

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAUX.

HOPITAL NOTRE-DAME, Montréal.

Fièvre typhoïde.—Insuffisance mitrale.—Acné.—Traitement du rhumatisme articulaire aigu.—Traitement de la gastralgie.

(Notes cliniques recueillies par MM. T. Brennan, M. D., médecin interne, et J. Daignault M. B., assistant interne.)

Fièvre typhoïde.—A. R., âgé de vingt ans, est admis à l'hôpital, salle St. Jean-de-Dieu, No. 28, le 12 avril 1887, étant au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde. Les symptômes généraux sont rassurants: la température ne dépasse pas 101° le soir, et le pouls reste au-dessous de 100, bien qu'un tant soit peu faible et compressible.

Seulement un peu de diarrhée; légère tympanite; langue saburrale encore et tremblante, se dessèche de temps à autre. Pas de délire; vertiges occasionnels; débilité assez prononcée.

Le malade est soumis à un régime tonique reconstituant: diète liquide et de facile digestion, lait, bouillons, etc; quinine à doses toniques: 1 grain toutes les 4 heures; vin de Xérès, à dose de 8 onces par 24 heures; contre la sécheresse de la langue on prescrit des badigeonnages à la glycérine, et, pour combattre la diarrhée et assurer l'antisepsie intestinale, l'eau sulfo-carbonée ainsi formulée, d'après Dujardin-Beaumetz: bisulfure de carbone, 6 drachmes; eau, 1 chopine; essence de menthe, 30 gouttes—M. Dose: huit à douze cuillerées à soupe dans les 24 heures, chaque dose dans un demi-verre de lait.

Ce cas ne présentant aucun intérêt spécial au point de vue des symptômes et de la marche de la maladie, occasion en est prise pourtant d'attirer l'attention des élèves sur l'importance qu'il y a à ne jamais traiter à la légère un cas de fièvre typhoïde, quelque bénin qu'il paraisse, quelque insignifiants que soient les symptômes. Une des premières recommandations à faire aux malades est d'observer un repos aussi absolu que possible, surtout le repos au lit, même dans les formes les plus légères de la fièvre entérique. Celle-ci réserve parfois des surprises au médecin et peut cacher un danger véritable et imminent sous des dehors rassurants en apparence. On a

vu des typhiques se sentir assez peu malades pour ne pas vouloir tenir le lit, voir même pour continuer à prendre chaque jour un léger exercice, qui cependant ont succombé presque subitement à une hémorrhagie intestinale ou à une péritonite sur-aiguë par perforation ulcéreuse, prouve que la maladie, malgré son innocuité apparente, n'en continuait pas moins sa marche. Les antiseptiques prescrits dans ce cas : eau sulfo-carbonée, etc, ont été donnés en vue de neutraliser à la surface de la muqueuse digestive les micro-organismes, ptomaines, leucomaines, développés par la putréfaction et exposant le malade à une auto-infection d'autant plus redoutable que la muqueuse ulcérée offre une porte ouverte à l'absorption. Outre le sulfure de carbone (eau sulfo-carbonée) on emploie encore dans le même but la naphthaline, le salicylate et le nitrate de bismuth, etc.

Insuffisance mitrale.—R. T., âgé de 52 ans, entre à l'hôpital, salle St. Joseph, No. 3, le 20 avril, se plaignant d'œdème aux pieds et de dyspnée.

L'examen fait constater la présence d'un œdème considérable des membres inférieurs, s'étendant jusqu'au tiers supérieur des cuisses, et d'une infiltration plus ou moins marquée du scrotum et du prépuce. Cet œdème, au dire du malade, a débuté, trois semaines auparavant, par les malléoles; la face est un peu bouffie. La dyspnée est considérable et s'exagère au moindre exercice. A l'auscultation du cœur, souffle au premier temps, avec summum d'intensité à la pointe; quelques râles muqueux au niveau des poumons. Pouls irrégulier, mais assez fort encore. Urine peu abondante, albumineuse.

Ce malade en est arrivé à la période de non-compensation de son affection mitrale et réclame par conséquent l'usage des toniques du cœur. On lui prescrit d'abord le sulfate de spartéine, à dose de $\frac{1}{2}$ à $\frac{2}{3}$ gr. quatre fois par jour. Au bout d'une quinzaine de jours, une bien faible amélioration s'est produite dans l'état du malade. On remplace alors la spartéine par la digitale, en infusion, à doses décroissantes, alternant avec l'emploi du bromure de potassium. Diète lactée. Avec cette médication, la sécrétion urinaire devient plus abondante et l'œdème diminue ainsi que la dyspnée. Le malade est encore sous observation.

De même que le précédent, ce cas ne présente pas d'intérêt particulier en tant qu'affection cardiaque; il est cependant à remarquer que ce malade est exposé à la mort subite, comme l'est aussi, du reste, tout cardiaque avancé.

Il est vrai d'un côté que les malades porteurs de lésions aortiques (insuffisance surtout) sont, plus que tous les autres, en danger de mourir subitement, en raison même de leur asystolie et de leur tendance à la syncope, mais d'autre part, les cas ne manquent pas de syncope survenant au cours d'une affection mitrale non-compensée, et entraînant la mort rapide. Etant donnée une affection

métrale, comme dans le cas présent, il n'est pas nécessaire de s'alarmer outre mesure tant que la compensation existe, c'est-à-dire tant qu'il n'y a que simple affection valvulaire avec hypertrophie compensatrice; mais une fois la compensation finie, quand les symptômes d'asthénie cardiaque se sont montrés: œdème, dyspnée, etc., le malade doit toujours être sur ses gardes, la fin pouvant être subite.

Acné.—N. L.—âgé de 18 ans, admis le 3 mai, présente une éruption abondante d'acné siègeant sur les épaules et la partie supérieure du dos. En même temps de nombreux comédons se remarquent aux mêmes endroits, le tout s'accompagnant de prurit assez intense. On prescrit la formule suivante de Liveing :

Soufre précipité.....	.....	$\frac{1}{2}$ once
Glycérine.....	.....	$\frac{2}{2}$ drachmes
Alcool.....	.....	1 once
Eau de rose.....	.....	3 onces
Eau de chaux.....	.....	3 onces——M.

Appliquer sur la partie malade, après un lavage minutieux, tous les soirs. A l'intérieur on prescrit le sulfure de calcium, à dose de $\frac{1}{4}$ gr. trois fois par jour. Sous l'influence de cette médication l'acné s'améliore rapidement.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.—Plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu ont été traités dans le cours du mois d'avril 1887. Les deux médicaments le plus souvent employés ont été le salicylate de soude et l'antipyrine; le salicylate à dose de 10 à 15 grains, toutes les 2, 3 ou 4 heures, et l'antipyrine à dose de 15 à 20 grains, répétée au bout de deux heures, et cela matin et soir. La diminution de la douleur et l'abaissement de la température ont, la plupart du temps, été remarquables. Localement on s'est contenté de badigeonner à la teinture d'iode les articulations malades que l'on a ensuite enveloppées d'ouate. Une fois la période aiguë passée, le salicylate n'a été administré que trois fois par jour, et l'antipyrine remplacée par le carbonate de lithine (5 grains, trois fois le jour), quand les petites articulations étaient envahies, ou par le manaca.

Traitement de la gastralgie.—Dans un cas de douleurs gastralgiques chez une jeune fille hystérique, la formule suivante a été prescrite avec avantage :

Acide hydrocyanique dilué.....	.....	2 gouttes
Teinture de belladone.....	.....	3 "
Teinture d'aconit (B. P.).....	.....	1 goutte
Teinture de noix vomique.....	.....	5 gouttes
Eau.....	.....	2 drachmes——M.

A prendre toutes les 3, 4, 5 ou 6 heures, au besoin.

Correspondance Européenne.

LETTRE DE BERLIN

BERLIN, le 9 mai 1887.

Mon cher Rédacteur,

Vous ayant promis une correspondance sur des sujets de médecine, et m'étant fixé ici pour plusieurs mois, je tiens à remplir ma promesse. J'ai passé quelques jours à New-York où j'ai eu l'avantage de voir le docteur T. A. Emmet opérer dans plusieurs cas de rupture du périnée; une de ces femmes avait déjà été opérée par un autre médecin, mais il y avait eu union de la peau seulement et non du fascia pelvien; or Emmet considère que la réunion du fascia pelvien est d'importance capitale dans l'opération et que sans elle le rectocèle ne peut être guéri.

J'ai aussi vu un cas de fistule vésico-vaginale opérée par le docteur Bache Emmet, neveu du précédent. Tout le plancher du vagin, en même temps que le bas-fond de la vessie et une partie de l'urèthre, frappés de gangrène, avaient disparu. Je mentionne ce fait, parce que, comme le faisait remarquer le Dr. Emmet, Sr., c'était là un cas qui n'aurait jamais dû arriver dans un pays civilisé. ou du moins, nulle part où il y a des médecins, car les lésions que je viens d'énumérer avaient été la conséquence d'une négligence coupable par suite de laquelle la tête du fœtus était restée dans la cavité pelvienne assez longtemps pour mortifier les tissus mous. A la question de savoir combien de temps il faut attendre avant d'avoir recours au forceps, Emmet répond que dès lors que la tête cesse d'avancer sous l'effet des douleurs, l'orifice du col étant tout-à-fait dilaté, il est temps d'appliquer l'instrument; il rapporte même un cas où la rétention de la tête pendant moins d'une heure avait amené la gangrène des tissus.

A Liverpool, j'ai passé plusieurs jours à suivre les docteurs Warren et Alexander; le premier est un gynécologue, et le second, chirurgien. Le docteur Warren m'a fait voir plusieurs cas d'abcès rénal opérés avec succès, un calcul ayant été enlevé dans l'un de ces cas; mais cette opération a été pratiquée plusieurs fois à Montréal. Il m'a également montré plusieurs cas de péri-métrite compliquée de maladie du tube de Fallope, et m'a dit que dans la plupart de ces cas les trompes sont anormalement ouvertes. Da reste, pour me le prouver, le docteur Warren introduisit, séance tenante, chez deux ou trois malades, la sonde de Simpson à travers les

trompes, tout droit dans la cavité péritonéale. J'avoue que la même chose m'était aussi arrivée plusieurs fois, en pratique civile, mais alors je crus avoir fait un diagnostic erroné, et avoir eu affaire à un cas de grossesse.

Le docteur Alexander est bien connu pour avoir remis en honneur l'opération qui porte son nom et qui consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds dans les cas de rétroflexion, de rétroversion, et de prolapsus. Je ne suis pas, pour ma part, en faveur de cette opération, parce que ce n'est pas là un traitement plus scientifique de ces diverses maladies que ne le sont les pessaires; l'utérus se ploie sur lui-même ou retombe en arrière ou en avant, toujours pour la même raison, c'est-à-dire parce que l'organe est trop lourd pour les tissus qui le supportent, ou parce que ces derniers sont trop faibles pour le poids qu'ils ont à soutenir. Or, le fait de réséquer trois faibles supports n'est pas de nature à guérir la maladie, attendu que les supports n'en sont pas rendus plus forts et que l'utérus n'en devient pas plus léger. À mon avis, un traitement beaucoup plus rationnel consisterait à ramener à ses dimensions et à son poids naturel l'utérus en sub-involution, soit par la vieille méthode de déplétion locale et l'application de la teinture d'iode à l'intérieur du canal du col comme le voulait Churchill, le tout concurremment avec l'emploi des douches d'eau chaude, soit par la méthode, beaucoup plus sûre, que je décrirai plus loin sous le nom de méthode d'Apostoli. En second lieu, il faudrait tonifier les muscles affaiblis et atrophiés qui devraient tenir l'utérus en place, et qui, de fait, le tiennent en place chez la femme en santé, les tonifier, dis-je, au moyen d'un courant faradique à fil gros et court, ce qui aurait pour effet de leur faire suivre un véritable exercice gymnastique, ou encore au moyen de frictions sur l'abdomen et d'un exercice approprié qui stimulerait la circulation de ces parties.

Quoiqu'il en soit, le docteur Alexander croit fermement au succès de son procédé opératoire, et m'a dit que là où les autres n'ont pas réussi avec sa méthode, l'insuccès doit être attribué au fait que l'on n'a pas enlevé assez des ligaments ronds: pour lui, il en résèque quatre ou cinq pouces. Après l'opération, il comprend le péritoine dans la suture qui est en soie. Au lieu de lier et de laisser la suture au fond de la plaie afin qu'elle soit recouverte par la peau, il comprend en même temps le péritoine et la peau dans les mêmes sutures qu'il laisse en place fort longtemps, même plusieurs mois, afin d'éviter tout danger de hernie inguinale. Le docteur Alexander m'a dit que dans un cas d'ancienne hernie inguinale directe compliquant un prolapsus utérin, sa méthode a amené une guérison radicale.

En Angleterre, les médecins se plaignent amèrement aujourd'hui de la réduction du taux de leurs honoraires, et des rudes travaux qu'ils sont obligés d'entreprendre pour soutenir une existence

assez précaire. Cet état de choses est dû à l'énorme compétition causée elle-même par le grand nombre d'institutions accordant des licences et des diplômes à des milliers de médecins là où des centaines seulement peuvent trouver de l'emploi. Il en résulte que sept praticiens sur dix sont exposés à mourir de faim ou forcés de recourir à des moyens plus ou moins malhonnêtes de gagner leur vie. D'un autre côté, les corps enseignants ne semblent pas se soucier que les sujets auxquels ils accordent leur diplôme en soient réellement dignes ou non, car très souvent des diplômes ont été conférés à des individus reconnus pour être des ivrognes ou auxquels manquaient les premiers éléments du savoir-vivre. Ceci a pour effet d'abaisser le niveau de la dignité professionnelle, de telle sorte que, actuellement, en Angleterre, l'assistant d'un médecin est souvent traité, tant par son maître que par ses clients, avec beaucoup moins de considération que ne l'est le cocher du médecin. Ce fait peut, je crois, nous servir d'enseignement et engager nos Universités à ne pas inonder le Canada d'une foule de jeunes médecins incapables d'y trouver tous leur subsistance, et cela pour la seule satisfaction d'enregistrer un plus grand nombre d'élèves.

Je n'ai pas cru devoir prolonger mon séjour à Londres, pour la raison que la gynécologie n'y est pas beaucoup plus avancée que chez nous, et aussi parce que l'enseignement y est reparti sur une si grande étendue, qu'il faut nécessairement sacrifier toute une journée de temps pour une heure ou deux de travail. Je me suis donc dirigé vers Paris pour y suivre la clinique de M. Apostoli entre les mains de qui l'électrothérapie appliquée à la gynécologie a atteint un si haut degré de perfection. J'étais d'autant plus curieux de connaître sa méthode, que j'ai toujours pensé que la plupart des maladies des organes sexuels étaient sous la dépendance de troubles de l'innervation, de la circulation, et conséquemment, de la nutrition, et que le seul traitement qui soit rationnel dans ces cas devait avoir pour but de rétablir le jeu de ces diverses fonctions. C'était donc là le but de ma visite à M. Apostoli, et j'ai vu mon désir pleinement réalisé. Après un déjeuner des plus agréables (je devrais plutôt dire un dîner splendide) à un *cercle* composé de dix-huit cent membres, et après m'avoir présenté au docteur Paquelin et autres auteurs également bien connus, M. Apostoli m'a conduit à sa clinique, aux Halles, et m'a fait voir ses instruments, lesquels, je dois l'avouer, étaient pour la plupart assez nouveaux pour moi, et comprenaient, en premier lieu, une batterie de soixante couples Léclanché (grand modèle) disposés en ce qu'on appelle *série de tension*, c'est-à-dire que le pôle positif du premier couple est uni au pôle négatif du deuxième couple, le pôle positif de celui-ci l'étant au pôle négatif du troisième et ainsi de suite. Les fils de tous ces couples se réunissent sur une pièce très importante et très compliquée, appelée collecteur, et au

moyen de laquelle on peut graduellement, couple par couple, obtenir toute la force de la batterie. Le collecteur est muni d'un double-cadran au moyen duquel on peut facilement rejeter hors du circuit tout élément usé qui, on le sait, ne ferait que mettre obstacle au bon fonctionnement de l'appareil. Ensuite, un instrument des plus importants est le galvanomètre au moyen duquel la *dose* d'électricité est mesurée par milliampères.

La strychnine et l'atropine sont sans doute des médicaments très utiles, mais elles feraient plus de mal que de bien, si nous n'avions aucun instrument pour en peser les doses; or le galvanomètre est à l'électricité ce qu'une paire de balances est à la strychnine. Ce n'est que depuis la mise en usage de bons galvanomètres que l'on peut employer l'électricité avec sécurité et profit. J'ajouterai pour l'information de ceux de vos lecteurs que la chose peut intéresser, que l'*ampère* est pris pour mesure de quantité, le *volt* pour mesure d'intensité, et le *ohm* pour mesure de résistance. Pour bien faire saisir la portée des mots : quantité, intensité et résistance, je puis comparer l'électricité à l'eau. Si, par exemple, une grande quantité d'eau s'écoule d'un bassin à large surface, nous avons la quantité sans l'intensité. Si une très petite quantité d'eau coule d'un tuyau étroit mais très élevé, nous avons l'intensité, ou la pression, sans la quantité. Si, enfin, un courant d'eau passe à travers un tuyau horizontal très long et très étroit, nous avons la friction ou résistance. J'ajouterai encore que les pôles positif et négatif de ces batteries ont des propriétés fort différentes. Le pôle positif, vers lequel s'accumulent l'oxygène et les acides, est, comme un acide caustique, coagulant et astringent, tandis que le pôle négatif, qui cède de l'hydrogène et vers lequel s'accumulent les bases, agit à la façon des bases caustiques, potasse, soude ou ammoniaque, et possède des propriétés fluidifiantes.

