

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—*Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire*, par O. F. MERCIER.. 337
Petites notes médicales, par A. O. BISSONNETTE, M.D..... 345

REVUE DES JOURNAUX.—**MÉDECINE.**—*De la psychose nicotinique* (KJELLBERG)..... 347
Des néphrites partielles (COFFER et GASTOU) 348
Traitement des amblyopies toxiques..... 349
Amygdalite (DESCOINGS)..... 350
Sur un cas de splénomégalie primitive (DEBOVE) 351

CHIRURGIE.—*Du genu valgum et de son traitement* (RECLUS)..... 352
De la résection du sommet du poumon (TUFFIER)..... 355
Traitement de l'orchite par la réfrigération (DE LA VALLE) ; *De la tarsectomie postérieure* (OLLIER)..... 360
Déterminations cutanées de la blennorrhagie (PERRIN)..... 361

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.—*Du curettage de l'utérus* (QUEIREL) 363
Du curettage après l'accouchement et l'avortement (LONG).. . . . 364
Considérations sur le diagnostic des grossesses gémeillaires (NISESCU)..... 366
Traitement antiseptique de la vaginite ; Les myosites et les cellulites de la cavité pelvienne (WIDERSTRØEM)..... 367

PÆDIATRIE.—*Traitement de la pleurésie de l'enfance* (SIMON)..... 369
Les bains tièdes dans l'entérocolite aiguë des jeunes enfants (REED) ; *Pseudo-alopécie et eschares occipitales chez les jeunes enfants* (VARIOT)..... 370
Albuminurie chez les jeunes enfants (SÉJOURNET)..... 371

(Voir la suite, page 5).

J. H. CHAPMAN

2294 RUE ST-CATHERINE 2294

Au coin de McGill College Avenue,

Bell Telephone, 4396.

MONTREAL.

Conditions : Comptant.

Instruments et Appareils de Chirurgie de toutes espèces,

Des meilleurs modèles et de qualités supérieure à prix modérés
 au comptant.

Pansements Antiseptiques ; Thermo et Galvano Cautères, Forceps Du-
 bois, Tarnier, Pajot brisé et autres ; Instruments de O'Dwyer pour
 intubation du larynx ; Chaise d'opération de Harvard, Pincés à dents
 artificielles, Batteries Gaiffe, (les véritables), &c., &c.

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

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

J. H. CHAPMAN.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

EN GROS ET EN DETAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez

MONTREAL.

La maison J. LEDUC & CIE., qui vient de transporter son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est maintenant en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants et médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs seches. — Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste exécutées sous le plus bref délai.

Dr J. LEDUC & Cie

2052 & 2054, RUE NOTRE-DAME

CARRÉ CHABOILLEZ, MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.— <i>De l'emploi thérapeutique du camphre en injections sous-cutanées</i> (ALEXANDER).....	372
<i>Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose</i> (PETRESCO)	373
<i>Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'inhalation d'acide osmique</i> (VALENZUELA); <i>Ipecacuanha pendant le travail, pour activer les contractions</i> (DRAPER).....	374
<i>Traitement de la phtisie par les inhalations de chloroforme</i> (MARFORI); <i>Traitement de la colite glaireuse par les lavements de chlorate de potasse</i> (BOUVERET); <i>Action physiologique et thérapeutique de la caféine</i> (PARISOT).....	375
<i>La naphthaline comme tœnifuge et vermifuge</i> (MIROVITCH).....	376
<i>L'euphorine comme analgésique</i> (SANSONI).....	377
<i>Le thym contre la coqueluche</i> (NŒVIUS).— FORMULAIRE.— <i>Eczéma infantile; Dyspepsie flatulente; Calvitie; Rhumatisme aigu; Eczéma; Oxyures; Métorrhagie; Prurit; Asthme</i>	378
BULLETIN.—Bureau provincial de médecine.....	380
Le système décimal.....	383
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.—CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES	384
NAISSANCE.....	387
VARIÉTÉS.....	388

BONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00, dont \$800.00 au moins comptant. S'adres er à G. A. Lacerte, M.D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

ASSORTIMENT COMPLET — DE —

REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minerales,
Vichy, Contrexevile, etc.

L'EAU SULPHUREUSE "BONNE"

connue pour son efficacité dans les affections Catarrhales, Herpétiques, Rhumatismales et Strumcuses de la gorge, du Luarynx et des Bronches; aussi LA LIQUEUR CONCENTRÉE DE

Goudron de Norwege,

dont on connaît si bien les mérites.

LAVIOLETTE & NELSON,
(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)
MONTREAL

Laboratoire Pharmaceutique

DE

DAUSSE AINÉ

DUBOÉ-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCESSEURS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI du PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au CANTHARIDATE de SOUDE

Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre : il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Cystite* à redouter).

Envoi d'Échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**

Dépôt à **Québec** : D^r Ed. MORIN & C^{ie}. A **Montréal** : LAVIOLETTE & NELSON
ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.



PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue Pravaz (modèle Le Brun) pleine d'**Eucalyptine LE BRUN**, on guérit la *Phthisie*, les *Bronchites* et les *Catarrhes pulmonaires*.

L'EUCALYPTINE LE BRUN ne contient pas de Morphine

MALADIES DU CŒUR

Les Dragées Tonic-Cardiaques **LE BRUN**, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les *Maladies du Cœur*, les *Palpitations* et l'*Hydropisie* la plus avancée.

LE BRUN, Ph^m-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôt à Montréal : LAVIOLETTE & NELSON ; à Québec : D^r Ed. MORIN & C^{ie}, et dans toutes les principales Ph^m de Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire ;

par O. F. MERCIER, M.D., (de Montréal, Canada).

C'est là la grande question chirurgicale du jour, en France. En effet, à part les longues discussions qu'on a soulevées à son égard, tant à la Société de chirurgie, qu'au dernier Congrès des chirurgiens français, chaque jour voit publier de nouveaux articles, plaidant pour ou contre cette nouvelle méthode. Si cette opération a fait beaucoup de bruit en France, il est loin d'en être ainsi à l'étranger. L'UNION MÉDICALE DU CANADA, et je suis heureux d'en être la cause, sera probablement un des premiers journaux, non français, qui en aura parlé. Le fait est, que me trouvant ici, à Paris, pour ainsi dire au centre de la discussion, ayant pour me guider les données de mon éminent maître M. Reclus, qui est un de ceux qui se sont le plus occupés de cette question, ayant, avec M. Segond, pratiqué nombre de fois cette opération depuis mon arrivée ici, ayant vu M. Reclus lui-même, y recourir un certain nombre de fois depuis quelque temps; j'ai pu étudier la question sur toutes ses faces, tant au point de vue pratique, que théorique.

Au Congrès international de chirurgie de Berlin en 1890, M. Péan faisait sa communication sur un nouveau procédé de son invention, appelé, disait-il, à supplanter la laparatomie, pour le traitement de toutes les suppurations pelviennes indistinctement. Son expérience se basait sur une cinquantaine de cas, qui tous traités ainsi, avaient été conduits à bien, et ne lui avaient donné qu'un succès permanent et parfait. Malheureusement, aucune observation ne venait corroborer son rapport, aussi, il fut le seul pendant un certain temps, aussi bien en France qu'à l'étranger, à pratiquer cette opération.

M. Segond, comme tous ses collègues d'ailleurs, n'attachait aucune importance à cette communication. Cependant, ayant vu un jour M. Péan guérir complètement par cette méthode une femme inopérable par la voie abdominale, il reconnut de réels avantages à l'opération et résolut de la mettre lui-même à l'essai. Huit mois plus tard, il avait fait vingt-trois hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes, avec quatre décès et dix-

neuf guérisons. Il présenta alors à la Société de chirurgie ses vingt-trois observations accompagnées d'un éloquent plaidoyer. Ce fut la le départ de la discussion. Après avoir duré près de deux mois à cette Société, elle fut reprise au Congrès, et actuellement elle se continue par la voie des publications médicales.

* * *

L'hystérectomie vaginale préliminaire pour suppurations pelviennes diffère un peu de la même opération pratiquée pour néoplasme ou corps fibreux. Péan en a décrit lui-même la technique opératoire, et Segond nous dit que : " c'est aux règles établies par ce chirurgien qu'il faut scrupuleusement se conformer."

L'hystérectomie, dans les cas où on la pratiquait avant, pouvait être faite par les deux méthodes, à ligature ou à pincement; chaque méthode a ses adeptes et des plus distingués, mais ici c'est autre chose, et l'hystérectomie à l'aide de la forcipressure est la seule applicable au traitement des suppurations.

L'ablation utérine, par voie vaginale, doit être précédée et accompagnée des mêmes précautions d'asepsie et d'antisepsie que demande toute autre opération; inutile d'insister là-dessus, c'est chose connue.

Péan place toujours la femme en position de Sims. On opère, en effet, avec plus de sûreté et de facilité dans cette position, surtout quand l'utérus n'est pas abaissable. Néanmoins tous les autres chirurgiens se servent plutôt de la position dorso-sacrée, car dans cette situation la femme se dérange moins facilement, les aides sont plus à l'aise, et le chirurgien n'est pas tenté d'aller, pendant l'opération, porter ses mains sur les cuisses de la patiente, pour la remettre en place, et de commettre ainsi, par mégarde, des fautes d'asepsie.

