème héroï-

comique ayant pour titre : *La Dhuisyade*, ou incendie de Dhuisy, par le chirurgien-major des sapeurs pompiers. Citons encore son *Voyage de Paris à Meaux*.

Les obsèques ont eu lieu samedi le 26 octobre à Saint-Sulpice et Ricord repose dans un tombeau de famille, au cimetière du Père-Lachaise.

Il y a vingt ans qu'il faisait ses adieux à la terre dans les vers suivants :

Aux portes de l'Éternité,  
 Quand j'aurai fini ma carrière,  
 S'il me reste un peu de poussière  
 De cette triste humanité,  
 Que le tombeau seul s'en ompare,  
 Et que de mon âme se sépare  
 Cette cause de mes douleurs ;  
 Car l'âme pure et sans matière  
 Doit être un rayon de lumière  
 Que ne troubleront plus les pleurs.

C. CORLIEU, in *France médicale*.

### Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

*Programme de l'examen préliminaire pour 1890, 1891 et 1892.*

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

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

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

ANGLAIS.—Les candidats parlant l'anglais devront posséder une connaissance critique des pièces suivantes de Shakespeare : "*Richard III*" pour 1890, "*Henri IV*," première partie, pour 1891, "*Henri IV*," seconde partie, pour 1892, y compris des questions de grammaire d'après Dr Smith ou Mason.

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

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

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

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

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

**ALGÈBRE**.—Fractions et équations du premier degré.

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

**Matières facultatives**.—Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes : **GREC**.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, livre I., avec quelques questions de grammaire grecque.

**PHYSIQUE**.—Notions générales, telles que dans Guatou ou sa traduction par Atkinson.

**PHILOSOPHIE**.—Notions générales sur la logique, la théodicée et la morale. (*Jaffre ou Falot*, *Jevon's logic* et *Calderwood's Handbook of moral philosophy*)

**N. B.**—Les candidats doivent donner un certificat de bonne conduite. Tout aspirant surpris à copier, à s'aider de notes ou de livres ou à communiquer des renseignements quelconques à un autre candidat, sera immédiatement renvoyé de l'examen.

*Ordre des matières et nombre de points assignés à chacune d'elles.*

PREMIER JOUR

Latin.....	de 9 à 11	.....	300 points.
Histoire.....	" 11 "	12	100 "
Géographie.....	" 12 "	1	100 "
Français.....	" 2½ "	4	150 "
Anglais.....	" 4 "	5½	150 "
Belles-Lettres.....	" 5½ "	6½	100 "

SECOND JOUR

Géométrie.....	de 8½ à 10	.....	150 points.
Arithmétique.....	" 10 "	11½	150 "
Algèbre.....	" 11½ "	1	150 "
Matière facultative.....	" 2½ "	4	150 "

H. ASPINWALL HOWE, LL D.,  
 H.-A. VERREAU, L D.,  
 J.-C. K. LAFLAMME, S. T. D.,  
 H. J. H. PETRY, BCR., A. M. } *Examinateurs.*