Une malade se présente à la consultation. Elle perd continuellement du sang depuis trois mois, et se plaint d'une sensation de douleur et de poids dans les reins et le ventre. A l'examen, on constate l'existence d'une grosse tumeur fibreuse siégeant surtout en arrière, et la sonde pénètre jusqu'à quatre pouces et demi. M. Apostoli prescrit la galvano-caustique chimique positive. Mais ici se présentent deux difficultés. L'acide développé au pôle positif aurait bientôt détruit la sonde ou électrode placée dans l'utérus; on prévient ceci en employant une sonde en platine, le seul métal qui, avec l'or, peut servir à ces usages. Ces sondes sont fabriquées par Gaiffe et par Colin au prix de vingt dollars. L'autre difficulté consiste dans le fait que le pôle placé sur l'abdomen produisait une réaction si intense, qu'il en résultait de la gangrène au point d'application, si on employait une dose d'électricité suffisante pour produire des effets thérapeutiques convenables. M. Apostoli a obvié à cet inconvénient en employant, en guise d'é-

lectrode abdominale, un gâteau de terre glaise. Cette terre glaise est disposée sur un morceau de tarlatane à travers les mailles de laquelle elle transude, et le fil est mis en communication avec elle par une large plaque de zinc. Le gâteau de terre glaise est alors appliqué sur l'abdomen et la femme l'y tient fermement pressé avec ses deux mains préalablement protégées par une serviette. Grâce à cette disposition, il n'y a plus de danger d'escharifier la peau du ventre.

M. Apostoli avait l'habitude de commencer avec une force de 50 milliampères pendant 10 minutes, mais il croit plus sage aujourd'hui d'employer 150 à 250 milliampères (quantité dont on n'avait aucun idée il y a trois ans) mais de ne continuer l'application que pendant 5 minutes. Si, cependant, l'hémorrhagie est très abondante, il donne une dose de 250 milliampères pendant 10 minutes. Aussitôt que l'hémorrhagie a cessé, ce qui arrive généralement au bout de deux ou trois séances, M. Apostoli a l'habitude de faire la galvano-puncture négative. Dans ce but il prie son assistant d'exercer une forte pression, en bas et en arrière, sur le fond de l'utérus, tandis que lui-même, avec un doigt, atteint la tumeur fibreuse à travers le cul-de-sac postérieur et, de l'autre main, introduit dans la tumeur un long trocart dont un quart de pouce seulement n'est pas isolé. La dose est graduellement élevée à 150 ou même 250 milliampères et donnée durant 5 minutes, après quoi une grande escharre molle s'est faite dans le fibrôme, tout autour du trocart, et tombe au bout de quelques jours. Le résultat obtenu est double : le fibrôme diminue de volume, et le courant électrique, faisant contracter les vaisseaux de la matrice, amène l'absorption du tissu hyperplasique. L'opération est dépourvue de danger et se pratique souvent sans l'aide d'un anesthésique. Elle est antiseptique, attendu que cette dose d'électricité a pour effet de tuer tous les germes ; après la séance, la plaie est pansée à la gaze iodoformée. M. Apostoli ne continue pas les séances après que la femme est symptomatiquement guérie, c'est-à-dire qu'il cesse le traitement aussitôt que la malade cesse d'éprouver de la douleur, etc.

Une autre classe très nombreuse de cas chez lesquels M. Apostoli emploie un traitement remarquablement efficace est constituée par les cas de cellulite pelvienne chronique ou périmérite. Il les traite aussi par la galvano-puncture chimique et, après quelques séances, les tissus malades ou se sphacèlent et tombent, ou sont réabsorbés. Je puis attester l'amélioration remarquable qui s'est montrée dans tous les cas de tumeur fibreuse ou de cellulite qui ont été traités sous mes yeux.

Dans les cas de douleur ovarienne, les résultats de l'application du courant faradique ont été encore plus remarquables par le fait même qu'ils ont été presque instantanés. Maintes fois des malades sont venues dont les ovaires présentaient une telle sensibilité

qu'ils ne pouvaient supporter la moindre pression ; après dix ou quinze minutes d'électrisation faradique intra-utérine, ces mêmes ovaires pouvaient endurer une pression très énergique. Dans les cas de relâchement des tissus vaginaux et utérins, M. Apostoli emploie le courant faradique induit, avec un fil gros et court, qui a pour effet de faire contracter plus énergiquement la fibre musculaire, tandis que le fil long et fin agit plutôt comme tonique nerveux.

A mon avis, nous avons précisément ici les moyens si longtemps souhaités de tonifier les supports de l'utérus. Quand, par exemple, nous avons un cas de déviation latérale de la colonne vertébrale due à la faiblesse des muscles spinaux, ce n'est pas au moyen de corsets que nous pourrions amener la guérison, car ces corsets ne feront que rendre les muscles plus faibles et plus paresseux encore ; mais par contre, les frictions, la gymnastique, soit volontaire, soit artificielle au moyen d'un courant électrique, activeront bientôt les fonctions musculaires et les ramèneront au type normal. De même, au lieu d'introduire des pessaires dans l'utérus d'une femme dont les muscles utérins ne suffisent plus à leur tâche, il serait beaucoup mieux, je crois, de faire suivre à ces muscles un cours de gymnastique électrique jusqu'à ce qu'ils soient en état de remplir leurs fonctions.

Dans les cas de dyspepsie, notre grand cauchemar au Canada, de même que dans les cas de palpitations du cœur, M. Apostoli administre une dose de quinze minutes d'un courant continu (5 à 10 milliampères) aux nerfs pneumogastriques. J'ai vu une douzaine de cas de gastralgie soulagés ou guéris par ce moyen.

Dans les cas de grossesse extra-utérine, en faisant passer à travers le trocart introduit dans l'œuf, par le vagin, un courant de 100 milliampères, on tue le fœtus, en même temps qu'on lui ouvrirait une porte de sortie par laquelle il pourrait être éliminé. Cependant je n'ai pas, je l'avoue, été témoin de la chose.

En résumé, au moyen de diverses formes et intensités du courant électrique, M. Apostoli soulage et guérit :

- l'endocervicite chronique,
- la métrite chronique,
- les fibromes et les myomes utérins,
- la cellulite chronique,
- la sub-involution et l'ulcération,
- l'ovarite chronique,
- la dilatation des trompes,
- l'hystérie,
- la gastralgie et les névralgies,
- la grossesse extra-utérine,

et nous pouvons tous marcher sur les traces de cet éminent praticien si nous avons foi en sa méthode. La seule objection que

je puisse voir à cela, pratiquement, c'est que la mise en opération de cette thérapeutique exige l'achat d'instruments au montant de quatre à cinq cents dollars.

Je ne puis donner ici tous les détails au sujet de la manière de faire de M. Apostoli, et j'ai dû omettre nombre de faits. Ceux qui désireront se renseigner mieux pourront le faire en parcourant les écrits du maître. Les œuvres de M. Apostoli sont en vente chez la plupart des libraires français.

J'ai eu l'intime plaisir de rencontrer M. le docteur Laramée, à la clinique de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière. J'ai eu peine à le reconnaître, tant il m'a paru bien portant et rajeuni. Il est enchanté de son séjour à Paris, et d'après ce que j'ai pu voir en conversant avec lui, je puis promettre à MM. les élèves de l'Université Laval à Montréal, une riche moisson scientifique pour l'automne prochain.

Espérant que la longueur de cette lettre ne lui fera pas perdre de l'intérêt qu'on voudra bien lui accorder,

Je demeure,

Mon cher Rédacteur,

Votre bien dévoué

A. LAPHORN SMITH, M. D.

Grippe. emploi de la térébenthine pure.—Selon le Dr HUTCHINSON, qui a employé 52 fois ce traitement, lorsque la maladie dure depuis peu de temps et qu'il existe une toux légère, surtout la nuit, une expectoration modérée, sans douleurs intra-thoraciques, on peut considérer la térébenthine comme un spécifique. Dans les cas de bronchite avec emphysème qui durent depuis plusieurs années et présentent les symptômes suivants : toux pénible, quelquefois violente ; expectoration abondante, dyspnée et douleur ; insomnie et mauvais état général, les effets du médicament sont plus tardifs : avant de les noter, il faut aller parfois jusqu'à 10 ou 15 gouttes.

Avec de la persévérance, on finit quand même par obtenir un résultat satisfaisant. Dans 6 cas de phthisie, la térébenthine ne produisit absolument rien. L'auteur se borne à donner 10 gouttes de térébenthine pure sur un morceau de sucre, trois fois par jour. Quelques personnes se plaignaient d'un peu de malaise après l'absorption du médicament ; d'autres prétendaient que l'appétit était meilleur après l'avoir pris qu'auparavant. Dans quelques cas, la térébenthine semblait avoir un effet laxatif. *British Med. Journal.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Traitement du rhumatisme dans les hôpitaux de Philadelphie. — *Hôpital de l'Université de Pensylvanie.* — Dans les cas légers, caractérisés par une température de pas plus de 102° F. et une ou deux articulations malades, le Dr. OSLER emploie le citrate de potasse, $\frac{1}{2}$ drachme toutes les quatre heures, avec dix grains de Dover au coucher; si la douleur est assez intense pour causer l'insomnie. Dans les cas où la température dépasse 103° F., lorsque plusieurs jointures sont affectées, il prescrit le salicylate de soude à la dose de 15 grs. toutes les deux heures, uni à une dose égale de citrate de potasse. D'après ses observations, le salicylate, tout en diminuant la fièvre et la douleur, n'aurait que peu d'effet sur la durée de la maladie, et même il favoriserait les rechutes, administré à doses élevées pendant plusieurs jours. C'est pourquoi le Dr Osler cesse son administration du moment qu'il a subjugué la douleur par son usage. Lorsque la température est à 103°.5, il ordonne 20 grs. d'antipyrine; si elle est à 105° le maillot froid (*cold pack*) avec usage libéral de limonade et d'eau chargée d'acide carbonique; diète liquide non stimulante; couvertures de laine pour lit; linge changé fréquemment; la poitrine est recouverte d'ouate. Les jointures sont entourées d'ouate ou de spongiopiline, si elles sont bien douloureuses, ou de flanelle imbibée de la solution de Fuller (chaude).

R Liq. opii sedativi.....	̄ ̄ j
Pot bicarb.....	̄ ̄ jv
Glycerinæ.....	̄ ̄ ij
Aquæ.....	̄ ̄ ix

Si la douleur persiste malgré le salicylate et les applications locales, Osler la combat au moyen de l'opium. Durant la convalescence, il prescrit la quinine à doses toniques et les préparations ferrugineuses.

Hôpital du Collège Jefferson. — DACOSTA, comme règle, traite la fièvre rhumatismale aiguë au moyen de l'acide salicylique, une drachme dans 24 heures, surtout si l'affection articulaire est franche, aiguë et bien marquée. Lorsqu'il existe en même temps des complications cardiaques, il préfère le traitement alcalin,

parce qu'il ne croit pas que l'acide salicylique puisse prévenir les complications du côté du cœur, ou les faire disparaître si elles existaient déjà. Il ne continue son traitement salicylé que lorsque le rhumatisme a subi quelque modification, dans trois ou quatre jours, sous l'action de l'acide salicylique ou des salicylates. D'après son expérience, lorsqu'ils doivent produire de bons effets, ceux-ci suivent de près l'usage du médicament.

Contre le rhumatisme musculaire aigu ou sous-aigu, ou contre le rhumatisme articulaire sous aigu avec beaucoup de douleur et un gonflement modéré des articulations, il emploie souvent le bromure d'ammonium, auquel il substitue le nitrate de potasse au cas d'insuccès. Il use peu des opiacés et n'ordonne généralement qu'une ou deux doses modérées de Dover au coucher.

Il insiste fortement, quelle que soit la méthode de traitement suivie, sur l'addition quotidienne de 12 à 16 grs de quinine, aussitôt après la disparition des symptômes les plus aigus, animé qu'il est de l'espérance de soutenir les forces du malade et de prévenir les rechutes.

Il n'a vu les bons effets de la teinture de perchlorure de fer que dans le rhumatisme pyémique ou dans les formes de rhumatisme de même ordre.

Sur les articulations, il ne fait que peu d'applications ; si elles sont très sensibles, il les enveloppe dans de la ouate ; si elles sont très gonflées, il les entoure de linges exprimés après avoir été saturés d'une solution de nitrate de potasse avec addition de morphine.

Diète lactée, farinacée, non stimulante, bouillons, œufs, poisson. Alcool seulement dans les "cas typhoïdes" où la température est aussi généralement très élevée.

Le Dr R. BARTHOLOW divise ses rhumatisants en trois types : Le sujet robuste nervo-musculaire, ayant souvent une tendance héréditaire marquée à l'inflammation rhumatismale ; le sujet obèse, buveur de bière ; le sujet pâle, anémique, faible, le plus souvent du sexe féminin, vivant dans des conditions hygiéniques défavorables et menant une vie sédentaire. Il traite les premiers par les composés salicylés, les seconds par les alcalins et la teinture de fer, et les troisièmes aussi par la teinture de fer.

Depuis l'introduction de l'antipyrine dans la thérapeutique, il se propose de la substituer, dans tous les cas, à la salicine et à l'acide salicylique pour combattre l'hyperpyrexie. Quoiqu'il ne partage pas l'opinion des enthousiastes qui considèrent l'antipyrine comme un spécifique contre le rhumatisme, il admet son action favorable dans les cas appropriés, spécialement dans ceux du groupe nervo-musculaire. Comme le rhumatisme manifeste une tendance à la récurrence d'autant plus grande que la défervescence est prompte et que la douleur cesse de bonne heure, il continue l'usage des médicaments pendant plusieurs jours après la disparition des symptômes morbides, leur associant, *pro re nata*, la qui-

nine, la morphine et les vésicatoires dans le voisinage des articulations malades.

Chez les rhumatisants obèses, buveurs de bière, les alcalins, seuls ou combinés à la quinine, comme le fait Fuller, lui ont rendu des services très efficaces contre les symptômes les plus aigus. Lorsque ceux-ci ont cédé, la teinture de fer est le cheval de bataille contre les récidives qui sont plus aptes à se montrer dans les cas de cette catégorie. De plus, chez ces sujets, le rhumatisme aigu manifeste des dispositions à passer à l'état sous aigu ou chronique. Il n'a pas eu à constater cette tendance du rhumatisme depuis qu'il connaît la valeur de la teinture de fer dans les cas de ce genre.

Chez les rhumatisants anémiques, la teinture de fer lui a toujours fourni d'excellents résultats. L'anémie, la dépression des forces corporelles, et la sensibilité vive caractéristique des malades de ce type sont des conditions généralement améliorées par le fer; comme aucune des autres préparations ferrugineuses ne manifeste le même pouvoir contre le rhumatisme aigu, il est probable que cette action spéciale dépend de l'acide chlorhydrique qui entre dans la composition de la teinture. Cette manière de voir est la plus probable puisque les acides minéraux eux-mêmes ont été employés avec succès dans le traitement de cette maladie.

Le traitement par les vésicatoires, qui a aussi donné d'excellents résultats, peut-être aussi combiné à tout autre traitement. Quelque soit le traitement qu'il emploie, Bartholow le continue, tout en diminuant les doses, pendant quelques jours après la cessation apparente des troubles généraux et locaux.—(A suivre)—*Medical News.*

De la mort subite dans la pleurésie.—Malgré sa physionomie en apparence bénigne, la pleurésie séreuse simple, protopathique, n'est pas exempte de danger. Elle n'est, en effet, souvent que le premier signal de l'envahissement de l'organisme par le bacille de la tuberculose; ailleurs, assez rarement, il est vrai, mais sans avertissement, elle tue par mort subite.

Dans un consciencieux et détaillé mémoire, le Dr E. WEILL a rassemblé et discuté les observations de mort subite dans la pleurésie, et de la sorte, établi le bilan des notions actuelles, bien incomplètes encore, sur cet intéressant sujet.

La *pathogénie* de la mort subite dans la pleurésie n'est point homogène et toujours identique dans tous les cas. A l'examen *post mortem*, tantôt l'on rencontre des lésions qui varient, d'ailleurs, suivant les sujets, mais auxquelles il est logique d'attribuer la soudaineté de la terminaison fatale, tantôt il n'est resté aucune empreinte matérielle bien nette du mécanisme de la mort subite et sa cause nous échappe ou reste hypothétique.

Dans la première série de faits, l'examen anatomique démon-

tre soit une *lésion du cœur*—myocardite scléreuse et désintégration segmentaire—comme dans le cas observé par Weill, soit, et le fait est fréquent, des *thromboses* et des *embolies* dans la formation desquelles l'affaîssement des vaisseaux pulmonaires, le défaut d'aspiration inspiratoire liée à la compression du poumon, la pression exercée par l'épanchement sur le cœur gêné dans sa diastole ne sont pas sans influence décisive.

Dans un certain nombre de cas, les auteurs ont noté un *oedème* ou une *congestion aiguë* (Woillez) des poumons, surtout du poumon du côté opposé à la lésion, ce que Traube appelait la pneumonie œdémateuse et ce que l'on a désigné aussi, pour marquer la brusquerie du phénomène, sous le nom de coup d'œdème. Mais l'œdème pulmonaire peut être secondaire et se produit notamment, comme l'a démontré Cohnheim, chaque fois que le cœur droit survit au cœur gauche et continue à accumuler dans le poumon, du sang qui n'est pas entraîné par le jeu de la respiration et du cœur gauche. C'est à l'observation clinique de déterminer si l'œdème est cause de la mort, ou n'est au contraire qu'une lésion consécutive à une défaillance primitive du cœur.

Rarement enfin la mort survient à la suite d'une *perforation pulmonaire*. Dans ces cas, comme l'a vu Cruveilhier, le malade est, si l'on peut dire, noyé par la rapide irruption du liquide pleural dans le poumon.

En résumé, les causes *démontrées* de la mort subite dans la pleurésie peuvent être une lésion du cœur, une congestion pulmonaire aiguë, une perforation des poumons.

Mais dans nombre de faits, la cause de la mort demeure incertaine ou énigmatique, et dans ces cas on a mis en avant, mais sans preuves démonstratives, plusieurs mécanismes.

Trousseau attachait une grande importance à la déviation du cœur, mais cette déviation peut exister en dehors de tout accident. Woillez l'a vue se produire brusquement, du jour au lendemain, sans qu'il se manifeste aucun symptôme important. D'ailleurs, la mort subite survient plus souvent dans le cours de la pleurésie droite que dans le cas d'épanchement dans la plèvre gauche.

Ainsi la déviation du cœur par elle-même implique seulement l'existence d'un épanchement abondant, à haute pression, fait important d'ailleurs, mais nullement le pronostic de mort subite.

Il nous semble inutile de rappeler les autres hypothèses destinées à expliquer la mort; elles nous semblent, comme à l'auteur, trop incomplètement appuyées sur les faits.