Un mot de l'instrumentation, et je passe au manuel opératoire proprement dit. M. Segond insiste sur ce fait qu'il est impossible de mener à bien une hystérectomie vaginale avec morcellement, sans avoir le matériel instrumental que M. Péan a fait construire à cet effet. Ces instruments consistent en pinces à mors courts et parallèles, servant au pincement progressif des ligaments larges, et en longs écarteurs, à unique ou à double courbure, appelés à maintenir la vulve béante, ou à décoller les tissus péri-utérins. On doit naturellement avoir en plus tous les instruments servant à l'hystérectomie vaginale ordinaire.

Je viens de prononcer le mot morcellement; l'on doit en effet toujours procéder par morcellement, et ne jamais essayer d'enlever l'utérus en totalité, quand bien même on y serait tenté par une grande apparence de facilité. J'en dirai d'ailleurs plus loin la raison.

La malade étant donc en position latérale ou dorso-sacrée, la

valve tenue béante par des valves ordinaires, le col solidement saisi par deux pinces à abaissement, dont l'une à la lèvre antérieure, l'autre à la lèvre postérieure, l'utérus est fortement attiré au dehors. On sectionne alors avec le bistouri la muqueuse du col, contournant ce dernier d'une incision circulaire assez profonde pour atteindre le tissu musculaire propre de l'utérus. On procède aussitôt au décollement des faces antérieure et postérieure de la matrice, s'aidant d'abord de l'ongle des pouces, et alors qu'on est rendu trop loin, continuant cette-décortication en rugissant en quelque sorte avec une de ces valves à double courbure dont j'ai parlé plus haut (valves de Péan). Ce temps est un des plus difficiles de l'opération, car si on n'y prête pas une grande attention, il peut arriver au chirurgien de crever soit la vessie ou le rectum, accident qui viendrait grandement compliquer le résultat final.

Les culs-de-sac antérieur et postérieur ayant été ainsi en quelque sorte enfoncés, on remplace les valves ordinaires par les longues valves de Péan, à unique courbure. Ces deux écarteurs sont introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, pénétrant, soit dans le péritoine même, soit entre celui-ci et la matrice, soit à l'intérieur de collections purulentes ouvertes pendant le décollement.

Dès ce moment commence le morcellement. Une pince de Péan, à mors plats, est appliquée sur chacun des ligaments larges que l'on sectionne aussitôt, au ras de l'utérus. Ces incisions ne doivent pas dépasser le bout des pinces, car autrement on aurait de l'hémorrhagie. De deux coups de ciseaux, le chirurgien sépare alors l'utérus même en deux tranches, l'une antérieure et une postérieure, que l'on coupe aussi profondément que possible, l'une après l'autre, ayant soin de replacer alternativement chaque pince de Museux de façon que la matrice soit continuellement fixée. Deux nouvelles pinces de Péan sont alors appliquées plus profondément sur les ligaments, qui sont de nouveau sectionnés. L'utérus subit encore la même manœuvre de morcellement, et l'on recommence ainsi jusqu'à ce qu'il soit totalement enlevé.

Il est à remarquer qu'à chaque étape de morcellement, la matrice s'abaisse graduellement, ce qui permet d'opérer tout le temps avec la même facilité.

En fixant bien ses pinces à ligaments larges, ne les dépassant pas par les incisions, l'opération entière doit se faire et se fait presque sans perte de sang, ce qui permet au chirurgien de voir toujours et facilement son champ opératoire.

Il est une règle que l'on ne doit pas oublier, c'est de ne jamais enlever une pince de Péan une fois qu'on l'a placée sur un ligament.

C'est grâce au morcellement que l'on peut presque toujours extirper l'utérus dans sa totalité, quelque soit son élévation et sa fixation dans le petit bassin. Il est cependant des cas où le chi-

rurgien se voit dans l'obligation de laisser le fond de la matrice, retenu qu'il est alors par des adhérences qu'il serait dangereux de briser.

C'est aussi grâce au morcellement que, lorsqu'on rencontre des foyers purulents, ces poches s'ouvrent dans le vagin au lieu de laisser couler leur contenu dans la cavité abdominale.

Dans les cas où l'utérus est facilement abaissable, on serait tenté, pour aller plus rapidement, de ne pas morceler, et de saisir dans son entier chacun des ligaments larges dans une des longues pinces de Richelot. On irait plus vite, il est vrai, mais aussi on commettrait une grande faute. En effet, on ne procéderait plus alors à ciel ouvert, et en introduisant les longs mors de ces pinces le long des ligaments, sans les suivre du regard, on s'exposerait à ouvrir une collection purulente avant l'ablation de l'utérus, et le pus, au lieu de s'écouler par le vagin, tomberait dans la cavité péritonéale qu'il inoculerait infailliblement. Aussi je le répète: que l'utérus soit petit ou gros, adhérent ou facilement abaissable, dès que l'on opère pour suppurations pelviennes, il faut procéder par morcellement.

L'utérus étant enlevé, que doit-on faire des annexes? Ici deux éventualités se présentent: ou bien l'utérus est en quelque sorte enclavé dans les collections purulentes qui l'entourent, et alors ces poches sont inévitablement ouvertes au cours du morcellement, ou bien il est enlevé sans que le pus soit délogé des régions plus ou moins éloignées qu'il occupe. Dans le premier cas, l'ablation seule de l'utérus constitue toute l'intervention, les poches purulentes sont largement ouvertes, et le drainage est établi d'une manière parfaite. Dans ces cas d'ailleurs, la recherche des annexes serait très difficile, sinon impossible et très dangereuse. Dans le second cas, il faut aller à la recherche du pus, mais on ne peut fixer une ligne de conduite exacte, car le tact et l'expérience du chirurgien doivent montrer seuls ce qu'il y a à faire. Cependant, lorsque les annexes sont trop adhérentes et difficilement énucléables, il vaut mieux les laisser en place, se contentant d'ouvrir largement les collections purulentes auxquelles elles auraient donné naissance. Le pus s'écoulerait alors dans le vagin, et le drainage d'une part, et la déhiscence spontanée d'autre part feraient bientôt disparaître tout vestige de suppuration.

L'intervention se résume donc à peu de chose: enlever l'utérus en totalité, autant que possible, puis, si on le peut sans danger, enlever contenant et contenu purulent, et auxquels cas cette manœuvre serait courir trop de risques à la patiente, se contenter d'un simple drainage qui, ne l'oublions pas, dans les conditions de déclivité où se trouve cette large voie offerte à l'écoulement du pus, serait un drainage des plus parfaits, n'offrant aucun danger d'infection pour la cavité péritonéale.

Le chirurgien termine alors l'opération comme toute autre

hystérectomie. Les pincés à ligaments larges sont laissés en place pour n'être retirés que 48 heures plus tard, tamponnage du vagin à la gaze iodoformée et pansement antiseptique sur la vulve. Les bandes de gaze iodoformée placées entre les pincés, sont enlevées avec ces dernières deux jours après l'opération. On fait alors, deux ou trois fois par jour, des irrigations vaginales antiseptiques chaudes, que l'on fait toujours suivre de l'application de nouvelles bandes iodoformées et pommadées, jusqu'à la guérison qui, généralement, ne se fait pas attendre plus d'une douzaine de jours.

* * *

Les suppurations pelviennes ne se présentent pas sous un type unique. Il en est de nombreuses variétés qui peuvent exiger une thérapeutique différente; aussi ont-elles été divisées à ce sujet, par presque tous les auteurs qui ont pris part à la discussion, en trois catégories bien distinctes: 1^o La pelvi-péritonite, où l'inflammation diffuse remplit presque en entier le petit bassin de ses exudats et de ses adhérences.

2^o Les ovaro-salpingite volumineuses et adhérentes.

3^o Les pyosalpingites petites et peu adhérentes.

1^o Presque tous ont alors reconnu les avantages qu'offre dans les suppurations de la première division, l'hystérectomie vaginale sur la laparatomie.

En effet, dans ces cas que M. Reclus, dans sa communication à la *Gazette hebdomadaire*, a si bien définis par le mot pachy-pelvi-péritonite, la laparatomie est insuffisante, et même dangereuse. Il n'y a qu'une seule opération possible; c'est l'hystérectomie vaginale.

Que l'on ait recours à l'une ou l'autre méthode, on ne peut penser qu'à vider, par un drainage, ces poches à parois épaissies et partout adhérentes, que l'on ne pourrait décoller sans causer de grands dégâts, et faire courir à la malade les plus grands risques. Or, puisqu'il faut se contenter d'un drainage, il est facile de comprendre que celui que l'on ferait par la voie vaginale est infiniment supérieur à celui que permet la laparatomie, qui n'est fait que par capillarité, à travers un orifice péritonéal étroit et placé au-dessus de la collection. Ce drainage à la Mikulicz est la plupart du temps insuffisant, car, à part la mauvaise chance que peut avoir le chirurgien d'oublier intacts dans la cavité abdominale quelques foyers purulents qui continuent à infecter l'organisme, les membranes épaissies et rigides qui forment comme une cloison résistante au niveau des intestins ne s'affaissent pas. Il reste un foyer béant où la suppuration, par sa persistance, finit par épuiser la malade.