Mais quelles circonstances *étiologiques* et quels symptômes peuvent faire craindre et pronostiquer la mort subite?

Ici encore les données sont vagues. La mort subite s'observe surtout dans la pleurésie des adultes de vingt à trente ans, plus souvent (Leichtenstern) dans les pleurésies droites que dans les pleurésies gauches, en général dans les pleurésies relativement anciennes, presque toujours dans le cas d'épanchement sérieux.

Au point de vue de l'influence de la quantité du liquide épanché, Weill trouve que sur 23 cas, 11 fois l'épanchement atteignait ou dépassait trois litres, 4 fois il dépassait 2 litres.

Presque toujours la mort survient après une amélioration de l'état général, au moment où le malade se lève toute la journée et parfois se dispose à quitter l'hôpital, à l'occasion d'un mouvement, de quelque effort, d'une émotion.

La mort est brusque, instantanée; un malade se soulève et retombe mort. Un autre s'assied sur son lit, cause avec le médecin et paraît se recoucher. Ce n'était qu'un cadavre.

D'après l'examen du malade, est-il possible de prévoir s'il est menacé de mort subite? Les *indications pronostiques* sont peu précises et clair-semées.

Néanmoins une dyspnée intermittente et surtout nocturne, des syncopes constituent des indices d'une certaine valeur qui ont précédé la mort subite; mais l'auscultation du cœur, l'examen du pouls ne donnent que des renseignements bien inconstants; la myocardite, la présence de caillots cardiaques sont en effet bien difficiles à diagnostiquer. Comment prévoir d'autre part une congestion pulmonaire?

Quant aux *indications thérapeutiques*, elles sont vagues encore, ou impossibles à remplir. Que peut faire, par exemple, le médecin contre la thrombose du cœur et de l'artère pulmonaire?

Puisque la mort survient à l'occasion de mouvements, le repos aussi complet que possible doit être imposé aux malades pour lesquels des accidents sont à craindre.

Enfin la thoracentèse a parfois modifié des phénomènes inquiétants présentés par les malades; Trousseau et d'autres médecins depuis cette époque ont vu un malade qui asphyxiait revenir à la vie après l'intervention. En tout cas, elle supprime, au moins pour un temps, l'épanchement lui-même. En l'absence de données bien précises sur les indications de la thoracentèse, Weill propose de mesurer directement dans le cas douteux la pression intra-thoracique. Si le manomètre mis en relation avec la cavité pleurale par l'intermédiaire d'une canule capillaire indique une pression positive dépassant plusieurs millimètres, il faut ponctionner. Aujourd'hui l'innocuité des ponctions capillaires *aseptiques* est bien démontrée, et le procédé dont Weill suggère l'idée ne semble nullement irréalisable.

Dans les cas chroniques, on peut également avoir recours à des thoracentèses répétées qui ont parfois donné des résultats favorables dans des pleurésies anciennes.—*Rev. de médecine.*

De quelques formes, non dangereuses, d'albuminurie.—

La gravité de l'albuminurie, en tant que symptôme, a été de tout temps diversement appréciée, mais dans ces dernières années, l'idée semble être de plus en plus acceptée que l'albumine se

montre souvent dans l'urine, même en quantité considérable et d'une manière persistante, chez des sujets exempts de toute affection rénale organique. Bien plus, on peut dire qu'il est des sujets qui, avec une albuminurie permanente, sont cependant susceptibles d'être acceptés par les compagnies d'assurance à un taux bien peu au-dessus du taux ordinaire. Il est donc très important de connaître les traits qui caractérisent cette albuminurie non dangereuse.

Le Dr. Grainger STEWART (*American Journal of the Medical Sciences*), admet les variétés suivantes : 1. Albuminurie paroxystique ; 2. Albuminurie diététique ; 3. Albuminurie par exercice musculaire ; 4. Albuminurie simple persistante. Les caractères diagnostiques de l'albuminurie paroxystique sont l'apparition soudaine et abondante de l'albumine dans l'urine en même temps que de nombreux cylindres épithéliaux, cette albuminurie persistant peu de temps et revenant à divers intervalles sans cause excitante perceptible. Dans l'opinion du Dr. Stewart, la cause déterminante consiste dans l'irritation des reins par altérations du sang. Le traitement doit d'un côté être dirigé contre l'irritation rénale qu'il faut diminuer ou faire cesser, et de l'autre, avoir pour but de régulariser la fonction hépatique et les processus chimiques de l'économie toute entière. Par bonheur, les attaques sont ordinairement de courte durée, et l'auteur ne les a jamais vues devenir permanemment dangereuses.

L'albuminurie diététique est une variété que l'on connaît plus ou moins depuis assez longtemps. Il est des sujets qui la présentent chaque fois qu'ils font usage de certains articles de diète. Dans quelques cas un seul article de diète doit être proscrit ; dans d'autres, plusieurs articles sont mis de côté : le fromage, les pâtisseries et les œufs passent au premier rang. Ici, il est presque impossible de donner une explication satisfaisante des faits.

Le Dr. Stewart est aussi disposé à admettre que les cas d'albuminurie consécutive à des exercices musculaires doivent être attribués à une altération de l'activité musculaire. Le traitement consiste dans le repos, une diète appropriée et les règles générales de l'hygiène. Il sera bon de mettre à l'essai les médicaments qui agissent sur les fibres musculaires des vaisseaux.

L'albuminurie simple persistante se caractérise par la présence constante de l'albumine dans l'urine, mais le plus souvent en petite quantité, et sans débris épithéliaux, diminution de la proportion d'urée, augmentation de la tension vasculaire, hypertrophie du cœur ou autre conséquence de l'affection rénale ; cette albuminurie persiste pendant une période se chiffrant par mois ou par années, et n'est que fort peu modifiée par la diète ou l'exercice.

A dose de $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ gr. le cannabis indica est un médicament utile dans le traitement de la migraine.

De la dilatation de l'estomac ; méthode de traitement, par M. le docteur Albert MATHIEU.—La dilatation de l'estomac est à l'ordre du jour ; jamais en clinique on ne lui avait accordé autant d'attention, jamais en pathologie générale autant d'importance.

Notre excellent maître le professeur Germain Sée, dans son livre sur les dyspepsies gastro-intestinales, avait séparé la dyspepsie vraie qui résulte d'un trouble chimique de la digestion, des fausses dyspepsies qui reconnaissent pour cause un vice de l'innervation et de la motricité du tube gastro-intestinal. C'était là une distinction capitale qu'on retrouve dans les travaux si nombreux qu'on a, depuis quelques années, en Allemagne surtout, consacrés à l'étude de la dyspepsie. Lorsque j'avais l'honneur d'être son chef de clinique, nous avons repris, avec cette idée première comme point de départ, l'étude de certaines formes de la prétendue dyspepsie flatulente et douloureuse. Nous avons bientôt constaté que beaucoup de ces faux dyspeptiques présentaient un phénomène commun intimement lié aux autres symptômes de la maladie : une dilatation manifeste de l'estomac. Nous avons consigné les résultats de nos recherches dans un mémoire inséré dans la *Revue de médecine* de 1884.

Nous avons été frappés surtout par ce fait que les individus atteints de cette forme de dilatation de l'estomac étaient des nerveux, facilement excitable, mais en revanche prompts à la dépression, à l'épuisement. Souvent nous avons vu les accidents gastro-intestinaux débiter chez eux à la suite d'émotions, de frayeurs vives, de mouvement de colère. Tout cela était bien fait pour mettre en évidence l'influence d'un état particulier de névropathie. Les crises douloureuses qu'ils présentent souvent au creux épigastrique nous ont paru s'expliquer par une contraction spasmodique des muscles gastriques, peut-être plus particulièrement du pylore, et la distension gazeuse de leur estomac et de leur intestin par le relâchement musculaire, par l'atonie consécutive à cet état spasmodique. Il nous a semblé qu'après des alternatives de spasme et de dépression, c'était l'atonie qui finissait par l'emporter, par s'établir à demeure en vertu d'un véritable épuisement nerveux-moteur. On sait, du reste, que les neurasthéniques sont particulièrement sujets, dans l'ensemble de leurs phénomènes vitaux, dans leurs actes intellectuels ou moteurs, à ces alternatives d'excitation et de relâchement et que c'est, en dernier terme, ce dernier état qui finit par l'emporter.

M. le professeur Bouchard, qui a tant étudié la gastrectasie, qui lui attribue une importance si grande en pathogénie, paraît avoir été plutôt frappé par la dilatation qui s'établit progressivement sans attirer l'attention, de telle sorte qu'à un moment ce sont les phénomènes généraux ou les manifestations à distance qui sont seuls accusés par le malade. La gastrectasie peut passer inaperçue, si le médecin averti ne va pas la chercher. M. Bou-

chard attribue cette dilatation progressive à une sorte de faiblesse congénitale de la fibre musculaire lisse. L'estomac, incapable de résister, se laisse progressivement distendre par le poids des aliments; il lui devient bientôt impossible de revenir sur lui-même. Il ne se rétracte plus lorsqu'il est vide; il est dilaté. C'est donc ici encore l'atonie qui domine. M. le professeur Bouchard fait de cette dilatation primitive le point de départ et la cause de toute une "iliade de maux." Je pense pour ma part, et la conviction est bientôt faite à ce point de vue lorsqu'on observe un certain nombre de prétendus dyspeptiques, que beaucoup des dilatés de l'estomac sont des nourasthéniques ou des arthritiques, c'est-à-dire des névropathes, et que la déséquilibration de la nervo-motricité générale est chez eux un fait antérieur à la gastrectasie, qui domine et explique cette gastrectasie et les symptômes dont elle s'accompagne, symptômes qui sont, comme le professo M. Germain Séo, le plus souvent autant sous la dépendance de l'intestin que de l'estomac. Je ne pense pas du reste que tous les dilatés doivent être rangés dans cette catégorie, mais qu'un grand nombre d'entre eux lui appartiennent de droit.

La dilatation de l'estomac n'est pas du reste une maladie, c'est un symptôme qui peut se rencontrer dans des circonstances très différentes les unes des autres, que l'on peut ranger, semble-t-il, sous les têtes de chapitre suivantes. 1^o Dilatation par lésion organique du pylore et rétrécissement de cet orifice. 2^o Dilatation par dégénérescence de la fibre musculaire des parois stomacales; 3^o Dilatation par atonie, par faiblesse générale qui amènent un relâchement plus marqué de l'estomac parce que sa cavité est plus grande que celle des autres parties du tube digestif, et qu'il supporte en bloc le poids des aliments ingérés; 4^o Dilatation par atonie musculaire qui, après avoir alterné avec les phénomènes d'excitation exagérée, chez les neurasthéniques, finit par prédominer et par persister.

Dans les deux premières catégories, il est difficile d'établir un traitement curateur. Le rétrécissement organique du pylore appellerait une intervention chirurgicale qu'on a plusieurs fois tentée avec succès. La dégénérescence de la fibre musculaire ne laisse guère d'autre ressource, lorsqu'elle est très avancée, que de ménager ce qui reste du muscle, de fractionner autant que possible l'alimentation, d'éviter par tous les moyens la surcharge de l'estomac, d'évacuer mécaniquement cette surcharge quand elle s'est produite.

Avec le simple relâchement du muscle gastrique, il faut, autant que possible, augmenter le tonus musculaire, le tonus général, et rendre aux fibres épuisées la vigueur qui leur manque. Enfin, lorsque, comme dans la neurasthénie, il y a une déséquilibration de l'excitation nerveuse, il faut chercher en même temps à rétablir cet équilibre compromis. Cela d'autant mieux que chez ces

malades, ainsi que le dit notre maître G. Séc, il ne s'agit pas seulement dans leurs manifestations pseudo-dyspeptiques, de phénomènes gastriques, mais de manifestations gastro-intestinales. Ce n'est peut-être pas le moindre mérite de l'ipéca que d'agir à la fois sur la totalité du tube digestif.

J'ai cherché à remplir ces diverses indications, et à instituer une méthode de traitement qui y réponde. Les résultats que j'ai obtenus jusqu'à présent m'ont paru assez satisfaisants pour mériter les honneurs de la publicité.

Voici donc, avec chacun des desiderata théoriques, la pratique thérapeutique qui lui correspond :

1^o *Éviter la surcharge alimentaire.*—Il faut évidemment éviter que l'estomac reçoive tout à coup une masse trop considérable d'aliments et que leur poids n'exerce sur ses parois une traction exagérée.

A l'exemple de mon maître G. Séc, je recommande aux malades d'éviter les aliments qui laissent des résidus abondants : les légumes verts, les salades, les fruits verts, les féculents. C'est en réalité supprimer à peu près tous les légumes. Je ne tolère guère qu'une petite quantité de pommes de terre. Les aliments doivent être aussi finement divisés que possible : il est donc important que la mastication s'exécute parfaitement : il faut y veiller. Enfin, si l'on ne peut pas diminuer la quantité des aliments ingérés, il faut répartir cette quantité en un plus grand nombre de prises. Il faut augmenter le nombre des repas et diminuer la masse des aliments ingérés à chacun d'eux. Il faut se défier du vin si souvent frelaté. La bière, prise au repas, peut être utile. A jeun, elle paraît toujours nuisible, ainsi du reste que tous les liquides froids et surtout glacés. Lorsqu'il y a des sensations douloureuses, M. G. Séc recommande l'usage des boissons chaudes ; le thé léger chaud le matin, le grog léger chaud le soir. Il ne tolère pas d'autre boisson, mais il laisse les malades boire à leur soif. En buvant chaud, peut-être sont-ils moins tentés de se laisser aller à l'absorption brusque d'une masse exagérée de liquide. Cette méthode, en tous cas, donne d'excellents résultats.

2^o *Assurer la régularité des fonctions intestinales.*—Presque tous les dilatés sont constipés. La constipation est peut-être plus fréquente encore chez ceux qui présentent de la flatulence et de la douleur et que nous visons plus particulièrement ici. Lasèque, par une expression heureuse dans sa familiarité, disait qu'il fallait rétablir le tirage intestinal. M. G. Séc se sert souvent d'une poudre qui produit un très bon effet ; elle est composée de magnésie de crème de tartre et de soufre précipité mélangés en parties égales. Il en fait prendre une cuillerée à café au commencement de chaque repas. Les malades arrivent du reste aisément à régler eux-mêmes la dose qu'ils doivent absorber. Ils l'augmentent ou la diminuent suivant l'action produite. Un autre moyen, égale-

ment très satisfaisant, consiste à faire prendre chaque matin un demi-lavement additionné d'une ou deux cuillerées à bouche de glycérine. Souvent les lavements froids agissent mieux que les lavements tièdes. On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a à assurer la régularité des fonctions de l'intestin.

3^o *Relever le tonus général.*—Il importe de relever le tonus général de l'organisme, de régulariser l'excitabilité du système nerveux. Pour cela, les douches froides réussissent à merveille. Lorsqu'elles sont mal tolérées, on peut ordonner, au début, des douches tièdes, en jet, le long de la colonne vertébrale. En dehors de ces conditions nous avons surtout employé les douches froides en pluie, d'une durée de 25 à 30 secondes, données tous les deux jours.

4^o *Relever plus particulièrement la tonicité de la fibre musculaire de l'estomac.*—Lorsque le muscle cardiaque est impuissant à remplir sa tâche physiologique, lorsque sa cavité se dilate et que le sang s'y accumule en excès, la digitale lui rend la vigueur qui lui faisait défaut et augmente sa tonicité. Les contractions deviennent plus parfaites et plus vigoureuses. Ce que fait la digitale dans l'asystolie, un médicament ne pourrait-il pas le faire dans la gastrectasie, qui est, en quelque sorte, le mot n'est pas de moi, une sorte d'asystolie de l'estomac. La fève de Calabar, la noix vomique, ont été données dans le but de stimuler la contractilité gastro-intestinale. Il n'y a pas, à mon avis, de médicament qui remplisse mieux cet office que la poudre d'ipéca. Pour cela, il n'est pas nécessaire de la donner à doses vomitives. Au début, je l'administrerais dans du sirop d'écorces d'oranges :

Poudre d'ipéca.....	2 gr.
Eau.....	150 gr.
Sirop d'écorces d'oranges.....	150 gr.

Le malade en prenait le matin tous les deux ou trois jours une ou deux cuillerées à bouche. J'ai renoncé à cette formule, qui m'a donné cependant de bons résultats, parce qu'elle provoque facilement le dégoût et la nausée chez les malades susceptibles. Actuellement je donne la poudre d'ipéca sous forme de cachets. Tout d'abord, je donne le matin, tous les deux ou trois jours, un cachet qui renferme 5 centigrammes d'ipéca. La plupart des malades ne vomissent pas avec cette dose ; à peine ont-ils de légères nausées et un peu de salivation. Il m'est égal, du reste, qu'ils vomissent une fois ou deux. Cependant, s'ils sont très sensibles à l'ipéca, et il y a, à ce point de vue, des susceptibilités individuelles très variables, je leur donne seulement, tous les deux ou trois jours, un cachet de 2 ou 3 centigrammes. Je crois, sans en être certain, du reste, qu'il est bon d'avoir un peu de salivation, qui témoigne de l'action du médicament.

5^o *Calmer les douleurs.*—Les neurasthéniques dilatés dont nous nous occupons en ce moment, ont souvent à l'épigastre des sensa-

tions plus ou moins pénibles. Parfois une simple pesanteur, parfois des douleurs pongitives, lancinantes, qui peuvent rappeler, par leur intensité, les douleurs de la gastralgie des chlorotiques, ou les douleurs de l'ulcère rond. L'usage des boissons chaudes calme merveilleusement ces douleurs, dans la majorité des cas. On peut se servir encore de l'eau chloroformée, ou, comme on l'a fait dans ces derniers temps, du chlorhydrate de cocaïne, donné à la dose de 5 à 10 centigrammes. Tout d'abord la présence des crises douloureuses ou même d'une douleur marquée à la pression, au creux épigastrique, m'avait paru contre-indiquer l'usage de l'ipéca. L'observation m'a appris qu'il n'en était rien. Au contraire, dans la moyenne habituelle, tout au moins, les douleurs diminuent à mesure que diminuent les autres phénomènes pseudo-dyspeptiques : ballonnement du ventre, renvois, pesanteurs, malaise, courbature générale, etc.

Sous l'influence du régime et du traitement précédents, j'ai obtenu depuis que j'ai commencé à me servir de cette méthode, c'est-à-dire depuis bientôt trois ans des résultats très encourageants.—*Progrès médical*.

Traitement de la paralysie agitante et de la chorée par Phyoecyamine.—En règle générale, l'hyoscyamine soulage le tremblement de la paralysie agitante quand la maladie n'est pas trop avancée. DANA a employé le même médicament dans nombre de cas de chorée et a, la plupart du temps, amené une amélioration marquée. Il conseille la formule suivante :

Hyoscyamine cristallisée de Merck 1 grain.
Eau distillée..... 1 once.

M.—*Dose* : Huit minimes, trois fois par jour, augmentant jusqu'à quinze ou vingt minimes.—*Physician and Surgeon*.

Tonique stomachique.—*Bartholow*.

P.—Acide phosphorique dilué 1 once
Sulfate de strychnine..... 1 grain

M.—*Dose* : Dix gouttes dans un peu d'eau, avant les repas —
College and Clinical Record.

Pilule apéritive.—*Lusk*.

P.—Extrait d'aloès..... 20 grains
Poudre de rhubarbe..... 10 "
Extrait de noix vomique..... 5 "
Extrait de taraxacum..... 30 "

M.—Faites 20 pilules.

Dose : Une pilule ou deux par jour.—*Pacific Record*

CHIRURGIE.

De la coxalgie.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.— Nous allons opérer aujourd'hui deux femmes. La première est atteinte d'une carie des os du carpe ; l'autre une petite fille de onze ans, m'a été adressée de province pour que je remédie à des accidents consécutifs à une coxalgie. Voici son histoire. Née de gens encore très bien portants qui ont eu dix enfants, dont quatre sont morts de je ne sais quelles maladies, elle commença à boiter de la jambe droite, sans éprouver aucune douleur, vers l'âge de neuf ans. Notez cette absence de douleur ; c'est un fait très important dans l'histoire de la coxalgie, maladie souvent insidieuse. Il est probable toutefois qu'à cette période, avec un examen minutieux, on aurait déjà trouvé quelques symptômes. Ainsi la cuisse droite devait se fléchir moins bien que celle du côté opposé ; que le médecin, par exemple, priât cette fillette d'embrasser ses genoux l'un après l'autre, il aurait constaté que la chose était difficile ou peut-être même impossible pour le droit. Il est probable aussi qu'à ce moment on aurait constaté une légère transmission des mouvements au bassin et une légère différence entre les plis des aines. Celui du côté droit, comparativement à celui du côté gauche, devait être un peu affaissée. Tels sont les premiers symptômes de la coxalgie.

Le médecin qui fut appelé dès le début ne s'y trompa pas, car il fit appliquer quelques révulsifs sur la hanche et condamna l'enfant au repos, seule manière d'empêcher la maladie de s'aggraver. Seulement, au bout de quatre mois, on lui permit de se lever et, malgré qu'elle boitât encore un peu, notre confrère, n'ayant pas pu très probablement résister aux instances de la famille, la laissa marcher pendant trois mois, au bout desquels apparut tout d'un coup un nouveau signe de coxalgie, à savoir la douleur dans le genou. Voilà encore un phénomène très curieux qu'on ne rencontre pas chez tous les sujets. Vous énumérer toutes les théories qui ont été émises pour l'expliquer serait du superflu, car il n'y en a pas une seule, à mon avis, qui soit satisfaisante. Contentons-nous donc actuellement de savoir qu'une graine tuberculeuse développée dans l'articulation coxo-fémorale s'accompagne de douleurs dans le genou. En présence de ce nouveau phénomène, on condamna de nouveau l'enfant à rester au lit. La maladie, cependant, n'en continua pas moins à évoluer : un abcès fit saillie au niveau du pli génito-crural, puis des déviations apparurent. Bref, au bout de neuf mois, lorsqu'on voulut lever cette fil-

lette, alors que le foyer ne donnait pas de signes de sa présence, la marche était impossible sans béquilles, en raison de l'attitude du membre.

Quel est donc l'état actuel? Le membre inférieur droit compte six centimètres de moins que le gauche et les surfaces articulaires sont en contact. Deux phénomènes, en somme, nous restent à étudier; ce sont: la flexion anormale de la cuisse sur le bassin, et l'adduction forcée. Parlons d'abord du premier:

Lorsqu'un sujet est atteint de coxalgie, l'un des premiers symptômes qui apparaissent après ceux que je vous ai énumérés tout à l'heure, est la flexion. Pourquoi donc la cuisse se fléchit-elle sur le bassin et pour quelle raison se fléchit-elle chez certains enfants et pas chez d'autres? J'estime, pour ma part, que cela tient au mécanisme suivant. J'ai l'habitude, dans mon cours d'anatomie, de traverser le grand trochanter et la tête du fémur avec un foret afin de pouvoir faire pénétrer dans l'articulation une certaine quantité de liquide. Qu'arrive-t-il alors que la capsule a atteint son maximum de distension? Ceci: le fémur exécute un mouvement de flexion sur le bassin. Eh bien! je n'hésite pas un seul instant à croire qu'un épanchement de liquide dans la cavité articulaire est la cause première de cette flexion. Maintenant, une fois l'impulsion donnée, le psoas-iliaque augmente cette flexion. Que résulte-t-il de là? Une attitude excessivement pénible à supporter. Dans le lit, en effet, le genou est en l'air. Que fait alors le malade? Instinctivement il tend à ramener sa cuisse dans le parallélisme avec l'autre. Mais l'articulation coxo-fémorale ne manœuvrant plus, pour que cette pièce s'abaisse, il faudrait que le tronc se levât. Ce n'est pas cependant de cette façon que les choses se passent. Qu'arrive-t-il donc quand le sujet repose sur son lit par la tête et par les épaules? Eh bien! la partie du tronc qui est constituée par les vertèbres se soulève à mesure que la cuisse s'abaisse. Tel est le mécanisme de la cambrure lombaire. Comme vous le voyez, cette enséclure n'est qu'un signe secondaire, conséquence de la correction de la flexion de la cuisse sur le bassin. De ceci résulte que la cambrure est en raison directe de la flexion de la cuisse. Et de fait, si vous voulez mesurer le degré de flexion, il faut prendre la cuisse et la relever jusqu'à ce que le dos touche le lit. Pour le cas présent, la flexion est telle qu'on est obligé de mettre la cuisse à angle droit.

Le deuxième déplacement présenté par cette fillette est bien plus simple à comprendre. Si vous cherchez à porter la cuisse en dedans, la chose est possible; mais quand, au contraire, vous essayez de l'attirer au dehors, si peu que ce soit, cela est impossible à cause de la raideur des adducteurs et en particulier du moyen.

Voilà les deux attitudes vicieuses que nous avons à considérer. Il nous reste encore à déterminer un point d'une très haute

importance en ce qui concerne le traitement. A quoi est due l'absence de mouvements dans l'articulation ? Est-ce à une ankylose de la hanche ? Je ne le crois pas, car si l'on essaye, avec la main droite, d'imprimer au genou un mouvement de rotation pendant que la main gauche est appliquée sur l'os iliaque, il est manifeste qu'il y a des mouvements dans l'articulation. Par conséquent, renonçons d'emblée à briser les adhérences qui sont dans la jointure ou à faire une section du fémur à une certaine distance de l'articulation. A quoi donc est due cette absence de mouvements ? A un peu de contracture musculaire et surtout à la rétraction. Notez bien la différence qui existe entre ces deux phénomènes : la contracture est un état temporaire qui cède sous le chloroforme ; la rétraction, au contraire, est un état permanent dû à une altération de la fibre musculaire, qui nécessite, pour ramener le membre dans sa position première, des déchirures et des sections sous-cutanées.

Eh bien ! est-il nécessaire de l'opérer, cette petite fille ? Evidemment oui, car si on l'abandonne à elle-même, elle est condamnée à une infirmité incurable. Je vais donc, après avoir endormi l'enfant, pendant qu'un aide appliquera ses mains sur les deux cretes iliaques, de façon à s'opposer à la cambrure, saisir la jambe et essayer de l'allonger. Ceci fait, il arrivera de deux choses l'une : ou bien le membre tendra à revenir, ou il n'y tendra pas. Dans le premier cas, nous appliquerons un appareil silicaté et, dans le second, nous mettrons l'enfant dans une gouttière de Bonnet. Quoi qu'il en soit, je crois qu'il est de notre devoir de guérir cette fillette pour lui rendre l'usage de sa jambe droite. — *Praticien.*

Traitement de l'hydrocèle par les injections de sublimé. —

M. le professeur RICHET préconise, depuis quelques années, comme liquide d'injection, la solution de sublimé au millième. Le manuel opératoire est semblable à celui de l'injection avec la teinture d'iode. On fait la ponction de la cavité vaginale, on la vide, on y injecte 200 à 250 grammes de la solution, suivant l'étendue de la poche ; on malaxe un peu celle-ci, de manière à mettre tous ses points en contact avec le sublimé, on laisse ensuite sortir environ 150 grammes de la solution, et on conserve dans la poche environ 100 grammes.

Ce liquide agit dans la cavité vaginale comme irritant. L'irritation provoque de la part de la poche une réaction inflammatoire qui n'est pas assez forte pour produire la suppuration, mais assez cependant pour obtenir une inflammation adhésive. Il y a peu de douleur ; le testicule est seulement sensible, par suite d'une sorte de contusion du testicule, par le fait même de l'injection.

Quelques heures après l'opération, le scrotum est tendu, devient

lisse, rouge, comme érysypélateux ; il forme une tumeur dure, élastique, rénitente, la chaleur locale est augmentée. La tumeur, due à la reproduction du liquide, ne tarde pas à diminuer de volume et à disparaître. Pas de symptômes généraux, sauf une légère élévation de température par exception. On pourrait craindre l'apparition de la stomatite mercurielle, signalée dans quelques cas d'abcès traités par les injections de sublimé, mais dans cinq observations recueillies dans le service de M. le professeur Richet, on n'a observé aucune manifestation buccale, si minime qu'elle fût.—*Abeille médicale.*

De l'intervention chirurgicale dans les cas de maladies articulaires chez les tuberculeux.—1°. Les probabilités d'une guérison spontanée ou d'une amélioration prolongée dans les cas de maladie osseuse ou articulaire comme résultat d'un traitement expectant ou palliatif : soins hygiéniques, repos, contre-irritation—sont beaucoup plus grandes chez l'enfant que chez l'adulte ;—2°. La probabilité de la présence ou du développement tardif de la tuberculose pulmonaire dans les cas de tubercules des os ou d'affection articulaire est beaucoup plus grande chez l'adulte que chez l'enfant.—3°. Les opérations incomplètes, telles que le drainage et l'irrigation des articulations, l'évidement, et les résections dans lesquelles toutes les parties malades de l'os n'ont pas été enlevées, seront vraisemblablement suivies de résultats définitifs moins favorables chez l'adulte que chez l'enfant.—4°. L'intervention opératoire radicale est plus justifiable chez l'adulte que chez l'enfant, dans les cas de tuberculose osseuse ou articulaire, si elle est pratiquée à bonne heure.—5°. Si, dans le cours de la tuberculose pulmonaire, une opération devient nécessaire pour un cas de maladie articulaire ou osseuse, il arrive en règle générale que, comme résultat de cette intervention, la maladie pulmonaire est, la plupart du temps, temporairement arrêtée dans sa marche et même, en certains cas, peut paraître tout-à-fait guérie.—6°. La récurrence, après une opération pratiquée sur un os ou une jointure malade, avec coexistence de tuberculose pulmonaire, est exclusivement conditionnée au caractère incomplet de l'opération (ou en d'autres termes, au fait que la totalité du tissu tuberculeux n'a pas été enlevée), et non à quelque influence exercée par l'affection pulmonaire.—7°. Dans tous les cas de tuberculose ostéo-articulaire exigeant une opération et où il y a sujet de douter que *tout* le tissu malade puisse être enlevé par l'arthrectomie ou l'excision, la coexistence de la tuberculose pulmonaire serait une circonstance de nature à faire pencher plutôt pour une opération plus radicale : l'amputation.—8°. Après une amputation pratiquée sur des tissus parfaitement sains, on est en droit d'attendre une cicatrisation aussi prompte chez un sujet tuberculeux que chez un sujet non tuberculeux. Dans ces conditions, les récurrences

dans le moignon ne se montrent pas, même chez des personnes à tuberculose pulmonaire avancée.—Dr L. S. PILCHER in *American Lancet*.

L'infiltration urineuse ; mécanisme, symptômes, pronostic et traitement, par le Dr. Henri PICARD. (1)—Pour donner de l'infiltration un pronostic exact, il faut tenir compte de la quantité et de la qualité de l'urine infiltrée, de la force avec laquelle elle a été lancée dans les tissus et enfin des conditions dans lesquelles se trouve le malade lui-même. La quantité d'urine infiltrée offre, au point de vue du pronostic, une très grande importance, parce que plus étendues sont les parties envahies, plus est vaste l'espace dans lequel le tissu cellulaire cesse de vivre. A quantité égale, il est certain qu'une urine très dense, très chargée de sels, sera plus nuisible qu'une urine normale, mais beaucoup moins cependant qu'une urine ammoniacale qui, outre sa quantité, agira par ses qualités septiques intrinsèques. Si à la quantité s'ajoute la force de projection, on aura du côté des voies urinaires toutes les conditions d'un pronostic grave. C'est qu'en effet un courant rapide déchirera, dissociera les mailles du tissu cellulaire, dilacérera, bien plus sûrement, les vaisseaux auxquels il sert de support et privera, par conséquent, les tissus de leur nutrition. Aje besoin d'ajouter que les désordres précédemment décrits seront d'autant moins bien supportés que l'individu sera plus vieux, plus épuisé par la fatigue, les excès ou les souffrances d'un état pathologique antérieur. Toutefois, d'une manière générale, on peut l'affirmer, car l'observation en est la preuve, une infiltration urineuse prise à temps n'offre pas un pronostic très grave, et, si quelque phénomène surprend, c'est, comme on l'a dit, la force de la nature qui parvient à réparer et à recouvrir la vaste étendue de tissu que le sphacèle avait détruite et laissée découverte.

Le traitement de l'infiltration urineuse doit poursuivre un double but : 1^o l'évacuation de l'urine ; 2^o le rétablissement du canal. L'évacuation de l'urine doit se faire, comme l'a enseigné Flaubert (de Rouen), au moyen d'une incision périnéale unique et médiane, incision qu'on pourrait dire *maîtresse*. Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille périnéale, on la commence sur les bourses en empiétant sur elles de deux centimètres environ, et maintenant le bistouri exactement sur le raphé, on la termine à un centimètre en avant de l'anus. On doit couper la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle. Le tissu cellulaire, remarque importante, étant imprégné d'une grande quantité d'urine, on pourrait croire être arrivé sur le foyer, mais il n'en est rien. Celui-ci s'étant creusé dans la loge inférieure du périnée se trouve, par conséquent, au-dessus de l'aponévrose super-

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

ficielle qu'il faut nécessairement traverser pour pénétrer jusqu'à lui. L'aponévrose superficielle incisée, on quitte le bistouri et, soit avec la sonde cannelée, soit avec le doigt, on déchire les tissus jusqu'à ce qu'on entre dans l'intérieur de la poche, ce dont on est averti par la sortie d'un flot d'urine mélangé de pus qui inonde la main de l'opérateur et palèze sur lequel le malade repose. L'insiste sur cette incision médiane, parce que l'infiltration bombant surtout d'un côté ou de l'autre du raphé, on pourrait être tenté d'ouvrir directement sur la tumeur; faute opératoire dont les conséquences pourraient être graves, car le bistouri risquerait fort de rencontrer les artères superficielles du périnée dont la ligature, au milieu de tissus imprégnés d'urine, offrirait les plus grandes difficultés. Sur le raphé rien de semblable à redouter. On ne touchera pas le bulbe, car quoique placé sur la ligne médiane au-dessus de l'aponévrose superficielle, il en sera d'autant plus éloigné et, par cela même aussi, d'autant mieux préservé de l'action du bistouri, que le foyer sera plus distendu. Tout n'est pas terminé avec l'évacuation du foyer, et des incisions secondaires *adjuvantes* doivent ouvrir un passage à l'urine dans toutes les régions où elle s'est répandue. Sur le scrotum, on en fera autant qu'il sera nécessaire, longues d'un à deux centimètres de chaque côté du raphé et ne pénétrant pas au delà du tissu cellulaire. Sur la verge, les incisions ne devront pas dépasser un centimètre et s'arrêteront à l'enveloppe fibreuse de l'organe. Sur le pubis, les parois abdominale ou pectorale, moins de précautions seront nécessaires pour la longueur et la profondeur. Ces incisions, on les pratiquera d'abord sur les parties sphacélées, à la jonction des parties saines et malades. Dans les cas où la rupture s'est produite au niveau des bourses, il ne faut pas hésiter à inciser sur leur raphé et, au besoin à les séparer l'une de l'autre jusqu'à ce qu'on ait atteint le foyer. De même si cette rupture s'était produite au niveau de la portion libre de l'urèthre, on devrait transpercer sans crainte avec le bistouri son enveloppe fibreuse pour parvenir jusqu'au foyer. Par leurs orifices sort une urine fétide mélangée à du pus sanieux, à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié et de peau sphacélée dont on pourra aider l'expulsion en comprimant doucement les parties. On pansera ces vastes pertes de substance avec l'acide phénique, en se servant toutefois d'une solution très étendue sous peine de provoquer des accidents toxiques. L'iodoforme pulvérisé ou encore mieux la gaze iodoformée plus ou moins souvent renouvelée est assurément préférable. On s'est servi aussi dans des circonstances, d'une solution de chloral à deux ou trois pour cent; mais une solution d'acide borique ou de salicylate de soude atteindrait aussi bien le but. Sous l'influence de ce traitement, les plaies se détergent et les bourgeons charnus ne tardent point à apparaître, les rétrécissant chaque jour davantage. Au bout de quinze jours au moins et d'un mois au plus, on doit son-

ger à rétablir le canal en lui rendant son calibre. Pourquoi pas plus tôt? Parce que, l'expérience l'a prouvé, si on touche l'urètre avant que les désordres causés par l'urine ne soient disparus, on provoque des frissons, de la fièvre et quelquefois de la septicémie ou même de l'infection purulente. Quant à la méthode même qui doit rendre au canal son calibre normal, c'est au tact du chirurgien de choisir entre la dilatation temporaire progressive et l'uréthrotomie interne. Mais s'il est résolu et judicieux, de beaux succès, des guérisons inespérées récompenseront ses efforts.