Plusieurs orateurs de la Société de chirurgie ont cité de ces cas

malheureux qui, traités par l'hystérectomie vaginale si elle eût été connue alors, se seraient probablement bien terminés, au lieu d'avoir la mort pour conséquence comme cela eut lieu. Il est vrai que MM. Pozzi et Bouilly en ont mentionné quelques cas de guérison, mais ces exemples sont plutôt des exceptions à la règle.

L'hystérectomie est avantageuse non seulement à cause des malheureux résultats de la laparatomie, mais aussi par la voie de drainage infiniment supérieure qu'elle offre, et par son innocuité même.

Les collections purulentes accumulées dans le petit bassin ont pour centre l'utérus, qui généralement est la cause de tous les dégâts. Les culs-de-sac sont distendus, les trompes et les ovaires refoulées en arrière, et les intestins, protégés par les néomembranes, sont retenus en haut. Enlevez alors l'utérus, et du coup vous aurez toutes les collections, vous enlevez en quelque sorte la "bonde", et le pus ne pouvant s'écouler ailleurs, retenu qu'il est par les fausses membranes laissées intactes, s'écoule par le vagin, et ne saurait aller infecter la cavité péritonéale. Les poches, non-seulement se vident mais tendent à revenir sur elles-mêmes, sous l'effet de la rétraction inodulaire aidée de la pression incessante exercée par les intestins.

2° L'hystérectomie vaginale a rencontré plusieurs adversaires dans cette deuxième catégorie de suppurations pelviennes. On lui a reproché de se contenter d'ouvrir simplement les collections purulentes et d'abandonner à la déhiscence spontanée des poches adhérentes qu'un laparatomiste exercé enlèverait certainement.

Il est vrai, comme je l'ai déjà dit d'ailleurs, que dans les suppurations du premier groupe la décortication est presque toujours impossible ou dangereuse, mais il n'en est pas ainsi pour cette deuxième classe, la décortication étant alors possible, on peut tout aussi bien la pratiquer par voie vaginale qu'abdominale. La plupart des chirurgiens qui pratiquent la méthode de Péan sont unanimes à reconnaître que, toutes choses étant égales, avec ou sans adhérences, l'hystérectomie n'est pas plus difficile que la laparatomie, et ceux cependant qui parlent ainsi sont des laparatomistes distingués, et naturellement des hystérectomistes débutants. J'ai vu MM. Segond et Reclus pratiquer de nombreuses hystérectomies et dans plusieurs de ces cas on a procédé sans trop de difficulté à des décortications cependant assez étendues.

À première vue, on serait porté à croire que l'hystérectomie est une opération qui, à cause de la profondeur de l'endroit où on la fait, permet au chirurgien de ne voir absolument rien et de n'avoir pour se guider que ses doigts introduits dans un conduit étroit où ils peuvent à grand peine se mouvoir. Il n'en est rien cependant, car non seulement à cause de l'abaissement elle permet un libre accès aux doigts explorateurs, mais de plus, ne donnant lieu à aucune hémorrhagie appréciable, le chirurgien ne doit rien faire

sans y voir, et par conséquent est bien loin d'opérer, comme l'a dit quelqu'un, à l'aveugle, au milieu de tissus profondément situés, dans une cavité remplie de sang.

L'hystérectomie, a-t-on dit, est plus dangereuse que la laparatomie, et on nous a cité à l'appui de cet avis les observations de M. Segond. Il est vrai que sur quarante opérées cet habile chirurgien a perdu cinq malades, mais on ne peut attacher une grande importance à une si petite statistique. Peut-être ce nombre d'insuccès est-il dû à une mauvaise chance. L'on sait d'ailleurs ce que valent les statistiques. Péan, sur soixante opérées, n'accuse aucun décès. Recius, Terrillon, Peyrot, Nélaton ont tous chacun un certain nombre d'opérées, sans avoir perdu aucune patiente. On ne peut se baser sur les statistiques actuelles pour juger de la nouvelle méthode, car elles ne sont pas encore assez considérables; l'on n'a pour se guider que le raisonnement, et sur ce point l'hystérectomie est indubitablement supérieure à la laparatomie.

On a aussi reproché au procédé de Péan d'être une opération bonne pour les chirurgiens non antiseptiques, craignant d'infecter le péritoine. Ma foi, cela serait-il vrai que je n'en vois guère l'inconvénient, d'autant plus que dans ces cas de suppurations pelviennes, l'infection peut aussi bien avoir pour point de départ la lésion elle-même que les mains ou instruments du chirurgien. On n'a fait par cet argument que démontrer l'innocuité même de l'hystérectomie.

3^e Si l'hystérectomie est l'opération de choix pour le traitement des suppurations des deux premiers groupes, il n'en est peut-être pas ainsi pour celle de cette troisième catégorie. En effet, dans ces cas légers, le diagnostic est excessivement difficile, tellement, que même les plus éminents de nos chirurgiens français reconnaissent se tromper dans un quart des fois où ils sont appelés à diagnostiquer une pyosalpinx. Il est vrai qu'il s'agit alors du diagnostic même de la nature de la lésion, chose qu'il n'est pas nécessaire de faire pour savoir s'il y a ou non indication d'opérer, car ce n'est pas la présence du pus qui légitime l'hystérectomie. Qu'il y ait salpingite suppurée ou hématosalpinx, hydrosalpinx ou dégénérescence kystique, l'hystérectomie trouve toujours son indication si les lésions sont bilatérales, et les organes absolument perdus à la fonction. La seule chose dont il faut être absolument certain, c'est la perte irrémédiable de la fécondité. Néanmoins, même en ne s'occupant que de ce seul point, il est encore très facile de se tromper, et le chirurgien peut aisément croire à une lésion bilatérale, alors qu'il n'y a qu'un seul côté des annexes perdu à la fonction, tandis que l'autre a très peu de lésions ou même n'en a souvent pas du tout.

Or, l'hystérectomie est une opération sur les effets de laquelle on ne revient pas; dès le premier coup de bistouri la castration

est commencée, et il faut continuer l'extirpation de l'utérus avant d'atteindre les lésions.

La laparatomie qui, dans ces cas légers donne elle aussi presque constamment des résultats heureux, est une opération de contrôle; le ventre étant ouvert, le chirurgien peut et doit examiner l'état des annexes avant d'en pratiquer l'extirpation s'il y a lieu.

C'est ce qui fait que, voyant le danger de castration non indiquée à laquelle expose l'hystérectomie, je n'ose être aussi affirmatif pour ces lésions légères que je le suis pour les deux premiers groupes, où le diagnostic est facile, s'impose de lui-même, et où le chirurgien, avec un peu d'attention, n'est pas exposé à enlever un utérus possédant des annexes partiellement ou même totalement sains.

Cependant si l'on pouvait, même pour ces cas légers, mais bilatéralisés, faire un diagnostic bien exact, et sur la valeur duquel on n'aurait pas le moindre doute, je préférerais alors l'hystérectomie, et ce pour deux raisons: 1° L'hystérectomie vaginale est une opération plus radicale que la laparatomie; 2° Elle ne dépare pas le ventre d'une cicatrice comme la laparatomie.

Le premier de ces deux arguments, quoique ayant sa valeur, est de peu de poids. Il est vrai que la laparatomie n'enlève pas l'utérus, qui est alors inutile et peut même devenir nuisible, car il est souvent atteint d'endométrite que ne guérit pas la double-salpingectomie. Mais la persistance de cette lésion est infiniment rare, et alors qu'elle existe un simple curettage suffit pour la guérir.

Si je fais peu de cas de ce premier argument, il n'en est pas ainsi du second. La laparatomie laisse après elle, sur le ventre, une cicatrice qui a, à part l'extrême inconvénient d'obliger la femme à porter continuellement une bande, celui de pouvoir devenir plus tard une véritable infirmité en donnant lieu à une éventration. L'hystérectomie vaginale, elle, enlève les annexes par voie naturelle, et ne laisse aucune trace de lésion des téguments. Si cet argument touche peu le chirurgien, il n'en est pas ainsi pour la malade; l'on sait ce qu'il en coûte à une femme de laisser déparer son ventre par le couteau du chirurgien.

Enfin, je ne crois pouvoir faire mieux pour résumer cet article, que de terminer par les propres conclusions de M. Reclus:

" 1° Dans les pelvi-péritonites anciennes, et pour les ovaires scléreux adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes, nous n'avons qu'une opération: l'hystérectomie vaginale.

" 2° Dans les doubles ovaro-salpingites volumineuses nous préférons, comme plus facile et plus sûre, l'hystérectomie à la laparatomie.

" 3° Enfin, dans les lésions récentes, lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leurs fonctions, on aura recours à la laparatomie qui seule permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation."

PARIS, 15 mai 1891.

Petites Notes Médicales;

(Recueillies à travers les hôpitaux de Paris.

par Arthur O. BISSONNETTE, M.D., (de Montréal, Canada).

Les palpitations sont loin d'indiquer une maladie du cœur. Les malades qui se plaignent de palpitations sont généralement indemnes.

Les accidents dyspnéiques d'origine gastrique peuvent se montrer sous différentes formes :

Asthme d'origine gastrique.

1^o degré : Simple oppression.—Le malade après avoir ingéré des aliments éprouve de l'oppression pendant une demi-heure à une heure, avec des battements de cœur.

2^o degré : Plus accentué.—Les phénomènes vont s'exagérant, la soif d'air n'est jamais satisfaite, l'oppression est telle que les malades s'assoient sur leur lit.