Nous avons envisagé l'infiltration urineuse telle qu'elle se fait et se conduit dans la loge inférieure du périnée. C'est sa marche ordinaire. Mais ne peut-elle se faire dans la loge supérieure? Evidemment oui. Pourquoi? Parce que certains rétrécissements traumatiques rares, résultant d'une dissociation des symphyses ou d'une fracture du bassin, occupent la région membraneuse. Comme ces rétrécissements siègent en arrière de l'aponévrose moyenne, il en résulte que l'infiltration dont ils sont l'origine a lieu dans la loge supérieure. Le mécanisme en est, d'ailleurs, le même, mais la marche bien différente. Rencontrant l'aponévrose moyenne en avant, l'urine ne peut s'avancer du côté du périnée. Elle ne peut non plus gagner du côté du bassin, parce qu'à défaut de l'aponévrose pelvienne supérieure, la pesanteur s'y oppose. Une seule voie lui étant ouverte en arrière, elle se répand sur les côtés du rectum pour tomber dans les fosses ischio-rectales et inonder le tissu cellulaire sous-cutané de la marge de l'anus, dans lequel le bistouri doit aller la chercher. Enfin, dans quelques cas heureusement exceptionnels, car ils sont très graves, on a vu l'urine gagner les fosses iliaques et le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'à une très grande hauteur le long de la colonne vertébrale (Voillemier).

On comprend combien cette marche insolite augmente la difficulté du traitement. L'aspiration pourrait être utile, mais la difficulté de faire pénétrer l'aiguille exactement sur le foyer en rendra l'application bien incertaine. L'incision des fosses iliaques, assurément plus efficace au point de vue de l'évacuation urinaire, offrirait le grave danger d'ouvrir le péritoine pour y laisser pénétrer un liquide septique. Le mieux, dans ces circonstances, serait, assurément, d'ouvrir la paroi abdominale postérieure au moyen d'une incision qui suivrait le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'étendrait, au besoin, du bord inférieur des fausses côtes à la crête iliaque. De cette façon, on ouvrirait, en arrière du péritoine, un chemin pénétrant jusqu'aux parties inondées par l'urine et permettant de les évacuer avec une sécurité relative et toute l'efficacité possible en pareil cas.—*Progrès médical.*

Dangers de la réduction en masse des hernies.—Le Dr POISSON (de Nantes) a observé un fait des plus intéressants pour le praticien. Un homme de 64 ans voit sortir un matin une hernie inguinale qu'il avait l'habitude de rentrer lui-même ; il procède de la même façon, mais, après la réduction, des accidents douloureux se manifestent. Purgatifs, lavements, tout échoue ; les vomissements fécaloïdes étant survenus, M. Poisson se décide à ouvrir l'abdomen. Il pratiqua une longue incision au-dessus du pli inguinal et trouva dans l'abdomen un sac herniaire réduit contenant une anse intestinale adhérente. Il ouvrit alors le sac, dégagea l'anse d'intestin, puis la nettoya avant de refermer le ventre. Les suites de l'opération furent des plus simples ; vingt-quatre heures après, une selle montrait que le cours des matières était rétabli et, depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.—*Concours médical.*

Traitement abortif du furoncle par les injections intraparenchymateuses d'acide phénique.—Le furoncle est le produit de l'inoculation des follicules pilo-sébacés par un micro-organisme pyogène, le staphylococcus aureus, et peut-être par d'autres ; et, d'autre part, on sait expérimentalement que ce microbe est tué par les solutions phéniquées faibles. Ces notions ont conduit M. BINDER à l'emploi d'une méthode pouvant agir directement sur l'élément infectieux et le neutraliser au foyer même de son action. Dès le début de la formation du furoncle, il introduit obliquement, dans le tissu qui l'entoure, l'aiguille d'une seringue de Pravaz chargée d'une solution phéniquée à 20%, de façon que sa pointe pénètre dans le centre du foyer inflammatoire qui commence déjà à se ramollir. Il chasse alors quelques gouttes de la solution dans le tissu, puis retire l'aiguille pour la plonger à l'extrémité opposée du même diamètre et faire la même manœuvre. Généralement alors, on voit sortir quelques gouttes de liquide trouble purulent par la première piqûre.

Si le furoncle est de gros volume, on fait à l'entour quatre piqûres, et par chacune d'elles on injecte une demi-seringue de liquide phéniqué. L'injection doit se faire lentement ; néanmoins elle est un peu douloureuse ; mais, après quelques instants, cette douleur cesse, et toute sensation pénible disparaît dans la région malade. On recouvre ensuite celle-ci d'une compresse phéniquée recouverte de taffetas gommé ou de gutta-percha, afin de conserver son humidité. Généralement au bout de 2 à 3 jours, pour les petits, de huit à dix jours pour les plus gros, tout est fini. Il ne se fait aucune suppuration et on a ainsi évité les cicatrices difformes qui succèdent souvent aux gros furoncles qui suppurent et se cicatrisent lentement.—*Concours médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Circulaires et rupture du cordon ombilical.—Clinique de M. le professeur EUSTACHE à la Maternité Ste-Anne, de Lille. (1)

Si nous faisons en ce moment une étude complète de la question des enroulements du cordon, je vous citerais l'influence nocive que ces enroulements ont eu sur la marche de certaines grossesses, telle que l'amputation spontanée des membres, la section du cou et même dans un cas la division complète du tronc, la mort de l'enfant par arrêt de la circulation funiculaire, et finalement l'avortement. Mais ces faits sont très rares et rentrent dans le domaine des *Curieux de la nature*, aussi n'y insisterai-je pas.

Habituellement les circulaires n'ont aucune influence sur la marche de la grossesse : le seul effet de leur présence se manifeste au moment de l'accouchement, et plus souvent aussi à la dernière période de l'accouchement, au moment de l'expulsion. J'ajouterai même que dans des cas assez nombreux leur effet est nul, en sorte que le pronostic est entièrement favorable et qu'il n'y a pas lieu d'intervenir ; mais ces faits heureux ne doivent pas nous faire négliger les précédents.

Le résultat le plus apparent des circulaires est de diminuer la longueur du cordon, de déterminer une brièveté dite *acquise*. Par suite de cette brièveté, la descente des parties fœtales est empêchée ou tout au moins retardée, et le premier effet sensible est la lenteur plus grande du travail, s'accroissant surtout vers la dernière période, c'est-à-dire au moment où la mère et l'enfant courent les plus grands dangers.

On reconnaîtra les effets de cette brièveté à ce que la présentation ne descend pas malgré l'énergie des contractions, la dilatation et la souplesse des parties maternelles, ou bien, si elle descend au moment des contractions, elle remonte brusquement aussitôt après ; il y a une sorte de recul brusque qui se produit après chaque douleur. Tant que la présentation, la tête presque toujours, est renfermée dans l'intérieur des parties maternelles, ces phénomènes sont assez vagues ; il n'en est pas de même quand la tête a franchi la vulve.

Alors, s'il existe une brièveté du cordon, soit primitive, soit due à la présence des circulaires, la tête reste appliquée contre la vulve, les épaules ne descendent pas. C'est à ce moment que peuvent se manifester une série d'accidents plus ou moins graves.

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

tels que arrêt complet de l'expulsion, hémorrhagie par décollement prématuré du placenta tirillé par le cordon trop court et trop tendu, suspension de la circulation funiculaire qui entraîne la mort apparente et bientôt après la mort définitive de l'enfant si l'obstacle n'est pas vite levé, renversement ou inversion du fond de la matrice, etc.

Dans quelques circonstances, la nature vient à bout de l'obstacle, et la rupture spontanée du cordon a lieu ; la femme et l'accoucheur perçoivent un craquement plus ou moins prononcé, accompagné d'un flot de sang et suivi de l'expulsion ordinairement rapide du fœtus. Cette rupture a été observée le plus souvent au niveau de l'insertion placentaire, dans la continuité du cordon, ou bien à son point d'implantation sur l'ombilic comme dans notre observation. Je l'ai observée deux fois pendant le cours d'une application de forceps. C'est la première fois que je la note dans des circonstances semblables à celles d'aujourd'hui ; car, plutôt que de m'exposer à un pareil accident, il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer la section du cordon, ainsi que je vais vous l'indiquer tout-à-l'heure.

La rupture, se produisant pendant la période de dilatation, est très grave et amène presque fatalement la mort de l'enfant. Pendant l'expulsion, alors que la tête n'a pas encore franchi la vulve, elle offre moins de danger parce que, si l'accident est reconnu, on terminera rapidement l'accouchement avant que la mort définitive du fœtus ne soit survenue. Quand la rupture du cordon a lieu, la tête étant déjà dégagée, le pronostic sera encore plus favorable, car la délivrance peut être obtenue presque aussitôt ; le seul inconvénient qui puisse en résulter, dépend du lieu où s'est opérée la rupture, ce dont on s'enquiert aussitôt après la naissance de l'enfant.

Quoiqu'il en soit, la rupture du cordon est un accident anormal, souvent nuisible, qu'il faut éviter. Comment donc se conduire en présence de circulaires du cordon ?

Ainsi que je vous le disais tout-à-l'heure, l'intervention sera nulle pendant la grossesse et pendant la première période de l'accouchement, en supposant que le diagnostic des circulaires ait pu être fait. On ne peut, en réalité, agir que lorsque la tête est expulsée.

En raison de la fréquence relative des circulaires autour du cou, l'accoucheur portera aussitôt sa main sur le cou de l'enfant pour savoir si cette disposition existe et, dans l'affirmative, il s'occupera aussitôt à en tenter le dégagement, alors même qu'il semble n'en résulter aucun inconvénient.

Deux cas peuvent se présenter alors : ou les circulaires sont lâches ou ils sont resserrés. Dans le premier cas, on soulèvera les circulaires et on les fera passer au-dessus de la tête en les ramenant du côté de la face de l'enfant.

Dans le second cas, on exercera des tractions sur les circulaires, afin de les relâcher ; si ce relâchement n'est pas suffisant pour les amener au-dessus de la tête, on verra s'il n'est pas possible d'élargir les anses du cordon d'une façon suffisante pour les refouler au-dessus des épaules, ce qui demande un développement moindre.

Si l'un ou l'autre de ces modes de dégagement est impossible, plutôt que de s'acharner à vouloir le réaliser et à s'exposer, comme dans l'observation que je vous ai rapportée, à produire la rupture ou l'arrachement du cordon sur un point indéterminé d'avance, il convient alors de pratiquer la section du cordon avec des ciseaux.

Si la chose est facile, on posera, au préalable, deux ligatures sur l'anse du cordon, et on sectionne entre ces deux ligatures ; mais, pour peu que la pose des ligatures soit malaisée, il vaut mieux sectionner sans ligature préalable, quitte à saisir après le bout fœtal ou les deux bouts de la section entre les doigts, et empêcher ainsi toute hémorrhagie un peu abondante.

Il va sans dire que, aussitôt après la section du cordon, ou bien aussitôt après sa rupture quand elle s'est produite par suite de tiraillements exagérés, il est important de terminer rapidement l'accouchement, soit à l'aide de tractions manuelles, soit à l'aide du forceps.

En agissant ainsi, la vie de l'enfant est peu menacée, mais presque toujours vous aurez des enfants vivants ou faciles à ranimer.

Dès que l'enfant est sorti, l'accoucheur devra s'occuper du cordon pour en faire la ligature au point voulu si la section a été opérée par lui au niveau des circulaires, ou bien, si l'arrachement ou la rupture s'est faite, sur la continuité de cette tige ou à son insertion placentaire.

Quand l'arrachement s'est produit au niveau de l'ombilic, comme dans notre cas, et alors même qu'il n'y aurait pas d'hémorrhagie à la surface de la plaie, il sera prudent de rassembler les débris de la déchirure et de les entourer d'une ligature pour se mettre à l'abri d'une hémorrhagie consécutive.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Traitement de l'éclampsie puerpérale. — Le Dr. CLARSON résume comme suit sa manière de procéder dans les cas d'éclampsie puerpérale : Rassurer la famille et les amis. Enjoindre le plus grand repos. Empêcher la malade de se faire du mal et lui placer un bouchon de liège entre les mâchoires. Se souvenir que toute la surface du corps est plus ou moins hyperesthésiée, et par conséquent, faire aussi peu que possible d'examen vaginaux. Ne faire usage du cathéter que dans le cas de distension de la vessie. Ne jamais céder à la tentation d'appliquer un vésicatoire à la nuque ou des cataplasmes aux mollets. Vider les intestins au moyen de lavements stimulants. S'il y a constipation, purger au moyen du calomel ou de l'huile de croton. Appliquer du froid à la tête, et, s'il est nécessaire, raser les cheveux. Pédiluves sinapi-

sés. Ne pas projeter d'eau froide à la face ; cela peut se faire dans les cas d'hystérie et même être utile dans la syncope, mais dans l'éclampsie, d'après Barnes, on peut ainsi provoquer une attaque convulsive et la méthode est décidément nuisible. Donner des lavements au chloral et au bromure de potassium. Ne saigner que quand il y a pléthore, afin de soulager la congestion cérébrale. Éthériser la malade, mais pas complètement, sauf durant un paroxysme. Ne pas toucher à la malade si ce n'est quand la chose est nécessaire pour intervenir de quelque façon, et alors, s'il est possible, ne le faire qu'à la faveur de l'anesthésie. Une fois la convulsion finie, se préparer à vider l'utérus. Ponctionner les membranes et laisser le reste à la nature. Si la nature ne fait rien, dilater tout doucement l'orifice utérin. Ne pas oublier que les doigts, placés en forme de cône, sont les meilleurs dilata-tours connus et que le chloral est leur meilleur adjuvant. La dilata-tion faite, appliquer le forceps si c'est la tête qui se présente, et tirer sur les pieds si c'est le siège. L'utérus vidé, tous les symp-tômes défavorables disparaissent ; sinon, continuer l'emploi du chloral, des bromures, etc., tant qu'il est nécessaire.—*Virginia Med. Monthly.*

De la rétention du placenta dans l'avortement. (1)—M. Do-léris trouve que l'on est trop timide dans la question de l'avorte-ment : dès qu'il juge que le placenta est définitivement retenu dans l'utérus, il extrait le *corps du délit* ; il n'attend pas que l'o-deur vienne lui révéler le danger ; en intervenant il cherche à prévenir les hémorrhagies à répétition et à empêcher la putré-faction. Voici le *manuel opératoire* qu'il emploie, que l'œuf soit sain ou putréfié.

I. *Position de la femme.* — La femme doit être placée dans la position obstétricale, sur le bord de son lit, le bassin relevé, les jambes écartées, maintenues ou non par des aides.

II. *Abaissement de l'utérus.* — C'est la partie la plus simple de l'opération. Une ou deux pinces sont fixées à la base du col senti avec les doigts, sur la lèvre antérieure. On tire d'une main pen-dant que de l'autre on presse sur l'utérus. On amène ainsi l'orifice à la vulve ou fort près. On confie les pinces à l'aide qui les main-tient, et qui déprime en même temps le périnée avec une valve de Sims ou de Simon.

III. *Dilatation du col.*—a) Si le col est tout à fait fermé et ne permet pas l'introduction du doigt, on peut introduire, six ou sept heures auparavant, une seule éponge préparée, lui laisser le temps de commencer la dilatation ; il faut tremper ces éponges une heure ou deux auparavant, pendant cinq minutes, dans l'*éther iodoformé*. Doléris n'hésite même pas à commencer la dilatation

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

séance tenante, avec un instrument métallique, un dilatateur quelconque, celui de Sims, par exemple — b) Si le col est souple et permet l'introduction du doigt, on complète la dilatation en forçant le passage d'un second doigt après le premier, ou mieux en introduisant un sac de Barnes, qu'on insuffle lentement. La dilatation est inutile lorsque le col est largement ouvert et souple.

IV. *Curage.*—*Écouvillonnage.*—*Extraction avec des pinces.*—La situation change, suivant que le placenta est entier ou morcelé, normal ou putréfié, sain ou pathologique antérieurement à l'avortement, adhérent ou libre, etc. Le mieux est de s'en assurer avec la curette avant de rien tenter. Une curette large et mousse convient parfaitement. On racle les parois utérines, en soulevant le placenta, en le fragmentant au besoin et en le détachant autant qu'on le peut. Toutefois, M. Doléris n'use guère de la curette que pour fragmenter un délivre consistant ou volumineux, ou pour commencer le décollement sur un point : il préfère, surtout lorsqu'il ne s'agit que de débris retenus et de placentas très jeunes, ayant déjà plusieurs jours de séjour, ou ramollis par la putréfaction, se servir d'un instrument spécial, l'*écouvillon* : c'est une tige métallique souple terminée par un bout garni, sur une longueur de 8 à 12 cent., de crins solides qui forment une sorte de cylindre hérissé de mille pointes ou dents capables d'entamer un tissu peu résistant ou de racleur très complètement la paroi utérine. On ne saurait mieux comparer cet instrument qu'à ceux qui servent à débourrer les pipes, ou à ceux dont les sommeliers usent aussi pour nettoyer les bouteilles encrassées. Ces écouvillons sont de volume, de force et de longueur variés ; la souplesse et la résistance des crins varie également. On les fait pénétrer par un mouvement de vrille dans l'utérus, et par un mouvement identique en divers sens on détache les débris placentaires ; si un débris volumineux se présente au col, on l'extrait avec des pinces, on peut parfois ainsi extraire d'un seul coup le délivre détaché entier ; mais avec l'*écouvillon*, on peut se passer de pinces et de curette. L'*écouvillon* paraît déterminer la contraction de la matrice par son contact avec le col et l'orifice interne, et par là même assure mieux l'hémostase. Un autre avantage de l'*écouvillon* serait, d'après Doléris, de pouvoir être chargé d'un topique antiseptique qu'il transporterait dans l'utérus en assurant ainsi, au fur et à mesure du grattage, la parfaite protection des parties utérines, au point de vue de l'antisepsie. M. Doléris emploie de préférence la glycérine mélangée à la créosote pure de bois de hêtre, dans la proportion de 1 à 10. Ce mélange donne une substance demi-liquide qui imprègne abondamment l'*écouvillon*, grâce au feutrage serré des crins qui le constituent.

Quel que soit le procédé que l'on emploie (curette, pinces, doigt, etc.) M. Doléris pense que l'*écouvillonnage* antiseptique doit toujours, et dans tous les cas, terminer l'opération. Il assure

le raclage complet de la surface utérine et la laisse imprégnée de glycérine créosotée.

Pour que ce dernier temps soit efficace, il importe de le faire précéder d'une irrigation antiseptique intra-utérine avec un liquide chauffé à 50° (solution phéniquée à 1-100° ou de sublimé à 1-2000°).

Cette irrigation, outre son action antiseptique propre, a surtout pour but de décider l'occlusion des orifices vasculaires, de favoriser la contraction utérine et enfin d'entraîner les plus petits restes de sang ou de débris. L'irrigation terminée, M. Doléris introduit une dernière fois l'écouvillon imprégné de glycérine créosotée, puis choisit un instrument moins long et souple, de façon à ne point trop gratter la surface utérine et à ne point rouvrir les vaisseaux, afin aussi de laisser dans la cavité de la matrice le plus de topique possible. Une irrigation vaginale termine l'opération qui peut être pratiquée sans anesthésie chloroformique, et qui ne s'accompagne généralement pas d'hémorrhagie.

Cette méthode a été l'objet de critiques assez vives ; le professeur Pajot la considère comme dangereuse, pouvant avoir des conséquences fâcheuses ; de plus, il s'étonne de la possibilité de la dilatation rapide du col. alors qu'il a échoué plusieurs fois, malgré des manœuvres faites avec persistance, et avec une certaine force, à obtenir cette dilatation de l'orifice utérin ; pour lui, 95 fois sur 100, *l'auf sort seul* : il n'en est pas ainsi quand on tourmente l'utérus, quand on veut quand même extraire un placenta incomplètement engagé dans le col. Aussi, tant qu'il n'y a pas d'odeur, pas d'intervention ; il faut attendre, se borner à faire des injections antiseptiques. M. Pajot insiste, avec M. Guéniot, sur la distinction à établir entre le placenta décollé et adhérent : dans le premier cas, dès que la putréfaction commence, il accepte la conduite de Doléris ; mais, lorsque le placenta est adhérent, la putréfaction n'est pas à redouter, le délivre continue à vivre ; il faut s'abstenir.

M. Doléris n'admet guère toutes ces distinctions ; il concède toutefois que jusqu'à un certain point à l'hôpital on peut attendre : la malade est surveillée et on pourra agir à la première alerte. "Mais, dit-il, en ville, à la campagne, tout avortement qui se passe en dehors des règles de l'antisepsie rigoureuse, et qui reste incomplet par rétention placentaire, peut être suivi de résultats désastreux, quand on se borne aux lavages vaginaux ou utérins. Souvent ces lavages sont faits en dépit du bon sens. Les vieux praticiens, et beaucoup parmi les jeunes, ne sont pas outillés : c'est en tout cas pour eux une véritable opération que d'introduire une sonde dans la matrice."

Sera-t-il donc beaucoup plus facile d'abaisser le col à la vulve, d'introduire des instruments et de les manœuvrer, dans l'utérus, sans compter qu'il faudra toujours, d'après la méthode même, faire une injection intra-utérine ?

De plus, pourquoi ces manœuvres seraient-elles faites avec toute l'antisepsie désirable, alors que les mêmes règles seraient oubliées pour les lavages simples ? Ne serait-il pas plus juste de dire, au contraire, que si l'écouvillonnage peut rendre quelques services, c'est à l'hôpital, où l'on opère dans de bonnes conditions et non dans la clientèle privée où l'on est mal outillé, mal secondé ?

Il est difficile d'admettre, dans l'état actuel de la science, qu'on ait recours *systématiquement* à ce mode d'intervention ; souvent l'importance de l'opération ne serait nullement en rapport avec les dangers que court la femme.

M. Auvard a publié récemment (*Gazette hebdomadaire*, 12 nov. 1886) une observation intéressante à ce point de vue et recueillie par nous à la Maternité de Lariboisière : Une femme fait une fausse couche de cinq mois et n'expulse son placenta que six jours après l'avortement ; malgré la fétidité des lochies, M. Auvard se borne à faire des injections et irrigations intra-utérines antiseptiques ; les suites de couches sont normales. "Voici un cas, dit M. Auvard, où les partisans de l'intervention et même beaucoup d'électiques n'auraient pas hésité à opérer le curage de la cavité utérine, et cependant on aurait fait une opération complètement inutile et dont les résultats n'auraient certainement pas été meilleurs que ceux produits par l'expulsion spontanée. Il n'est question ici que de l'inutilité de l'opération, mais il ne serait que juste de mentionner ses dangers, quelques minimes que veulent les dire certains auteurs."

Toutefois, M. Auvard pense qu'en pareille matière il faut être électique et que si, dans le plus grand nombre de cas, l'expectation suffit, "on peut avoir recours comme dernière ressource au curage de la cavité utérine, lorsque la fétidité et l'élévation de la température persistent malgré les lavages antiseptiques."

En résumé, l'expectation antiseptique donne actuellement de bons résultats ; il n'est nullement démontré que les méthodes d'intervention immédiate soient supérieures ; il faut tenir compte de ce fait qu'à mesure que l'antisepsie devient plus rigoureuse les dangers de la *non-intervention* sont beaucoup moindres, s'ils ne disparaissent pas complètement.

"Malgré tous les conseils d'intervention qui ont été donnés, disent MM. Tarnier et Budin, il faut savoir attendre patiemment. Dans les cas simples, on se borne à faire l'antisepsie. Dans les cas graves le tamponnement réussit contre l'hémorrhagie, les injections antiseptiques contre l'infection.

"Si l'antisepsie vaginale, si l'antisepsie utérine sont bien faites, elles suffisent sans qu'on soit obligé d'avoir recours aux interventions manuelles et instrumentales, qui ne sont pas inoffensives et qui sont loin d'être infallibles.

"Avec l'expectation et l'antisepsie rigoureusement faite, sans au-

“cune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale, les cas de mort seront extrêmement rares ; nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande notre expérience personnelle sur ce sujet, expérience de l'hôpital et de la pratique civile.”

Ajoutons que cette méthode, expectation et antisepsie, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage.

Encore une fois, si le curage, l'écouvillonnage, etc., peuvent donner des résultats satisfaisants entre des mains rigoureusement antiseptiques et expérimentées comme celles de M. Doléris, n'auraient-ils pas plus d'inconvénients que de succès dans la pratique courante ?—DR. G. LEPAGE, in *Concours médical*.

De l'emploi de la glycérine en gynécologie.—Dans un traité spécial sur les applications de la glycérine à la thérapeutique, le Dr. HÜLLMAN parle comme suit de ce médicament : Sous forme de tampon, la glycérine est utile. 1°. Comme pièce de pansement dans toutes les opérations intra-utérines et intra-vaginales.—2°. Dans le traitement de la métrite chronique, du catarrhe chronique, les ulcères de l'utérus et du vagin, et dans les cas de vaginite et de vaginisme.—3°. Quand il s'agit de faire résorber les exsudats, extravasations, etc, dans tous les organes pelviens.—4°. Dans le traitement de l'endométrite septique et quand il faut favoriser rapidement l'involution de l'utérus.—5°. Comme hémostatique dans toutes les hémorrhagies utérines, sauf les hémorrhagies post-puerpérales.—6°. Enfin comme moyen de diagnostic du cancer. S'il existe des indurations suspectes au pourtour de la portion vaginale de l'utérus, le tampon à la glycérine décidera du caractère de ces indurations en les faisant disparaître si elles sont d'origine inflammatoire, et en ne produisant absolument aucun effet si elles sont de nature cancéreuse.—*Weekly Medical Review*.

Des accidents consécutifs aux injections vaginales.—A la Société de médecine pratique de Paris, le Dr DUCHESNE a fait une communication sur les accidents consécutifs aux injections vaginales et sur leur traitement.

D'après le compte rendu que j'ai sous les yeux, la question est loin d'avoir été élucidée, et, puisque mes occupations professionnelles ne me permettent plus d'assister aux séances de cette importante Société, je me permettrai de recourir à la voie de ce journal pour compléter ce point de pratique assez peu connu.

Il est un petit nombre de femmes chez lesquelles l'injection vaginale est ordinairement suivie de violentes tranchées utérines, de crises horriblement douloureuses, de signes inquiétants qui pourraient faire supposer au premier abord qu'on se trouve en

présence d'une péritonite ou d'une colique néphrétique. Dans d'autres cas, cet accident s'est produit une fois par hasard.

Ayant bien des fois l'occasion de me trouver en présence de pareils faits, j'ai cherché avec soin quelle pouvait en être la cause, et voici ce que j'ai constaté.

L'accident se produit particulièrement chez des malades qui ont un col volumineux, prolabé, et un orifice utérin très large. Quand on les touche, le doigt se porte naturellement vers la cavité cervicale, qu'il pénètre le plus facilement du monde.

Dans de telles conditions, il n'est pas extraordinaire que la canule pénètre l'utérus et que l'injection ne soit projetée vers la cavité corporeale; mais il n'est pas nécessaire d'admettre le passage du liquide à travers les trompes pour se rendre compte des phénomènes douloureux qui sont dus non pas tant à la distension brusque de la cavité utérine qu'au spasme de l'orifice interne qui emprisonne 4 à 5 centimètres cubes de liquide, sur lesquels le muscle utérin se contracte énergiquement tant que le spasme persiste. Il suffit d'avoir pratiqué un certain nombre d'injections intra-utérines pour connaître ce genre de douleurs et en expliquer le mécanisme.

J'ai cependant assisté aux mêmes accidents chez des femmes dont l'utérus était à sa place et le méat utérin peu ouvert. Chez l'une d'elles, j'ai pu m'assurer, en injectant un filet d'eau à travers le spéculum, sur le museau de tanche, que la percussion du liquide suffisait à provoquer des coliques utérines aussi douloureuses et persistantes.

En résumé, ce genre d'accidents n'est point dû, suivant moi, au passage de liquides à travers les trompes, mais à des contractions utérines dont la durée et l'intensité, de même que les troubles sympathiques, sont fort variables et parfaitement identiques à ceux que l'on retrouve dans certaines dysménorrhées, dans les corps fibreux des parois latérales, dans les injections intra-utérines, dans le tamponnement intra-utérin et quelquefois dans l'introduction des corps dilatants.

Le traitement en est fort simple: lavements laudanisés ou suppositoires opiacés; chloral, belladone et bromure de potassium à l'intérieur; cataplasmes de farine de lin sur le ventre; au besoin, grands bains; tout cela suivant l'intensité des douleurs. En cas d'excessives douleurs, une petite injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine ramène en quelques minutes le calme et fait disparaître un orage qui n'est alarmant que pour les patientes ou un médecin inexpérimenté.—DR. P. MÉNIÈRE, in *Gazette de gynécologie*.

PÆDIATRIE.

De la méningite tuberculeuse. — Clinique de M. Jules SIMON à l'Hôpital des Enfants Malades. Nous avons eu, dans le service, au numéro 17, une petite fille de quatre ans qu'on avait amenée à la consultation toute prostrée. Du premier coup d'œil, nous vîmes que nous étions en présence d'un méningite ou d'une fièvre typhoïde. Or, comme le pouls était peu accéléré, que la température n'était pas élevée et que le ventre était excavé, je crus immédiatement, sans faire de grands efforts d'imagination, bien qu'il n'y eût pas de strabisme, pas de contractures, pas de convulsions, à une méningite. Les jours suivants, dans le lit alors, nous pûmes constater tout à notre aise les mêmes phénomènes. Ce qui dominait surtout, c'était l'assoupissement et l'irrégularité du pouls. Au bout de quinze jours enfin, cette malheureuse enfant succombait dans cet état d'anéantissement. Quels furent donc les résultats de l'autopsie ? Après avoir ouvert le crâne, nous ne rencontrâmes pas au niveau du chiasma des nerfs optiques cette sorte de plancher dur. Maintenant, à la partie inférieure de la base des hémisphères, au-dessous de la région occipitale, au niveau des veines de Galien, dans la pie-mère, existait une inflammation blanche, purulente en apparence, granuleuse en réalité. Enfin, à l'ouverture des hémisphères, on fut surpris de les trouver distendus par une grande quantité de liquide. La toile choroïdienne elle-même, d'un autre côté, était violacée, et sur les couches optiques existait une arborisation considérable. Cette petite fille, en résumé, est morte d'hydro-encéphalie aiguë, produite par une thrombose des veines de Galien.

Ceci dit sur cette observation de méningite vraiment curieuse, poursuivons l'étude de la méningite. Après la période d'excitation qui a été décrite dans la dernière leçon, c'est-à-dire au bout de cinq à six jours, on voit apparaître des phénomènes singuliers. D'abord surviennent des hémiplegies peu accentuées à la face, au bras et au membre inférieur, qui disparaissent quelquefois tout d'un coup. Ainsi, le strabisme, qui était convergent au début, peut devenir divergent. Ces mêmes parties qui étaient affaiblies deviennent, en dernier lieu, rigides. D'autres fois, cette contracture ne se manifeste qu'au moment où on fait exercer à l'enfant des mouvements. Enfin apparaissent des mouvements incoordonnés qui peuvent être localisés à la face ou se répandre sur d'autres parties du corps. Nous sommes donc, en résumé, dans une période de phénomènes dissociés. Mais ce n'est pas tout ; le visage prend de plus en plus une expression grimaçante, et l'intelligence, au

point de vue de son affaïssement, suit une marche semblable. Arrivé à cette période dite de rémission, la précédente portant le nom de période de transition, l'enfant qui présentait tous les symptômes de l'anéantissement, qui était mourant, qui pouvait à peine avaler et qui paraissait être aux dernières limites de sa maladie, reprend de la vitalité, se met à regarder les objets et demande à boire, voire même à se lever. Toutefois, au milieu de cette amélioration apparente, le pouls se ralentit de plus en plus et devient irrégulier et inégal, la peau reste fraîche, le corps maigrît et la paralysie persiste. Cette lueur de l'intelligence, en somme, n'est qu'une erreur des plus complètes au point de vue du pronostic. Et de fait, cet état de rémission ne dure pas longtemps. Au bout de quelques heures, l'enfant retombe dans l'anéantissement, son intelligence se voile de nouveau, la cage thoracique précipite ses mouvements; le pouls, alors à 60, monte à 140, et la température s'élève au point d'atteindre 40° et même 41°. Inutile d'ajouter qu'à partir de ce moment rien ne trompe plus pour la fin prochaine. Tel est le tableau de cette maladie si étrange qu'on appelle la méningite tuberculeuse.

Maintenant, au point de vue anatomo-pathologique, vous savez qu'on trouve, vers la base de l'encéphale, au niveau du chiasma des nerfs optiques, dans la toile choroïdienne, de la congestion; puis, sur le chiasma même, des dépôts plastiques et des granulations; et enfin, en beaucoup d'endroits, des éléments de bacillisation irrégulièrement répartis. Quand cette inflammation, de plus, comme dans notre autopsie, atteint un trajet veineux, il se fait une thrombose dont les conséquences sont en raison de l'importance du vaisseau lésé. D'après ces quelques considérations, il est aisé de comprendre, je suppose, pour quelle raison il n'y a pas de tableau possible de la méningite tuberculeuse.

En quinze ou dix-sept jours le drame est donc terminé fatalement, car les cas de guérison sont des cas de fausses méningites tuberculeuses. Quoi qu'il en soit, la méningite ne marche pas toujours de la même façon. Il y a d'abord une forme lente, qui peut durer trois semaines ou un mois, dans laquelle l'enfant passe des prodromes à la maladie confirmée sans qu'il y ait de doute sur le diagnostic. Il est, ensuite, une seconde forme qu'on peut appeler insidieuse, à périodicité intermittente. Je m'explique. Étant donné un enfant qui a parfois la fièvre et des envies de dormir, vous donnez du sulfate de quinine pensant à une fièvre intermittente. Eh bien! vous êtes dans l'erreur, car au bout de quelque temps apparaissent tous les signes de la méningite avec sa terminaison fatale. En troisième lieu, la méningite peut affecter les caractères de la fièvre typhoïde. Au début existent des douleurs de tête, une langue rouge, un ventre ballonné, un pouls à 120, une température élevée, puis, au dixième jour, le ventre s'excave et le pouls se ralentit. J'ai vu, une seule fois, chez une

grande fille de quatorze ans, l'association de ces deux maladies. Mais ce n'est pas tout; la méningite peut compléter le tableau de la tuberculose générale. Dans tous les cas, en outre, elle présente des particularités: tantôt elle a une marche plus rapide et tantôt un début insidieux. La méningite tuberculeuse des enfants de dix à quinze ans mérite, en outre, une mention particulière. Elle est plus aiguë, plus douloureuse et simule la fièvre typhoïde à forme ataxo-adyynamique. Il est, enfin, des cas où les symptômes les plus importants manquent complètement. Ainsi la céphalalgie peut faire défaut ou l'intelligence persister; d'autres fois celui-ci dort parfaitement, celui-là n'a pas de vertiges, cet autre n'a pas de vomissements et chez ce dernier on ne remarque pas de strabisme. Enfin, il est des cas encore plus embarrassants où, lorsque vous voulez établir votre diagnostic sur les bases ordinaires, cela devient extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible.

Comment donc faire le diagnostic avec les affections qui lui ressemblent? Prenons, en premier lieu, la fièvre typhoïde. Les prodromes sont les mêmes. Dans les deux cas l'enfant est pâle et mange peu. Toutefois la température du matin et du soir vous tirera d'embarras dès le cinq ou sixième jour, car ce n'est qu'au huitième qu'apparaissent les taches rosées lenticulaires. Comme vous le voyez, cette distinction demande, en somme, beaucoup de temps et beaucoup de soin.

Considérons la pneumonie. Cette inflammation s'accompagnant souvent de congestion cérébrale, vous avez, au début, des symptômes qui sont identiques avec ceux de la méningite. Plusieurs choses, cependant, vous frapperont. Ce sont: le début brusque, l'accélération du rythme respiratoire, la rapidité du pouls et l'élévation de la température, qui est à 39° ou à 40°. Mais, me direz-vous, que faites-vous de la percussion et de l'auscultation? Je n'en tiens aucun compte, attendu que dans les premiers jours elles ne révèlent rien.—*Praticien.*

De la laryngite aiguë chez les enfants, par le Dr FOXWELL, in *Birmingham Medical Review*.