3^o degré : Plus accentué encore.—Il y a refroidissement des extrémités, cyanose, et une espèce d'accablement qui peut aller jusqu'à la syncope, le malade ne tousse pas ; quelquefois il y a un peu d'expectoration sanguinolente. Le cœur augmente de volume, il y a accentuation du second bruit pulmonaire, le pouls est petit, misérable. Puis les accidents cessent et tout rentre dans l'ordre.

La dilatation cardiaque peut aller si loin qu'il peut survenir une insuffisance tricuspидienne, manifestée alors par le pouls veineux et par un souffle quelquefois tout-à-fait intense, tellement intense qu'il peut faire croire à un anévrysme de l'aorte; puis tout rentre dans l'ordre et, le souffle lui-même disparaît. Lorsque cet état dure pendant longtemps, il peut en résulter des accidents tels que ceux occasionnés par les maladies du cœur.

Ce ne sont pas les graves maladies de l'estomac qui déterminent ces accidents.

Il suffit de modifier ce qui est difficile pour l'estomac pour amener la guérison.

Si au lait qui semble si efficace on ajoute un peu de viande, on voit survenir les accidents.

Le lait est bon parcequ'il n'est pas mauvais.—(POTAIN, *ibid.* 1891).

De toutes les péricardites, la plus bruyante est aussi la moins grave, car elle implique l'absence d'épanchement.—(PETER).

L'alcoolisme ne se répartit pas toujours de la même façon sur l'économie, il frappe tel appareil de préférence à tel autre, selon les individus. Cependant le foie est presque toujours touché quel que soit pour ainsi dire le système atteint.—(POTAIN).

* * *

Le plus souvent, quand le rhumatisme agit sur l'endocarde, il amène l'insuffisance mitrale, mais ce n'est que longtemps après que survient le rétrécissement. Mais quand le rhumatisme articulaire aigu a été très intense, le rétrécissement peut suivre l'insuffisance dans un espace de temps relativement restreint.—(PETER).

* * *

Pour avoir la température vraie d'un phtisique, il faut laisser le thermomètre au moins pendant vingt minutes dans le creux de l'aisselle.—(POTAIN).

* * *

Quand un malade sans fièvre et en dehors du rhumatisme et de la fièvre typhoïde souffre du cœur, il n'a pas une maladie grave du cœur, car on ne souffre pas quand l'endocarde seul est malade.—(PETER).

* * *

Il est rare que les bruits cardiaques soient nettement soufflants. Un souffle net, vibrant est toujours d'origine organique.

Quelques auteurs conseillent, pour entendre les bruits extracardiaques, de faire suspendre la respiration. C'est le contraire qu'il faut faire. C'est à la suite d'une forte expiration qu'on les entend le mieux.—(POTAIN).

* * *

On méconnaît souvent la myocardite parce qu'on néglige de s'assurer de la sensibilité du cœur.—(PETER).

* * *

Je n'admets pas le rétrécissement mitral pur sans insuffisance. Il ne peut exister ni au point de vue anatomique ni au point de vue nosologique.—(PETER).

* * *

Le liseré est le trait caractéristique de l'absorption du plomb, mais il ne donne pas la mesure de l'absorption.—(POTAIN).

PARIS, 16 juin 1891.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

De la psychose nicotinique, par KJELLBERG.—L'auteur a étudié l'intoxication nicotinique à Upsal sur les marins et les ouvriers de fabrique qui consomment en grande quantité le tabac à chiquer. Elle se traduit souvent par une maladie mentale qui a ses symptômes propres (affaiblissement, impuissance, hallucinations, délire, tendance au suicide) et sa marche régulière. L'auteur distingue dans cette folie toxique un stade prodromique et trois périodes d'état.

Prodromes.—Le malade change de caractère, éprouve un malaise indéfinissable; il est agité, triste, anxieux, dort peu, se dégoûte de ses occupations habituelles, se plaint de l'injustice du sort; il a des palpitations pénibles. Ce stade dure de six semaines à trois mois, puis la maladie s'affirme.

Première période.—Le début de la maladie est remarqué surtout par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le sujet a des visions, il entend des voix; il sent son être envahi par une personnalité étrangère qui anéantit sa volonté. Il est fatigué, épuisé, avide de solitude, et de repos; il est sombre, mélancolique, il a des idées de suicide. Il est du reste calme et obéissant, parle peu, répond d'une façon logique aux questions qu'on lui pose. Il se plaint d'une douleur au cœur; son sommeil est troublé par des voix qui ne lui laissent aucun repos. Le malade ne maigrit pas encore, mais il commence déjà à avoir le goût perverti et l'appétit capricieux. Cette première période dure de six à sept mois.

Deuxième période.—La mélancolie disparaît; le malade a des idées gaies. Il raconte avec un visage souriant qu'il a vu le ciel, qu'il a reçu la visite des anges; parfois aussi qu'il a vu l'enfer et les mauvais esprits. Il chante et se parle bas à soi-même sans interruption. Il se trouve plus fort et se met au travail avec une certaine activité. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe s'exaspèrent par accès et nécessitent périodiquement l'usage de la camésole de force; les paroxysmes, durent de deux à quatre semaines. Dans l'intervalle des paroxysmes, le sujet est mécontent, inattentif; il comprend difficilement et parle avec hésitation. Cette période peut durer longtemps. Elle peut encore aboutir à la guérison.

Troisième période.—Les paroxysmes s'abrègent et finissent par disparaître; il n'y a plus d'excitation. Mais quelques hallucinations persistent et le malade tombe progressivement dans un état de dépression psychique qui contraste avec la conservation relative de la vigueur physique. Pendant cette période il peut encore être employé à certains travaux. Quant à la guérison, il faut y renoncer absolument. Le pronostic, réservé pendant les premiers stades, devient ici tout à fait mauvais.

Le traitement consiste à supprimer doucement, chez les chi-queurs endurcis, l'usage du tabac, à prescrire l'exercice au grand air, une alimentation réconfortante, et les eaux minérales alcalines.

L'action de fumer ou de priser expose à une intoxication moins grave que l'usage de la chique; celle-ci est surtout dangereuse quand elle se compose, non pas du vulgaire rouleau, mais du tabac pulvérisé.—*Archives de neurologie.*

Des néphrites partielles par CUFFER et GASTOU.—Certains malades, après avoir présenté tous les signes classiques et même les complications urémiques des affections inflammatoires des reins, voient ces phénomènes s'amender, disparaître, au point même qu'on peut les considérer comme guéris. Seule, la persistance d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine subsiste comme dernier vestige de la lésion rénale.

Que les malades soient soumis ou non au traitement de la néphrite, peu importe, cette albuminurie se maintient à un taux fixe, irréductible, pourvu que les patients observent certaines règles hygiéniques.

Après avoir passé en revue et rejeté successivement toutes les interprétations qu'il est possible de donner de ces faits, MM. Cuffer et Gastou admettent qu'il s'agit dans ces cas d'une *néphrite partielle*.

La plus grande partie du parenchyme rénal, autrefois malade dans toute son étendue, est revenue à l'état normal. Il reste un point malade par où filtre l'albumine, mais la lésion n'est plus en évolution. Il s'agit d'une infirmité, il n'y a plus maladie.

D'ailleurs, le microscope nous a donné quelques exemples de ces altérations partielles du rein. Dans l'artério-sclérose, la dégénérescence amyloïde, on peut voir les lésions limitées à de petites portions du parenchyme rénal. Mais ce qui diffère les néphrites partielles dont il est question ici, des néphrites liées à l'artério-sclérose, c'est que les malades, qui à la suite d'une néphrite infectieuse ont gardé une phlegmasie limitée du rein, conservent intacts un tiers, deux tiers des reins. Le processus morbide ne s'étend pas encore dans l'artério-sclérose, parce que la cause a cessé d'agir. Le sujet doit être soumis seulement à quelques mesures hygiéniques, parce que son rein malade est un *locus minoris resistentiæ*; il est inutile de le soumettre aux ennuis d'une médication active qui ne donne plus aucun résultat. Les

astringents à l'intérieur peuvent être avantageux, et s'il survient une congestion, il faut surveiller avec beaucoup d'attention l'état du rein.

En résumé, l'albuminurie persistante est l'indice d'une néphrite chronique, et la persistance d'un taux fixe, irréductible d'albumine est le fait d'une néphrite devenue partielle.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Traitement des amblyopies toxiques.—I. *Amblyopie alcoolique.*—Suppression brusque sans retour des boissons alcooliques. Relever la nutrition par les toniques et une alimentation reconstituante, calmer l'excitation cérébrale par un traitement bromuré.

Localement on combattra la mydriase par les instillations d'oséine ou de pilocarpine. On aura recours aux injections de strychnine, aux courants continus, à l'hydrothérapie, aux douches oculaires pour relever l'action nerveuse affaiblie.

II. *Amblyopie nicotinique.*—Usage modéré du tabac; d'après Sichel et Mackensie 15 à 20 grammes de tabac, fumés par jour, constituent une dose toxique; ne fumer les cigares qu'aux deux tiers, l'extrémité pouvant servir de réservoir à la nicotine. Ce qui précède constitue la prophylaxie. L'interdiction du tabac s'impose, si l'amblyopie existe. Stimuler la nutrition; on aura recours aux inhalations de nitrite d'amyle, aux injections sous-cutanées de strychnine, aux courants continus, aux douches oculaires.