L'auteur fait remarquer que la *laryngite aiguë* ne donne pas lieu à un chapitre spécial de pathologie et qu'un observateur sérieux y regarderait à deux fois avant d'inscrire ce diagnostic sur un certificat de décès. La laryngite, en effet, sous ses deux formes, catarrhale ou membraneuse, est symptomatique de diverses autres affections et ce n'est pas la nature de ces affections qui décide si la laryngite sera catarrhale ou membraneuse.

Il n'en est pas, dit-il, parmi ces maladies qui ne puissent produire une laryngite membraneuse, et la diphthérie, d'autre part, peut très bien ne donner lieu qu'à une laryngite catarrhale.

C'est à l'étude approfondie des micro-organismes qu'il faudra avoir recours pour trouver un moyen certain de différenciation entre les diverses inflammations aiguës du larynx.

Les causes plus fréquentes de ces inflammations sont :

1°. Le *catarrhe pyrexial* (fièvre catarrhale), ordinairement attribué à l'action du froid.

Dans cette affection qui atteint l'organisme entier, le trait le plus saillant est la laryngite.

2°. La *diphthérie* a une tendance spéciale à développer la forme membraneuse de la laryngite aiguë, mais toute laryngite aiguë survenant dans une diphthérie, n'est pas forcément membraneuse et toute diphthérie avec laryngite membraneuse n'est pas mortelle au même degré que celle qui revêt une forme catarrhale, cette dernière étant douée tout particulièrement de la faculté de se propager jusqu'aux extrémités bronchiques (Foxwell.)

3°. La *rougeole*, très fréquemment. West en rapporte 11 cas dont 9 eurent une issue fatale. Dans les 6 autopsies qui furent faites, on trouva cinq fois des fausses membranes dans le larynx.

4°. La *fièvre typhoïde*, dans les cas graves; la *scarlatine*, dans laquelle on sait que l'exsudat semi-membraneux gagne souvent le larynx; la *petite vérole* (Sir Thomas Watson.)

5°. Les *traumatismes*, les *brûlures*.

6°. La *tuberculose* et la *syphtilis*.

On remarque chez les enfants *trois variétés* de laryngite aiguë.

1°. Celle de la *diphthérie* dans laquelle la lésion n'est que peu marquée au gosier et où les symptômes laryngés commencent de bonne heure.

2°. La *laryngite catarrhale* éclatant au début d'une attaque de fièvre catarrhale ou d'une rougeole.

3°. La *laryngite membraneuse* éclatant de la même façon que la forme catarrhale.

Dans le cas où le traitement ordinaire ne réussit pas, il faut avoir recours à la *trachéotomie*. L'auteur affirme qu'il n'a jamais vu cette opération indiquée dans un cas de laryngite non membraneuse. Dans la diphthérie, cependant, il faut faire la trachéotomie aussitôt que le larynx est sérieusement obstrué. — *Recue des maladies de l'enfance.*

De l'étiologie des abcès multiples chez les nourrissons, par Th. ESCHERICH. — Les abcès multiples ne s'observent pas exclusivement chez les enfants débilités, atteints de scrofule, ou de tuberculose. On les rencontre également, quoique à un moindre degré, chez les enfants qui présentent toutes les apparences d'une très bonne santé. Ces abcès siègent de préférence sur les régions du corps peu riches en tissu graisseux (cuir chevelu).

Escherich distingue les abcès superficiels dont le point de départ se trouve dans les glandes sébacées, de ceux qui sont situés plus profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané et correspondent

aux glandes sudoripares. On admet généralement que ces abcès sont d'origine tuberculeuse ou scrofuleuse; or les recherches bactériologiques faites par l'auteur infirment absolument cette manière de voir. Ils n'ont pas davantage à voir avec la syphilis.

L'auteur n'a jamais rencontré de bacille tuberculeux dans le pus de ces abcès. Par contre, sur neuf cas qu'il a eu l'occasion d'examiner, il a trouvé cinq fois le staphylococcus albus seul et quatre fois associé au staphylococcus aureus. On trouve ces organismes pyogéniques d'une façon constante, chez tous les nourrissons, qu'ils soient en bonne santé ou malades, dans les couches les plus superficielles de l'épiderme et dans les langes. Il a démontré histologiquement que l'infection s'opère par la pénétration de ces micro-organismes dans les canaux excrétoires des glandes sébacées et sudoripares. Cette infection se produit facilement sur les régions où l'épiderme se trouve ramolli soit par les lavages répétés, soit par les transpirations journalières. D'où le siège de prédilection de ces abcès, sur les cuisses, les fesses, la partie postérieure du crâne.

Le traitement prophylactique consiste à changer et à désinfecter minutieusement les langes des nourrissons. Lorsque les abcès sont formés, il importe de les ouvrir et de les laver une à deux fois par jour avec une solution de sublimé. Dans tous les cas observés par l'auteur, la guérison était obtenue au bout de huit à quinze jours.—*Revue des maladies de l'enfance.*

Du catarrhe aigu des fosses nasales chez les nouveau-nés, par J. FARAGO. — Le catarrhe aigu des fosses nasales débute brusquement, chez les nouveau-nés, par une augmentation notable de la température. Celle-ci se maintient pendant 2 à 3 jours entre 39° et 40° C. En même temps survient de la dyspnée; la respiration devient fréquente et superficielle; elle peut atteindre jusqu'à 60 inspirations par minute. La muqueuse du nez est considérablement injectée et tuméfiée, surtout au niveau du cornet moyen. C'est vers le 3^e ou 4^e jour que commence la sécrétion des mucosités; à ce moment la température s'abaisse fréquemment avec des caractères critiques et la respiration devient plus facile. Le catarrhe aigu se distinguerait du coryza syphilitique par l'état de la température; dans le catarrhe spécifique on n'observerait jamais de phénomènes fébriles.

Suivant l'auteur, la tuméfaction parfois grave de la muqueuse nasale et la dyspnée consécutive, sont combattues avec succès par des badigeonnages avec une solution à 2 p. 0/10 de chlorhydrate de cocaïne. Pour éliminer les amas de mucosités des fosses nasales, l'auteur recommande l'emploi d'injections nasales pratiquées minutieusement avec une solution de 1/2 à 1 p. 0/10 de sel de cuisine. Les injections de substances astringentes plus actives, telles que nitrate d'argent, acide tannique, pourraient amener facilement une inflammation intense de l'oreille moyenne.

Des mesures prophylactiques dans les maladies contagieuses de l'enfance, par F. DORNBLUH.—L'auteur préconise les mesures prophylactiques suivantes dans la scarlatine, la rougeole, la coqueluche et la diphthérie qui sont les quatre maladies les plus redoutables pour l'enfance.

La scarlatine se propage uniquement par contagion, et l'agent infectieux qui est très tenace, se développe exclusivement dans l'organisme malade. C'est de 2 à 5 ans que les enfants sont particulièrement prédisposés à contracter la maladie. L'air sec affaiblit la virulence de l'agent infectieux, la vapeur d'eau anéantit sa vitalité. Pettenkoffer conseille de laver les chambres des malades et leurs vêtements avec un mélange de 10 litres d'eau bouillante, 15 gr. de savon vert et 2 à 5 pour mille de sublimé. Pour que l'agent infectieux ne puisse pas se disséminer au dehors, est indispensable que pendant 6 semaines, personne, hormis le médecin et la garde, n'ait de rapports avec le malade. Après chaque visite, le médecin doit se soumettre à une désinfection suffisante. Dès qu'il existe dans une localité une épidémie de scarlatine, les autorités scolaires doivent en être averties et ces dernières devront fermer l'école pour peu que l'épidémie soit intense. Le lait étant le véhicule le plus dangereux de l'agent contagieux, il ne devra être donné aux enfants que bouilli. La scarlatine exige des mesures prophylactiques générales, qui sont variables suivant les lieux, les épidémies, etc.

La rougeole résulte toujours de la contagion, l'agent infectieux est très volatil et se développe déjà au début de la maladie, alors que la toux et le catarrhe oculo-nasal sont les seuls symptômes morbides. Cet agent disparaît dès que la fièvre a cessé. C'est encore vers l'âge de 2 à 5 ans que les enfants sont surtout sujets à cette maladie.

La coqueluche est encore une maladie exclusivement contagieuse; l'agent infectieux siège dans les crachats et se propage par l'air. Il importe donc d'isoler sévèrement les enfants atteints de coqueluche.

La diphthérie se développe de préférence chez les personnes dont les muqueuses sont altérées par suite d'un catarrhe du larynx, ou de la scarlatine, coqueluche, variole, etc. Elle est le résultat d'un agent spécifique qui prolifère sur ces muqueuses altérées, s'y développe et se propage au loin par l'intermédiaire de l'air. L'apparition de la diphthérie est favorisée par l'accumulation d'individus dans des espaces humides, mal aérés. Les malades doivent être sévèrement isolés dans leur famille; on cherchera à détruire l'agent infectieux au moyen de l'eau phéniquée, des vapeurs de chlore, de brome, etc.—*Revue des maladies de l'enfance.*

SYPHILIGRAPHIE.

De la syphilis vaccinale. — Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital St. Louis. — A quels phénomènes va donner lieu l'inoculation du vaccin, d'une part, et de la syphilis, d'autre part ? Deux ordres de cas peuvent se présenter : tantôt la syphilis seule se produira, tantôt la syphilis et la vaccine surviendront. Allons du simple au composé et prenons les cas où la syphilis se produit seule. Qu'arrive-t-il alors ? Tout d'abord le vaccin fait défaut. Rien d'étonnant à cela ; nous savons que les vaccinations ne réussissent pas toujours. Ensuite tout devient identique à ces cas où l'on a inoculé la syphilis à un sujet sain. Voici, au surplus, ce qui a lieu : une incubation, puis une apparition *in situ* d'une lésion qui sera le chancre type par excellence, en troisième lieu un engorgement ganglionnaire, et enfin l'explosion des accidents secondaires.

Voilà un premier point réglé. Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples. Supposons, maintenant, que de cette inoculation résulte la vaccine et la syphilis. *A priori*, pouvons-nous avoir une idée de ce qui va se produire ? Oui, parce que rien n'est plus assujéti à des lois que les maladies virulentes. Au point de vue de la vaccine, ce que nous savons est ceci : elle évolue au quatrième jour. Et la syphilis, quand entre-t-elle en scène ? Le vingt-cinquième jour en moyenne. Mais ce n'est pas tout ; le temps d'évolution de la vaccine étant de trois semaines, la syphilis apparaît alors que la vaccine est terminée ou bien près de l'être. Si la vaccine, par exemple, finit vers le vingt-deuxième jour, alors que la syphilis commence le vingt-huitième, il y aura une période dans laquelle aucun phénomène ne se manifestera ; si, au contraire, la vaccine, un peu tardive, finit vers le vingt-cinquième jour, tandis que la syphilis, un peu hâtive, commence vers le dix-huitième, il y aura un intervalle pendant lequel les deux maladies seront en conjonction. Voilà ce que nous apprend la théorie ! En est-il de même dans la pratique ? Oui. Considérons le cas où le chancre n'apparaît que quand la vaccine est terminée. Dans ce cas, le chancre se manifeste sur la cicatrice vaccinale, alors que la croûte est tombée, après une évolution normale de la part de la vaccine. Et maintenant, que se produit-il quand la vaccine s'est prolongée ou que la syphilis a été plus hâtive ? Le vaccin commence par prendre comme d'habitude, puis, au moment où tout devrait être fini, on voit, sous la croûte vaccinale, survenir des phénomènes inflammatoires qui indiquent qu'il y a là quelque chose d'anormal. En bon nombre de cas, cette évolution morbide

est trompeuse pendant un certain nombre de jours, voire jusqu'à la production du bubon, et quelquefois même des manifestations secondaires.

Un point spécial doit nous arrêter. Il importe beaucoup, au point de vue de la science, des applications médico-légales et de la thérapeutique, de déterminer que le premier accident est un chancre. Et en effet, s'il est de toute nécessité de rattacher à la vaccine les méfaits qu'elle peut produire, il faut aussi la dégager de ceux dont elle n'est pas coupable. Un exemple me fera mieux comprendre. Voici un enfant, né de parents syphilitiques ; vous le vaccinez, que va-t-il se produire ? D'abord les manifestations de la vaccine et ensuite celles de la syphilis. Or, dans l'entourage, sur qui fera-t-on retomber la faute ? Sur la vaccine, et cela d'autant plus que le père syphilitique ne demandera pas mieux qui de saisir la première occasion pour se décharger de ce qui est son fait à lui. Y a-t-il donc un élément certain de diagnostic entre la véritable syphilis vaccinale et la fausse, celle qui résulte de l'hérédité ? Oui. Quel est-il ? Le chancre. Sous quelle forme se présente cette lésion ? C'est d'abord une papule sèche, qui acquiert peu à peu les dimensions d'une pièce de 50 centimes, voire d'un franc ; puis un bouton excoriatif recouvert d'une croûte, brunâtre en général, qui n'est qu'un masque, attendu qu'au-dessous existe une lésion arrondie, nettement arrêtée, à base dure, sèche, élastique et chondroïde, à fond lisse, verni et grisâtre en général, et à bords arrondis.

La syphilis vaccinale a mauvais renom. Cette triste réputation, au reste, est bien méritée par les récits vraiment navrants qui nous sont venus d'Italie et du Morbihan. Un fait vous frappera ; c'est la mortalité considérable qu'elle amène. Ainsi, dans une épidémie, il y eut 5 morts en quelques mois ; dans une autre, 7 morts en quatre mois ; dans une troisième, 10 morts, dont 8 enfants et 2 femmes ; dans une dernière, 19 morts. A ne prendre qu'une petite ville de province où un enfant syphilitique servit de vaccinifère pour cinq personnes, voici ce qui arriva : la première, trois ans après, est prise d'accidents rénaux d'origine syphilitique qui amènent la mort ; la seconde est emportée aussi par la syphilis. Quant aux trois autres de la même famille : la grand'mère meurt de la syphilis, la mère succombe, quelques années plus tard, à une gomme cérébrale, et l'enfant seul est sauvé, grâce à un traitement énergique.

Eh bien ! quoique ces faits et tant d'autres ne laissent pas que de surprendre au premier abord, on ne tarde pas cependant à reconnaître que cette gravité ne tient qu'à des circonstances de milieu, telles que le jeune âge des sujets affectés, des erreurs de diagnostic, une mauvaise hygiène, une alimentation insuffisante, l'ignorance, l'inintelligence et l'incurie. Examinez, par exemple, cette syphilis chez un adolescent ou chez un enfant de la bour-

geoisie; vous retrouverez tous les caractères de la syphilis ordinaire bien soignée. Voyez, ensuite, ce qui s'est produit dans ces grandes épidémies dont je vous parlais tout à l'heure: avant l'arrivée de tout secours, la mortalité est épouvantable; puis, dès que les autorités fournissent de l'argent et les médecins le traitement, le mal est enrayé comme par enchantement.

Une des questions les plus importantes est de savoir si, parmi les vaccinifères syphilitiques, il y en a qui sont plus dangereux les uns que les autres. Et d'abord, y a-t-il des conditions de santé? Non. Ainsi, en plusieurs cas, le vaccin a été fourni par un enfant chétif, et d'autres fois par un enfant resplendissant. De même pour l'âge et pour le sexe. Mais, arrivons au point capital: est-il nécessaire pour que la contagion se fasse que le vaccinifère soit en état de syphilis active? Non, car de par l'expérience, le vaccinifère n'a besoin que d'être en état de syphilis latente. Précisons. Avec du vaccin d'un enfant qui paraît sain peut-on donner la vérole à un autre enfant? Oui, s'il est né de parents syphilitiques. Les preuves, à cet égard, surabondent. Pour être bref, je ne citerai que trois faits. Dans le cas de ce vétérinaire allemand qui, au moment d'une épidémie de variole, se crut autorisé à vacciner ses amis, comme cela a été précisé dans le cours du procès, l'état de l'enfant était on ne peut plus satisfaisant. Et dans l'épidémie de Rivalta, qu'était-ce que le vaccinifère? Encore un bel enfant. Quant au troisième cas, vu par Hutchinson, c'était aussi un superbe enfant. Voilà un premier fait acquis! Ajoutons-en encore un autre, moins connu, mais plus insidieux. Je l'énonce: "Il suffit pour que la contagion vaccino-syphilitique s'opère que le sujet soit en incubation de syphilis."—*Praticien.*

Masque de la grossesse.—*Monin.*

P.—Oxyde de zinc pulvérisé.....	4 grains
Précipité blanc.....	$\frac{3}{4}$ grain
Beurre de cacao.....	150 grains
Huile de ricin.....	150 "
Essence de roses.....	10 gouttes

M.—Onctions matin et soir sur le visage.—*Union médicale.*

Prurit anal.—*E. Besnier.*

P.—Cocaïne.....	6 grains
Vaseline.....	1 once

M.—Dans le cas de prurit anal déterminé par l'eczéma, on prescrit de fréquentes lotions d'eau tiède. Quand l'inflammation a diminué, on introduit dans le rectum, pendant la nuit, des mèches enduites de la pommade ci-dessus.—*Union médicale.*

FORMULAIRE.

Asthme cardiaque.

P.—Teinture de belladone	24 minimes.
Teinture de veratrum.....	20 “
Sulfate de morphine.....	1 grain
Sirop simple	2 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé après chaque repas.—*Medical Age.*

Rhumatisme articulaire aigu.—*New York City Hospital.*

P.—Acide salicylique.....	1 scrupule
Pyrôphosphate de fer.....	5 grains
Phosphate de soude.....	1 grain
Eau.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—Dose : Une drachme toutes les deux heures.—*American Practitioner and News.*

Dysménorrhée —*De Sinety.*

P.—Teinture d'opium.....	10 gouttes
Camphre pulvérisé.....	4 grains
Jaune d'œuf.....	No 1
Eau.....	8 onces

M.—Faites un lavement émulsionné qu'on prescrit pour calmer les crises douloureuses des femmes atteintes de dysménorrhée.—*Union médicale.*

Leucorrhée fétide.—*Chéron.*

P.—Chlorate de potasse.....	180 grains
Laudanum.....	2 $\frac{1}{2}$ drachmes.
Eau de goudron.....	8 onces

—Deux ou trois cuillerées à soupe pour chaque litre d'eau chaude, à employer en injections, matin et soir. La durée de chaque injection sera chaque fois de cinq à six minutes.—*Union médicale.*

Prurit.—*Vidal.*

P.—Hydrate de chloral.....	90 à 180 grains
Eau de laurier-cerise.....	2 onces
Eau distillée	6 “

M.—Cette solution s'emploie en lotions, contre les démangeaisons du prurigo.—*Union médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUIN 1887.