III. *Amblyopie saturnine.*—Le traitement est celui du saturnisme; les purgatifs, les bains sulfureux, l'iodure de potassium à hautes doses, un régime tonique.

IV. *Amblyopie quinique.*—On facilitera l'élimination du toxique par les purgatifs et les diurétiques; on prescrira les inhalations de nitrite d'amyle, des injections de strychnine et l'électricité.

V. *Amblyopie par l'antipyrine.*—L'auteur cite plusieurs cas d'amblyopie liée à l'ischémie de la rétine à la suite de l'emploi de fortes doses (de 4 à 7 grammes) d'antipyrine continuées pendant plusieurs semaines. La cessation du remède suffit pour amener la disparition des accidents au bout d'une dizaine de jours.

VI. *Amblyopie par le sulfure de carbone.*—Le malade devra abandonner sa profession, car une première atteinte rend plus apte aux rechutes.

Les toniques, le fer, le quinquina, une alimentation substantielle aidés des injections sous-cutanées de strychnine, des inhalations de nitrite d'amyle et des courants continus accélèrent la guérison.

Comme moyens préventifs: interdire le travail en chambre; ventiler l'atelier, fermeture hermétique des récipients; grande propreté de l'ouvrier qui devra changer de vêtement en quittant la fabrique.—*Pratique médicale.*

Amygdalite.—L'amygdalite doit-elle être considérée comme une maladie inflammatoire simple ou bien comme une maladie contagieuse et infectieuse? Les recherches actuelles tendent à faire adopter la seconde opinion et M. le Dr Descoings a cherché à réunir toutes les preuves à l'appui (*thèse*, 1890). Non pas qu'il ait été plus heureux jusqu'à présent que ceux qui ont cherché s'il existe un agent virulent spécial à l'amygdalite, mais Frankel, de Berlin, a affirmé le rôle pathogénique de streptocoques trouvés au niveau des amygdales. Toutefois il est vraisemblable qu'il existe un agent virulent sans doute indifférent dans la cavité buccale, mais prêt à saisir la première occasion de s'introduire et de se multiplier dans l'organisme, qu'il trouve en de certains points et dans de certaines conditions, incapable de se défendre contre lui.

Ce germe s'introduit par l'amygdale: on s'accorde assez généralement, en effet, à rejeter l'opinion de Kannenberg qui veut que l'infection soit générale d'abord et qu'il se fasse ensuite une décharge sur l'amygdale; et on admet que l'amygdale recueille l'agent infectieux, auquel elle doit opposer, par sa fonction phagocytaire, un obstacle sérieux.

L'étude anatomique et physiologique des amygdales a démontré ce rôle des tonsilles. Hingston Fox les considère comme un amas de phagocytes s'opposant à l'invasion des micro-organismes.

Il faut donc cesser de croire à l'amygdalite vraiment simple, non infectieuse; et se convaincre que toute amygdalite est une maladie générale, à manifestations très variables, à évolution en rapport avec ces manifestations, suivant une marche cependant assez régulière, et se comportant comme toutes les maladies microbiennes, c'est-à-dire ayant sa période d'invasion; sa période d'état, celle-ci d'une durée très variable, proportionnelle au nombre et à la gravité des phénomènes viscéraux, et se terminant ordinairement par la guérison, quelquefois par une longue convalescence, rarement par la mort.

On a longtemps professé la non contagiosité de l'amygdalite. Les faits observés aujourd'hui démontrent le contraire. On a constaté et on constate journellement de petites épidémies dans la même famille, dans les mêmes pensions. Si l'amygdalite est contagieuse, rien de plus simple que d'expliquer ainsi la fréquence des cas constatés ensemble dans un même lieu.

Avant qu'on eût signalé l'existence d'amygdalites infectieuses, on ne songeait pas à mettre en doute la contagiosité de l'angine tonsillaire, qui paraissait bien évidente.

Mais quelques observateurs ayant voulu conclure du seul fait de contagion à l'infection, alors que les théories microbiennes étaient peu connues, et qu'on n'avait pas encore posé ce principe que: "Pour être transmissibles, les maladies ont besoin d'un agent virulent de nature microbienne" (Dujardin-Beaumetz); ceux qui refusaient d'admettre le caractère infectieux de l'amygdalite nièrent que la contagion fût un argument contre eux.

La conséquence thérapeutique est qu'il ne faut plus se contenter des médications locales et générales et *non antiseptiques*, mais qu'il faut instituer dans tous les cas qu'on rencontrera un traitement antiseptique local et général; ce qui n'empêchera point de remédier par des moyens divers aux troubles toujours observés tels que fièvre, etc.

La thérapeutique symptomatique rend ici des services, comme elle en peut rendre dans la pneumonie, dans la variole, dans la scarlatine, dans la rougeole, dans la fièvre typhoïde, etc, tous processus morbides dont l'évolution est nettement déterminée.

Comme traitement préventif, il est rationnel de faire l'asepsie buccale journalière, et spécialement chez ceux qui cohabitent avec des malades atteints de tou-illite; comme de faire, chez ces derniers, l'antisepticité buccale.

L'important au point de vue de l'amygdalite, c'est l'asepsie buccale, qu'on peut faire par des irrigations fréquemment répétées, après chaque repas par exemple, avec une solution d'acide borique ou de résorcine.

Une fois l'amygdalite déclarée, les traitements locaux qu'on a institués contre elles sont variés. Ceux qui ont donné les meilleurs résultats sont les gargarismes au borate de soude, ou au benzoate de soude, ou au coaltar.

On peut faire également des badigeonnages sur les amygdales, avec des mélanges antiseptiques. La préparation suivante employée à cet usage, par le Dr Dauchez, lui a donné d'excellents résultats :

Glycérine.....	20 grammes.
Camphre	} à 1 gramme.
Acide phénique.....	

Enfin, comme traitement général, on prescrira l'acide phénique à l'intérieur. Le sulfate de quinine a très bien réussi également entre les mains d'autres observateurs.

En résumé, il faut presque tout garder de la vieille méthode : vomitif au début : émollients et tisanes chaudes ensuite; fébrifuges et toniques; et y ajouter le traitement anti-infectieux. Celui-ci doit surtout être appliqué préventivement et contre la contagion. Les pulvérisations boriquées (10 gr. pour 100) toutes les deux heures donnent d'excellents résultats.—*Paris médical*.

Sur un cas de splénomégalie primitive.—Il s'agit d'un malade du service de M. DEBOVE, dont l'affection est caractérisée par trois phénomènes principaux : 1o une hypertrophie considérable de la rate; 2o une anémie à marche progressive avec diminution du nombre des hématies, abaissement encore plus marqué du taux de l'hémoglobine, sans augmentation du nombre des leucocytes; 3o absence complète de toute adénopathie. Ces caractères per-

mottent d'éliminer la leucocythémie et l'adénie. Plusieurs cas analogues existent dans la science sous des dénominations diverses : anémie ou cachexie splénique, pseudo-leucémie splénique, etc. L'auteur adopte l'hypothèse d'une spléno-pathie primitive déterminant secondairement des altérations du sang, par suite du trouble apporté dans le fonctionnement hématopoïétique de la rate. Les lésions décrites par Banti dans ces cas, consistent dans un processus de sclérose aboutissant à l'atrophie du glomérule et à la suppression du tissu lymphoïde ; ainsi s'expliquerait l'absence de leucémie. Le nom de splénomégalie primitive donné par M. Debovo au syndrome clinique précédent consacre l'idée d'une affection locale, distincte de la diathèse lymphogène et légitimerait, dès lors, une intervention thérapeutique radicale, la splénectomie, qui a réussi trois fois sur quatre dans ces conditions, tandis qu'elle a toujours été suivie de mort à très bref délai dans la leucémie.—*Revue de bibliographie médicale.*

CHIRURGIE

Du genu valgum et de son traitement.—Clinique de M. RECLUS.—Vous venez de voir, au n° 7 de la salle Follin, un jeune malade de quinze ans, atteint de genu valgum double.

Cette difformité des membres inférieurs, vous avez pu le constater, se caractérise par la saillie en dedans des genoux et la projection des jambes en dehors. Si l'on place le malade dans le décubitus horizontal, la cuisse et la jambe forment de chaque côté, au niveau du genou, un angle à sommet interne et les pieds se trouvent écartés de l'axe médian du corps. Pour apprécier le degré de la difformité, il suffit de mesurer l'écartement qui sépare les deux malléoles internes ; chez notre sujet, nous avons trouvé un écart de 17 centimètres. Dans ces conditions, il est facile de comprendre combien la station debout est disgracieuse et combien la marche est pénible et fatigante. Notre malade marche en se dandinant comme un canard, et bien qu'il ne souffre pas de sa difformité, il est évident que nous lui rendrons un grand service en y remédiant par une intervention chirurgicale.