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

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **83.00 par année** pour les médecins, et de **82.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

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

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

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal. Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

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

Le Bureau provincial de Médecine.

L'assemblée semi annuelle du Bureau des Gouverneurs a eu lieu à Montréal, le 11 mai dernier. Nous aurions désiré en présenter à nos lecteurs le compte-rendu *officiel*, mais M. le Secrétaire pour Montréal, à qui nous avons demandé ce compte-rendu, ne nous l'a pas encore transmis. Il nous faut, en conséquence, nous contenter des notes de notre reporter.

L'assistance était nombreuse. M. le Dr Hingston, président, occupait le fauteuil. Plusieurs gouverneurs s'attendaient sans doute à ce qu'on leur communiquât le nouveau *bill* médical, nous voulons dire l'*Acte médical* tel qu'amendé par ordre du Bureau et du Collège, mais leur attente a été trompée. La raison en est toute simple. Les amendements projetés

avaient d'abord été, l'an dernier, confiés à l'hon. L. R. Church, C. R., pour qu'il leur donnât une forme légale acceptable. Quelque temps après, l'hon. M. Church était nommé juge, alors qu'il avait à peine commencé à élaborer un projet de loi. De là, retard considérable. Il fallut s'assurer les services d'un autre jurisconsulte, M. Pagnuelo, lequel dût commencer par étudier la question à fond. Le temps marchait toujours. Bref, quand la législature provinciale fut convoquée, il n'y avait de préparé qu'un *bill* qui ne satisfaisait pas entièrement le Bureau. Sur ces entrefaites surgirent en même temps la question du programme des examens préliminaires soulevée par Sir Wm. Dawson, et le *bill* de l'hon. M. Lynch. Il fallait combattre ce dernier *bill* qui menaçait directement les droits et privilèges du Bureau sur un point qui, on le sait, faisait l'objet même d'un amendement très important de l'Acte médical. Nouveau retard par conséquent, et celui-ci a été cause que l'Acte a dû être remis à la prochaine session.

Il y a eu là, on le voit, un concours de circonstances malheureuses dont nos Gouverneurs ne peuvent pas être tenus tout à fait responsables. Mieux encore vaut prendre un peu plus de temps pour préparer un *bill* qui renferme toutes les modifications suggérées par l'assemblée triennale et par le sous-comité des amendements, un *bill* qui protège entièrement les droits et privilèges du Collège et tende à relever le niveau des études médicales, mieux vaut cela, disons-nous, qu'une loi boiteuse et mal bâtie, élaboré à la hâte et pouvant donner lieu à de fausses interprétations. D'ici à la session prochaine il y a tout le temps nécessaire à la préparation des amendements projetés. Bien plus, le *bill* une fois préparé devra, conformément à une résolution adoptée à cet effet, être distribué à tous les Gouverneurs avant que d'être soumis à la législature. Nous espérons en outre que une fois qu'il aura été adopté, distribution en sera faite à toute la profession de la province. Les deniers du Bureau ne sauraient être mieux employés.

M. le Dr. Ladouceur ayant proposé qu'une adresse de félicitations soit présentée à Sa Majesté la Reine Victoria à l'occasion de son jubilé, la motion fut adoptée unanimement.

Le Bureau a accordé la licence du Collège à bon nombre de gradués des Universités Laval, McGill, Bishop et Victoria, et reçu le rapport des assesseurs à ces Universités, de même que celui des examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine. Nous publions plus loin les noms des nouveaux étudiants, au nombre de trente deux.

Le seul incident de la réunion est survenu au sujet du "Bill L'Écuyer." Ce *bill*, présenté à la dernière session par M. Lafontaine, avait pour but d'autoriser le Bureau provincial de Médecine (sic) à admettre Théodule L'Écuyer au nombre de ses membres, et se lisait comme suit (1) :

(1) Les italiques sont de nous (Edit).

“Attendu que Théodule L'Écuyer, de Montréal, a étudié la médecine depuis le premier Septembre mil-huit-cent-quatre-vingt-quatre, et qu'il a suivi les cours de médecine dans une Université incorporée de Montréal, mais que *par erreur* il n'a pris son certificat d'admission à l'étude de la médecine et de la chirurgie que le douze mai mille huit cent-quatre-vingt-six ; attendu que cette information l'expose à perdre le bénéfice de deux années d'études médicales et que le *Bureau Provincial de médecine approuve la demande du requérant* : A ces causes, Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit :

“1. Le Bureau Provincial de médecine, aussitôt que le dit Théodule L'Écuyer aura complété le cours de quatre années d'études médicales à compter du dit premier Septembre mil huit cent quatre-vingt-quatre, pourra accorder au dit Théodule L'Écuyer une licence pour la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, pourvu qu'il ait subi les examens prescrits et se soit conformé aux autres conditions prescrites.”

Disons tout de suite que le Bureau n'avait été *aucunement* consulté au sujet de ce bill. M. le L'Écuyer s'était tout simplement adressé au président du Bureau, M. le Dr Hingston et celui-ci avait cru pouvoir lui répondre—par lettre, laquelle lettre avait été soumise à la Chambre—qu'il ne croyait pas que le bureau put s'opposer à sa demande. Sur cette approbation de M. le Président, parlant et agissant *ex-officio*, le *bill* l'Écuyer fut adopté par la Chambre d'Assemblée avant même que le Bureau eut eu le temps de s'opposer à son adoption. Il y avait encore le Conseil Législatif. Là le *bill* l'Écuyer fut momentanément arrêté en attendant que le Bureau provincial de Médecine—enfin averti de ce qui se passait, se prononçât sur la question. Or c'est ce qu'ont fait les Gouverneurs en adoptant une résolution à l'effet de recommander au Conseil Législatif de ne *pas* adopter le *bill* l'Écuyer. Le Bureau a considéré que ce bill portait directement atteinte à ses privilèges et constituait un précédent qu'il importait de ne pas établir. A quoi servira désormais l'examen préliminaire si le premier venu peut s'en faire exempter par acte du Parlement. D'autres jeunes médecins se sont déjà trouvés dans des circonstances exactement semblables à celles dans lesquelles se trouvait M. l'Écuyer, et cependant ils ont attendu patiemment que le temps prescrit par la loi fut écoulé avant de demander la licence du Collège.

On a annoncé au Bureau la résignation, pour cause de santé, de M. le Dr Geo. Ross représentant la Faculté de médecine McGill, et son remplacement par M. le Dr Craik.

M. le Dr. Church ayant été nommé juge, est remplacé, comme gouverneur, par le Dr Christie, de Lachute.

Le bill de l'Hon. M. Lynch.

Ainsi que nos lecteurs le savent déjà, sans doute, le bill de l'honorable M. Lynch pourvoyant à la nomination d'un seul et unique bureau d'examineurs pour l'admission à l'étude du droit, du notariat et de la médecine, a été rejeté par le comité de la Chambre. Le Collège des Médecins et Chirurgiens, le Barreau et la Chambre des Notaires y ont apporté les objections que l'on sait, et qui étaient à peu près les mêmes pour ces trois corps dont les droits étaient si évidemment violés par les dispositions du *bill*.

On nous informe que ce *bill* sera de nouveau présenté, sous une forme ou sous une autre, à la prochaine session du parlement. Il est à espérer que le Bureau des Gouverneurs aura tout le loisir, d'ici là, de préparer les amendements projetés depuis si longtemps et grâce auxquels le Collège pourra, tout à son aise, contrôler non seulement les conditions d'admission à l'étude de la médecine, mais aussi celles d'admission à la pratique, et assurer la formation d'un bureau central d'examineurs. On voudra bien se rappeler que la création de ce bureau central a été jugé opportune et nécessaire, non seulement par le comité des amendements et par le Bureau des Gouverneurs, mais aussi par le Collège tout entier, en juillet dernier. Nous savons que certains de nos confrères n'y tiennent pas beaucoup, de même qu'ils ne tiennent guère à voir les examens pour l'admission à l'étude se faire suivant le mode actuellement en vigueur et surtout à voir la philosophie devenir matière obligatoire, mais nous sommes convaincus que les mesures proposées sont pour le plus grand bien de la profession et auront pour effet de relever le niveau des études médicales en cette province. C'est pourquoi nous les appuyons de toute la force de nos convictions.

Charlatania.

Nous sommes informé que le Collège des Médecins et Chirurgiens vient d'obtenir jugement contre le sieur Jean Grenier, charlatan exerçant à Ste Julie de Somerset, comté de Mégantic, et qu'une action intentée, en mars dernier, contre notre ami Destrempes, de St-Cuthbert, a été réglée à l'amiable, le défendeur payant l'amende et les frais encourus.

Il serait, certes, fort désirable que la gent charlatane n'eût qu'une seule tête afin que nous pussions l'abattre d'un seul coup. Mais l'expérience de tous les jours nous dit que cet ennemi de notre repos se nomme légion. Aussi le voyons-nous lever la tête

à plus d'un endroit à la fois. Il y a quelques semaines, Racicot allait opérer à St-Hugues, comté de Bagot, et y faisait des merveilles comme lui seul peut en faire. Ces jours derniers c'était l'herboriste (!) Dudevoir qui se payait le luxe d'herboriser à Ste-Rose, comté de Laval, y faisant une abondante moisson de simples (!), de dupes et d'écus. A Montréal même, Mme Desmarais-Lacroix (les dames les premières s. v. p.) George Tucker, Brault, continuent à exercer au grand jour, malgré plusieurs amendes passées et la perspective de poursuites futures.

Il est donc facile de voir que les jugements obtenus par le Collège contre Messieurs (et Mesdames) les Charlatans n'ont pas toujours la portée pratique qu'on en pourrait attendre. Avouons aussi que les amendes sont légères et que, à défaut de la contrainte par corps (seul moyen pratique de mettre fin aux faits et gestes des charlatans) on pourrait peut-être doubler, tripler et quadrupler le chiffre de l'amende dans les cas de première, deuxième ou troisième récidive. A coup sûr, ce ne serait pas de trop.

Quoiqu'il en soit, nous engageons fortement tous les médecins qui ont à se plaindre des charlatans, rebouteurs, etc., à faire tout en leur pouvoir pour réunir le plus de preuves possibles contre ces Esculapes de contrebande, et loger une plainte motivée devant le Bureau des Gouverneurs représenté par son agent. Ce n'est pas en nous croisant les bras et en laissant faire que nous arriverons à grand'chose. L'été est la saison choisie d'habitude par les herboristes et les guérisseurs pour opérer leur tournée dans les campagnes et y faire récolte. Que nos lecteurs se tiennent sur leurs gardes et veillent à ce que les intérêts professionnels soient sauvegardés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SANNÉ (A). *A Treatise on Diphtheria, historically and practically considered including Croup, Tracheotomy and Intubation*—by A. Sanné, Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société Anatomique &c., &c. Translated, annotated and the Surgical Anatomy added; illustrated with a full-page colored lithograph and many wood engravings by Henry L. Gill, A. M., M. D., LL. D.—St. Louis, Mo. J. H. Chambers & Co. 1887. Fort volume in-octavo royal de 656 pages. C'est l'ouvrage le plus complet qui ait été publié sur la question.

L'auteur et le traducteur ont su mettre à profit toute la bibliographie de l'ancien et du nouveau monde, pour compléter leur vaste expérience personnelle et faire de cet ouvrage un traité complet et actuel de la diphthérie à tous ses points de vue. •

HEWSON.—*Earth as a topical application in Surgery*—being a full exposition of its use in all the cases requiring topical applications admitted in the men's and women's surgical wards of the Pennsylvania Hospital during a period of six months, in 1869, by Addinell Hewson, M. D., Second edition—with four photo-relief illustrations—Philadelphia—The Medical Register Co., 1519 Walnut Street, 1887.

JAMES Dr. Frank L.—*Elementary microscopical Technology*.—In three parts—Part I.—The technical history of a slide.—St Louis Mo., 1887.

JENNINGS, Dr. O.—*Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie*—1 vol. in 8°, Paris, J. B. Baillièrè et fils 1887.

LEE, Dr. Benjamin.—*The uses of massage in medical practice*—1 vol. Philadelphie 1887.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On demande un médecin à St. Cyprien, comté de Napierville.

Le professeur OLSHAUSEN, de Halle, vient d'être nommé à la chaire d'accouchements et de gynécologie de Berlin, chaire laissée vacante par la mort du professeur SCHROEDER.

M. le Dr G. BRINTON s'est, depuis le 1er mai, démis de ses fonctions de rédacteur en chef du *Medical and Surgical Reporter*. Celui-ci est actuellement rédigé par les Drs. N. A. RANDOLPH et C. W. DULLES.

Les études de médecine en Allemagne et en France.—Nous lisons dans le *Progrès médical* : “ L'exercice de la médecine est tellement encombré de titulaires en Allemagne, que l'Union générale des médecins a envoyé une circulaire à tous les directeurs de gymnase (collèges, lycées), les invitant à détourner leurs élèves d'une carrière où les chances de prospérité sont maintenant si restreintes. Une semblable circulaire aurait peut-être quelque utilité en France.”

Et en Canada, donc !

Nécrologie.—A Paris, M. Léon GOSSELIN, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, président de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'Honneur ; M. Gosselin était âgé de 72 ans.

C'est une des grandes figures de la chirurgie française qui vient de disparaître.—M. Félix Alfred VULPIAN, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, mort après huit jours de maladie, emporté par une pneumonie infectieuse. Les nombreux et importants ouvrages de M. Vulpian en physiologie, en pathologie et en clinique sont connus de tous nos lecteurs.—A Vienne, M. le professeur ARLT, ophthalmologiste distingué.—A Londres, le docteur Arthur FARRE, chirurgien accoucheur de S. A. R. la princesse de Galles ; M. le DR. Alfred MEADOWS, président de la *Société de gynécologie* de Londres.

Nouveaux étudiants.—Lors des derniers examens pour l'admission à l'étude de la médecine, ont été admis à commencer leurs études médicales dans la province de Québec : MM. A. Arsenault, N. L. Auger, A. Bissonnette, Louis T. Caron, Téléphore Caron, A. Catellier, L. Côté, Ths. Dion, J. B. Dufresne, N. A. Dussault, W. A. Farwell, J. E. Fontaine, G. E. R. Fortier, Ls. Gagnier, John Guérin, G. Laberge, J. R. Lacerte, O. Lachapelle, O. B. Lafontaine, U. Lalonde, G. H. Parke, S. Pelletier, E. Poitras, T. B. Reed, James Richardson, C. E. Rioux, E. E. Robertson, J. G. Roy, T. P. Roy, L. A. Sasseville, T. St. Jean et J. T. Toutant.

L'Institut Pasteur.—Le conseil d'Etat vient de rendre un arrêté approuvant le projet de décret qui lui avait été présenté par M. Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie, et aux termes duquel l'*Institut Pasteur* est reconnu comme établissement d'utilité publique.

M. Pasteur est, aux termes de cette même décision, nommé "directeur à vie" de l'établissement fondé sous son nom.

Enfin, le décret institue un conseil d'administration composé de onze membres, en outre de M. Pasteur, lesquels sont :

MM. le vice-amiral Jurien de la Gravière, président de l'Académie des sciences ; Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine ; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine ; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; Walton, professeur à la Faculté des sciences ; le vicomte Henri Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts ; Jules Simon, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques ; Magnin, sénateur, gouverneur de la Banque de France ; Christophle, gouverneur du Crédit Foncier, et le baron Alphonse de Rothschild.

Le conseil d'administration est renouvelable tous les trois ans, mais les onze membres que nous venons de nommer sont rééligibles.

Université Laval, Montréal.—*Faculté de médecine.* — Les examens pour la licence et le doctorat ont eu lieu dans les premiers jours de juin. Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

PREMIER EXAMIN.—*Physiologie.*—Digestion, actions chimiques.

Pathologie générale.—Caractères de la fièvre.

Chimie.—Fermentation acétique ; fermentation putride.

Anatomie.—Muscles de l'avant-bras et de la main.

Hygiène.—Divers modes de désinfection.

Histologie.—Tissu épithélial.

DEUXIÈME EXAMEN. — *Pathologie interne.* — Pneumonie, signes physiques.

Pathologie externe.—Physiologie pathologique du cal des fractures ; périodes, que se passe-t-il dans ce cal à chacune de ces périodes ? Causes générales et locales du manque de consolidation véritable.

Matière médicale et thérapeutique.—Chloral.

Ophthalmologie.—Iritis, variétés, symptômes et diagnostic différentiel.

Tocologie.—Symptômes et traitement du placenta prævia.

Toxicologie.—Empoisonnement par le tartre émétique.

VARIETES.

Petit Dictionnaire du médecin.

ALLAITEMENT.—L'allaitement maternel est le plus salutaire, soit pour l'enfant, soit pour la mère elle-même.—**ANDRAL.** — La femme doit allaiter l'âme aussi bien que le corps de son enfant.—**Dr. J. PERRIN.**

ALIMENT.—C'est avoir soin de sa santé que de ne pas manger à satiété. Si l'homme mange peu et boit peu, il n'est sujet à aucune maladie.—**HIPPOCRATE.**

ANATOMIE.—Si je pouvais avoir quelques doutes sur l'influence morale de l'anatomie, il m'eût suffi de me rappeler que les meilleurs hommes que j'aie connus étaient de grands médecins.—**MICHELET.**

ACCOUCHEMENT.—Faire des enfants, ce n'est que de la peine ; faire des hommes, voilà le grand accouchement.—**J. de MAISTRE.**

APOTHICAIRES.—Animal bene faciens et lucrans mirabiliter.—**GUI PATIN.**

AGRÈMENT.—Un clystère s'appelait quelquefois un agrément, parce que les femmes prenaient des lavements pour s'éclaircir le teint et le rendre plus agréable.—**MÉNAGE.**

ANTI-APHRODISIAQUE.—Le travail est le plus puissant de tous les anti-aphrodisiaques.

AGE.—L'esprit à sa puberté, comme le corps.—**LAMARTINE.**