Je tiens à vous dire quelques mots de la pathogénie du genu valgum, à propos de laquelle on a édifié de nombreuses théories. La plupart de ces théories n'ont plus guère qu'un intérêt historique et, à l'heure actuelle, on s'accorde généralement à voir dans le genu valgum un vice de développement des cartillages de cor-

jugaison de l'extrémité inférieure du fémur. La difformité se produit par suite d'un allongement du condyle interne, allongement que les auteurs ont voulu expliquer, soit par un accroissement trop rapide du cartilage conjugal du côté interne, soit par un arrêt du développement du condyle externe. Du côté du tibia, mais beaucoup plus rarement, de semblables troubles peuvent concourir, dans une certaine mesure, à la production du genu valgum. C'est ainsi que M. Verneuil a rapporté, en 1876, plusieurs faits dans lesquels la difformité s'accompagnait de douleurs au niveau de l'extrémité supérieure et interne du tibia. Je n'insiste pas sur cette variété de genu valgum; rappelez-vous que, dans la grande majorité des cas, l'affection a pour point de départ un vice de développement des cartilages conjugués ou ostéogéniques de l'extrémité inférieure du fémur.

En présence d'un genu valgum, vous aurez parfois raison de la difformité au moyen d'un traitement orthopédique, mais, chez l'adolescent ou l'adulte, vous n'aurez à votre disposition que l'intervention chirurgicale, et vous aurez à choisir entre deux procédés: l'ostéotomie ou l'ostéoclasie. L'un et l'autre de ces procédés a pour but de produire le redressement brusque de la jambe en fracturant le fémur à son extrémité inférieure. Le redressement obtenu et la difformité corrigée, on maintient le membre inférieur dans la rectitude au moyen d'un appareil plâtré, qu'on enlève après consolidation de la fracture.

L'ostéotomie, ou opération de MacEwen, consiste dans la section de l'os à ciel ouvert, c'est-à-dire qu'après avoir incisé les ligaments et les muscles qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur, au-dessus du condyle interne, on sectionne l'os avec un instrument spécial qu'on appelle l'ostéotome. On conçoit que cette opération, toute simple qu'elle soit, n'ait pu entrer dans la pratique que grâce aux progrès de l'antisepsie, car elle produit une fracture à foyer ouvert, traumatisme toujours grave et pouvant exposer à de nombreux dangers. D'un usage plus ancien, l'ostéoclasie a pour but de fracturer l'os sans produire de solution de continuité des tissus périphériques. Elle peut être manuelle ou instrumentale; celle-ci me paraît devoir être employée exclusivement chez l'adulte. Il existe un certain nombre d'appareils puissants dits ostéoclastes, et, parmi ceux-ci, je me borne à vous signaler les modèles de M. Robin et de M. Collin. Pour ma part, j'ai toujours eu recours à l'ostéoclaste de M. Collin.

Lorsqu'on se sert de cet appareil, on immobilise le fémur entre deux plaques, puis, à l'aide d'un bras de levier, on exerce sur l'extrémité inférieure de la jambe une traction transversale qui produit la fracture entre ces deux plaques.

A laquelle de ces deux opérations devez-vous donner la préférence?

Il convient, pour cela, d'examiner comparativement les avan-

tages et les inconvénients que présentent l'un et l'autre de ces procédés opératoires. L'ostéotomie a contre elle de produire une fracture à foyer ouvert, pouvant servir de porte d'entrée aux germes infectieux et entraîner à sa suite des accidents de la plus haute gravité. Avant l'ère antiseptique, ces fractures ouvertes avaient parfois une terminaison funeste, et il me souvient d'avoir vu mourir de septicémie une jeune fille à qui un de nos grands chirurgiens avait pratiqué l'ostéotomie. Même à l'heure actuelle, si puissamment armés que nous soyons contre l'invasion des germes pathogènes, il est évident qu'il vaut mieux traiter une fracture fermée plutôt qu'une fracture ouverte, et l'ostéotomie peut nous exposer à de sérieux dangers. D'autre part, cette opération présente l'avantage de n'exiger qu'un outillage simple, que tout le monde peut se procurer. Si l'on ajoute à cela la facilité préparatoire de l'ostéotomie, on comprend la préférence que lui accordent beaucoup de chirurgiens, surtout à l'étranger.

L'ostéoclasie a pour elle de produire une fracture fermée et de mettre à l'abri des accidents qu'on pourrait reprocher à l'ostéotomie. Ce n'est pas une opération sanglante et elle paraît donner d'excellents résultats. Malheureusement, elle a l'inconvénient d'exiger un outillage spécial, un appareil coûteux qu'il n'est pas donné à tout le monde de connaître et de manier avec l'habileté que donne l'habitude.

Si l'on interroge les statistiques, il est difficile de se faire une opinion exacte sur les résultats définitifs obtenus par l'ostéotomie ou par l'ostéoclasie. Toutefois, mon expérience personnelle me porterait à conclure en faveur de cette dernière, car, sur neuf malades que j'ai opérés par l'ostéoclasie, j'ai enregistré neuf succès. L'ostéotomie ne m'aurait pas fourni de résultats plus brillants. On a cependant reproché à l'ostéoclasie d'exposer aux récidives du genu valgum, mais il me semble que ce reproche n'est pas fondé ou du moins ne doit pas s'adresser au procédé opératoire.

Chez les jeunes sujets dont on a corrigé la difformité, le cartilage conjugal du côté interne peut continuer à être le siège d'une suractivité fonctionnelle qui reproduit le genu valgum. Cette persistance de l'évolution vicieuse peut donc s'observer après l'ostéotomie, tout aussi bien qu'après l'ostéoclasie. M. Collin a rappelé récemment qu'il avait opéré avec son appareil un genu valgum déjà traité par l'ostéotomie.

En résumé, la chirurgie vous offre, contre le genu valgum, deux procédés qui donnent l'un et l'autre d'excellents résultats, et je ne saurais vous conseiller l'un à l'exclusion de l'autre. Si vous opérez dans un milieu où l'asepsie ne vous semble pas rigoureuse, et si, d'autre part, vous êtes en mesure de vous procurer l'appareil de M. Collin, vous ferez bien de pratiquer l'ostéoclasie. Si, au contraire, vous vous trouvez dans les conditions les meilleures pour pratiquer une opération sanglante, si vous êtes sûrs de ne

faire courir à votre malade aucun danger d'infection, ayez recours à l'ostéotomie. La simplicité opératoire qu'elle présente, l'innocuité qu'elle offrira de plus en plus, grâce aux progrès de l'antisepsie, me font préjuger qu'elle deviendra la méthode de l'avenir.—*Gazette des hôpitaux.*

De la résection du sommet du poumon.—Nous empruntons à la *Semaine médicale* une intéressante leçon clinique faite à l'hôpital Beaujon, par M. TUFFIER sur la résection du sommet du poumon. Il y a plus de trente ans qu'un médecin de la Ferté-Gaucher, le Dr Amédée Joux, l'avait tentée sur des moutons et l'avait proposée, comme moyen curatif de la tuberculose du sommet des poumons :

—“ Vous m'avez vu pratiquer le 5 mai dernier la résection du sommet du poumon droit pour une tuberculose au début localisée à ce niveau. Je veux vous présenter aujourd'hui le malade complètement rétabli de mon intervention, et vous donner quelques détails sur l'opération que j'ai pratiquée.

La chirurgie ne s'est encore adressée que timidement à l'appareil pulmonaire ; nos incursions dans cette voie ont été généralement repoussées avec fortes pertes, et, à cet égard, le poumon est certainement l'un des organes qui s'est le mieux défendu. Aussi l'ouverture des collections purulentes plus ou moins vastes, le débridement des larges cavernes sont les seules interventions auxquelles on se livre d'une façon suivie. La voie dans laquelle est dirigée actuellement la chirurgie étrangère la conduit à attaquer des altérations graves et étendues ayant détruit une grande partie des tissus. Les faits dont je veux vous entretenir sont d'un ordre nouveau et absolument opposé ; ils ont trait à l'intervention contre les lésions initiales, presque à l'état naissant et, en tous cas, très limitées, et les moyens que nous proposons sont également différents, puisqu'ils reposent avant tout sur une opération simple, ne nécessitant pas de grands délabrements, opération devant être suivie d'une réunion par première intention et d'une guérison très rapide. Elle doit faire place de suite aux moyens médicaux, qui seuls peuvent mettre les malades en état de défense contre une nouvelle incursion de la maladie.

Avant de tenter l'extirpation du parenchyme pulmonaire, j'ai fait de nombreux essais d'amphithéâtre et de laboratoire. Je crus d'abord trouver dans la ligature du sommet de l'organe un moyen simple et efficace. A travers une petite incision intercostale, je voulais cheminer par voie de décollement sous-pleural, faire le tour du poumon, le lier et isoler ainsi les lésions, puis les détruire sur place. En vain, pendant mon prosectorat, je fis à ce sujet des recherches anatomiques sur la zone pleurale décollable ; je fis construire des appareils de toutes courbures et de tous mécanismes, je surmontai une série de difficultés, mais j'échouai devant un obs-

taele. Le feuillet pariétal de la séreuse se laisse assez facilement décoller en haut, en avant et en arrière; mais, en dedans, le canal thoracique, le nerf phrénique passant entre le péricarde et la plèvre qu'il faut dissocier, restent accolés au feuillet pariétal et menacent d'être enserrés dans la ligature. La possibilité d'un pareil accident me fit renoncer à cette méthode. Une thérapeutique nouvelle des lésions pulmonaires parut un instant si efficace, que j'abandonnai ensuite toute tentative de ce côté, jusqu'au jour où ce traitement sembla tomber en défaveur.

Je reviens alors à l'idée d'une *résection du poumon*; mais une pareille intervention nécessitait l'éclaircissement préalable de plusieurs questions.

Comment le parenchyme pulmonaire normal supporterait-il une ligature? Quels sont les modes et la rapidité de la réparation de ses pertes de substance? Que devons-nous craindre de ses innombrables vaisseaux? Que diraient les réflexes respiratoires sous l'influence de cette striction chez un malade chloroformé? Et surtout, comment se comblerait l'espace laissé vide dans la cage thoracique par suite de l'ablation d'une partie du poumon?

Sans doute les faits cliniques publiés et des recherches antérieures pouvaient répondre en partie à ces questions, mais avec une rigueur insuffisante pour établir une base certaine. Aussi, pour les résoudre, je me suis adressé à l'expérimentation sur les animaux. J'ai fait une série de recherches au laboratoire de M. Dastre, à la Faculté des sciences, recherches très longues, car les résections pulmonaires chez le chien sont bien plus délicates, bien plus difficiles à parfaire que chez l'homme. La minceur de la plèvre, son adhérence et surtout la gravité extrême du pneumothorax qui est presque fatalement double, à cause de l'absence du médiastin, vous expliquent ces difficultés. Ces expériences m'ont donné des résultats dont le détail trouvera place ailleurs, mais dont je vous dois ici les données ayant une importance pratique.

La ligature d'un fragment de poumon provoque des réflexes respiratoires et cardiaques sans syncope; la cicatrisation de ces plaies est rapide, on peut tenter d'unir le tissu pulmonaire au muscle intercostal, et là encore il se fait une fusion intime des tissus. Quant au vide laissé dans le thorax par suite de l'extirpation du tissu pulmonaire, il se comble rapidement par l'expansion du reste du parenchyme, pourvu que la portion enlevée ne soit pas trop considérable, sans que je puisse vous donner de proportions mathématiques. Fort de ces résultats expérimentaux, j'ai abordé deux opérations sur l'homme.

Chez un premier malade, je pratiquai le 13 novembre dernier une cure radicale d'une hernie spontanée du poumon, et j'en profitai pour faire l'exploration chirurgicale du sommet de l'organe. Il s'agissait d'une tumeur occupant le deuxième espace intercostal et présentant tous les signes de cette affection. Le diagnostic de

tuberculose pulmonaire concomitante avait été très discuté, vu les antécédents scrofuleux de cet homme, et les signes fournis par l'auscultation. Je fis une incision du deuxième espace intercostal, je décollai soigneusement la plèvre pariétale et je pus ainsi explorer avec le doigt tout le sommet de l'organe. Les sensations ainsi recueillies me parurent très nettes, le poumon vivant, aussi mou, aussi souple que le plus fin duvet, laisse percevoir la moindre induration, la plus petite rugosité. Le sommet était uniformément souple; je fis la cure radicale de la hernie et je refermai par une suture à quatre étages la plaie ainsi faite. Au septième jour mon malade était guéri et de mon intervention et de sa hernie. Je l'ai présenté à la Société de chirurgie, et je puis ajouter que notre exploration a été valable, car le malade n'a eu depuis cette époque aucune accident de tuberculose.

Je ne fais que vous signaler incidemment cette première intervention, qui m'enhardit dans cette voie, et j'arrive à la *résection* que vous m'avez vu pratiquer. Voici d'abord l'histoire de mon malade: c'est un jeune homme de vingt-cinq ans, de taille moyenne, assez vigoureux encore et dont les accidents pulmonaires ont débuté il y a deux mois. Il n'est pas issu d'une souche tuberculeuse; nous ne relevons dans son passé aucun stigmate avéré de scrofule. Son état général était parfait quand il vint exercer à Paris, il y a trois ans, la profession de cuisinier. Il subit progressivement l'anémie liée à sa profession, puis tomba dans la misère il y a trois mois environ. C'est depuis cette époque seulement que l'amaigrissement, la faiblesse, les sueurs nocturnes, une rauçité de la voix et une toux quinteuse sans hémoptysie se sont manifestés. Dans ces conditions, il est entré à l'hôpital Beaujon, le 25 avril, dans le service de M. Gombault, qui constata une tuberculose au début. Les signes stéthoscopiques étaient les suivants:

Au sommet du poumon droit et en avant, submatité, respiration rude et saccadée, expiration prolongée, craquements secs pendant la toux; ces signes sont limités à la région sous-claviculaire; en arrière, mêmes symptômes exactement localisés à la fosse sus-épineuse. Le sommet gauche paraît intact. Le malade, peu amélioré par les divers traitements qu'il a subis, accepte une intervention dont toutes les chances lui sont exposées.

La méthode opératoire que j'ai employée est un peu spéciale, et voici sur quelle base elle est établie.—La grosse difficulté dans cette opération consiste à faire passer un volumineux sommet du poumon à travers un espace intercostal étroit; pour cela, il faut ou diminuer l'objet qui doit le traverser, ou agrandir l'orifice. On peut agrandir le passage par une résection costale, comme on l'a généralement fait. Désirant avant tout pratiquer une opération simple sans grands délabrements et permettant une guérison rapide, je ne voulus pas employer ce procédé. Il me fallait donc diminuer le volume du poumon; mais le morcellement n'est guère

praticable à ce niveau, il peut créer une auto-inoculation, et faire un pneumothorax d'emblée me paraissait périlleux; voici comment j'ai tourné la difficulté: Je décolle la plèvre pariétale autour du sommet du poumon, sauf à la partie la plus interne, je crée ainsi un pneumothorax *extra-pleural* qui, agissant comme un pneumothorax vrai, permet au poumon de se rétracter, mais dans la seule région correspondant au décollement, c'est-à-dire au sommet de l'organe, qui se trouve ainsi réduit de volume, affaissé dans une certaine mesure; c'est ce que vous avez pu voir pendant notre opération. On peut alors l'amener dans le champ opératoire, le faire sortir à travers l'espace intercostal; ce décollement de la plèvre pariétale a un second avantage: quand on amène le poumon à travers l'espace intercostal, la plèvre pariétale se déchire, comme vous l'avez vu pendant notre opération; mais, comme elle est plus ou moins flottante, elle s'applique sur le poumon et empêche ou limite ainsi la pénétration de l'air dans la plèvre.

Le 5 mai vous m'avez vu opérer ce malade au pavillon Dolbeau, avec le concours de M. Théophile Anger et de nos internes.

Toutes les précautions de rigoureuse aseptie étant réalisées, le malade étant chloroformé, je fais porter à faux l'épaule du côté opéré en plaçant un coussin étroit en long sous l'échine. Le creux sous-claviculaire est ainsi diminué de profondeur. Puis je reconnais le *deuxième espace intercostal* que je choisis à cause de son siège et de ses dimensions, je fais une incision parallèle à cet espace et aboutissant à 2 centimètres du sternum au niveau de la mammaire interne. Le grand pectoral, puis les deux intercostaux incisés et réclinés, je vous ai fait voir à travers la plèvre les aréoles pulmonaires. Alors commence le travail délicat de *décollement de cette plèvre pariétale*. En dehors et en haut la libération est facile, en dedans au contraire vous avez vu qu'à un moment donné la séreuse a cédé, un léger sifflement nous a indiqué que quelques centimètres cubes d'air entraient dans la séreuse, j'ai appliqué le doigt, puis un tampon de gaze iodoformée sur la perforation et il n'y a eu aucun incident. Le décollement étant opéré, j'ai nettement senti l'induration du sommet de l'organe et j'ai pu préciser son étendue.

Passant ensuite mon doigt derrière le sommet du poumon, j'ai pris l'organe avec une pince spéciale qui ménage la friabilité du tissu, et je l'ai amené au dehors, déchirant ainsi la plèvre pariétale qui faisait collerette autour du poumon. Il n'y avait pas trace d'adhérence entre les deux feuillets de la séreuse; là nous avons pu examiner à loisir les lésions. La couche corticale la plus superficielle était saine. Au-dessous, nous sentions nettement l'induration pulmonaire, ferme au centre, légèrement granuleuse à sa périphérie, le tout présentant le volume d'une grosse noisette; les moindres détails de cette induration sont perceptibles à un degré dont l'examen que nous faisons généralement sur le cadavre ne peut donner une idée. J'ai ensuite passé au-dessous de ma pince un fil

de soie plate, qui m'a permis de faire une ligature en chaîne à 5 centimètres au-dessous du sommet et à 2 centimètres au-delà de la zone infiltrée; la ligature serrée, j'ai fixé le pédicule au périoste de la face interne de la deuxième côte en le suturant bien exactement, afin de ne pas avoir de pneumothorax. Puis j'ai refermé bord à bord les muscles intercostaux et les fibres du grand pectoral par trois plans de sutures perdues au catgut; j'ai suturé de même le muscle grand pectoral, puis la peau au crin de Florence. Un pansement iodoformé et ouaté a été posé. Pendant toute l'opération, qui a duré trente-cinq minutes, chloroforme compris, la respiration et la circulation n'ont pas été troublées un seul instant.

Les suites ont été aussi bénignes qu'on peu le désirer, la température n'a pas dépassé 37°5; il n'y a eu aucune réaction locale ou générale: le malade n'a pas toussé. Au sixième jour, j'ai enlevé le pansement et les crins; nous en avons profité pour ausculter le malade, ce qui, jusqu'alors, était impossible à cause du pansement. La respiration s'étendait dans toute l'étendue du poumon depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base, sans aucun bruit anormal, sans souffle, sans frottement, sans aucun signe d'épanchement pleural. Toutefois, le murmure vésiculaire est légèrement affaibli dans toute l'étendue du poumon, comme cela se rencontre dans les cas d'affections douloureuses du thorax, ou le malade immobilise partiellement sa cage thoracique. Le pansement est supprimé au neuvième jour; le patient a pu sortir et monter les deux étages de la Société de chirurgie où j'ai pu présenter sa guérison opératoire (séance du 13 mai 1891).

La pièce a été examinée au laboratoire de M. le professeur Cornil, à la Faculté. Le sommet enlevé mesure 5 centimètres de hauteur, il contient une nodosité tuberculeuse du volume d'une noisette, sans excavation; autour de ce noyau siègent des tubercules disséminés. La présence des bacilles ne permet aucun doute sur la nature de la lésion.

Je ne veux entrer à propos de ce fait dans aucune discussion. Je sais parfaitement les objections à faire et les arguments à donner. Je me garderai également de poser des indications qui seront restreintes à des formes rares de tuberculose ou d'hémoptysies graves. Je ne puis que poser le problème que l'avenir seul pourra juger. J'avais un tuberculeux avec une lésion localisée, je l'ai débarrassé de sa lésion. A-t-il maintenant plus de chance de résister, grâce à des moyens médicaux, à une nouvelle incursion du mal?

C'est ce que nous verrons; pour le moment, je n'ai la prétention que de signaler un résultat opératoire et une voie nouvelle.—*Paris médical.*

Le chancre syphilitique saigne facilement, le chancre mou suppure, l'herpès pleure une sérosité abondante.—Du CASTEL.

Traitement de l'orchite par la réfrigération.—M. le Dr DE LA VALLE indique, dans sa thèse, le procédé employé à l'hôpital du Midi par M. Du Castel, pour le traitement de l'orchite. procédé qui consiste dans l'usage du chlorure de méthyle, suivant la méthode indiquée par M. Bailly, et qui porte maintenant le nom de stypage. Le scrotum est badigeonné au moyen d'un pinceau trempé dans le liquide réfrigérant. L'opération est renouvelée deux fois par jour. Un soulagement immédiat et considérable de la douleur est ordinairement la conséquence du premier stypage, alors même qu'elle était extrêmement violente, et les malades peuvent ensuite se lever et ne sont pas forcés de garder le lit. Dans une thèse récente sur le même sujet, M. le Dr Duchaussoy a vu que sur 68 cas traités dans le service de M. Du Castel, la durée moyenne des applications fut de sept jours et demi, et la durée totale du séjour à l'hôpital de onze jours et demi. Ce traitement est facile et simple dans les hôpitaux, puisque en dehors de l'application quotidienne qui dure à peine quelques secondes matin et soir, il laisse, pour le reste de sa journée, sa liberté entière au malade, et ne nécessite l'addition d'aucun autre traitement soit externe, soit interne.—*Revue de bibliographie médicale.*

De la tarsectomie postérieure.—OLLIER publie quelques chapitres tirés de son volume nouveau, le *Traité des résections*, qui va paraître incessamment. Pour pratiquer l'opération de la tarsectomie postérieure, la seule incision type de l'ablation du calcanéum peut suffire ; mais il faut quelquefois avoir recours à l'incision qui est propre à l'extraction isolée de l'astragale. Les indications de cette opération qu'on peut encore appeler l'ablation calcanéostétragaliennne dérivent toutes de l'ostéite ; la *panostéite* du calcanéum avec invasion consécutive de l'astragale, et propagation à l'articulation tibio-tarsienne ; les séquestres centraux de l'astragale qui sont assez fréquents : toutes les ostéites : ostéo-myélites, ostéo-arthrites suppurées simples ou tuberculeuses.

Dans cette opération Ollier, quand il le peut, laisse un plateau calcanéen, c'est-à-dire la face inférieure de cet os, quand il n'est pas pris dans toute son épaisseur.

Les résultats d'Ollier sont les suivants : huit opérations. pas de mort du fait de l'opération, une mort de tuberculose pulmonaire cinq mois après. Les quatre opérés suivis sont complètement guéris ; ils mènent une vie active, marchent sans chaussure spéciale, sans douleurs, sans suppuration. Le pied est mobile sur la jambe en bonne position. Le calcanéum, dans tous les cas, est reconstitué par une masse dure, osseuse, qui fournit au tendon d'Achille une insertion favorable à l'action du triceps.

Ollier fait un parallèle intéressant entre la résection du tarse et l'opération de Wladimiroff Mikulicz, qui outre la tarsectomie fait la soudure tibio-antépédieuse en direction rectiligne.

L'opération de Mikuliez n'est applicable qu'aux cas où la peau du talon est le siège de néoplasmes ou est détruite par traumatisme, gangrène, etc.

On doit chercher à faire marcher les malades sur le talon antérieur, quand le talon postérieur ne peut être utilisé. On doit encore faire le Wladimiroff Mikuliez quand la lésion des os s'étend ou plus haut ou plus bas. La suture tibio-antétarsienne permettra au malade de marcher mieux sur la tête de son métatarse que sur la face plantaire d'un pied flottant et insuffisamment soutenu. Mais quand les lésions ne sont pas très étendues, chez les sujets au-dessous de trente ans, Ollier préfère la tarsectomie totale avec conservation du pied dans sa position normale et quand les os et les tissus de l'avant-pied sont trop mauvais pour le succès de cette opération, il croit le plus souvent préférable de recourir à l'amputation totale du pied avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen. Il aime mieux ne pas transformer ses malades de plantigrades en digitigrades.

Les opérés d'Ollier se chaussent comme tout le monde et conservent une articulation mobile. En outre Wladimiroff coupe souvent le nerf tibial et laisse peu de vaisseaux nourriciers au pied.—*Revue de bibliographie médicale.*

Déterminations cutanées de la blennorrhagie.—M. le docteur PERRIN étudie cette question dans un article des *Annales de dermatologie* et constate tout d'abord que l'histoire de ces éruptions a passé pour ainsi dire par trois phases. Il y a vingt-cinq ans encore, comme on regardait la blennorrhagie comme une affection exclusivement locale, on considérait toutes les éruptions survenant à ce moment comme étant dues à l'usage du copahu. Un peu plus tard, lorsque Neisser eut décrit le gonocoque comme l'organisme spécifique de la blennorrhagie, on considéra toutes les manifestations de cette maladie comme étant d'ordre infectieux et les éruptions en particulier comme dues à l'action du gonocoque sur la peau. Toutefois de nouvelles recherches montrèrent que les résultats obtenus au point de vue du gonocoque, étaient très irréguliers et que si on peut admettre le rôle étiologique du gonocoque dans la blennorrhagie, on ne peut, par suite de son absence dans le sang, considérer les phénomènes à distance et principalement les éruptions comme dus à la pénétration dans le torrent circulatoire de cet agent infectieux. La question est donc complexe et il est probable que les éruptions ne relèvent pas d'une source unique. C'est ce que M. Perrin démontre dans son travail.

Les éruptions qu'on observe dans la blennorrhagie sont de nature très différente; elles se manifestent sous forme de poussées de purpura, sous forme d'érythèmes polymorphes et d'érythèmes nouveaux, et sous forme d'éruptions scarlatiniformes et rubéoliformes; mais toutes ces éruptions n'offrent aucun caractère particulier

qui permette de leur assigner une étiologie certaine. Ce n'est donc que de l'analyse très attentive des faits observés que l'on peut induire la nature de ces éruptions. M. Perrin conclut, en somme, que la pathogénie des érythèmes survenant dans le cours de la blennorrhagie est très complexe; les uns ne sont que de simples coïncidences et sont dus à des causes quelquefois banales qu'il faut chercher avec soin; les autres dérivent directement soit de la blennorrhagie, soit des balsamiques.

La blennorrhagie peut, en effet, s'accompagner d'érythèmes même en dehors de toute intervention médicamenteuse. On ne peut dire cependant encore aujourd'hui que ces érythèmes soient dus à la gonohémie, en raison de l'absence du gonococcus dans le sang et dans les liquides articulaires. Ces éruptions sont rarement sous la dépendance d'infections secondaires auxquelles la blennorrhagie a ouvert la voie ou préparé le terrain. D'ordinaire, ce sont des érythèmes angio-nerveux dont la blennorrhagie a déterminé la production par action sur le système vaso-moteur.

Enfin, les balsamiques et en particulier le copahu, produisent le plus ordinairement des troubles gastro-intestinaux, mais ils peuvent produire des toxidermies érythémateuses; ils ne sont pourtant pas directement pathogènes: il semble qu'il faut, pour qu'ils se produisent, que le terrain soit déjà préparé par la blennorrhagie. Il est, en effet, remarquable de voir que ce médicament ne provoque pas d'éruption quand il est administré dans d'autres affections que la blennorrhagie, tœnia, iritis, bronchites, dysenterie, cystite, psoriasis, diphtérie, etc. Tout en tenant compte de ce que les balsamiques sont bien rarement administrés en dehors de la chaude-pisse on ne peut s'empêcher de mettre en relief ce fait de la plus haute importance.—*Courrier médical.*

La roséole syphilitique est la plus commune des syphilides. Aucun syphilitique pour ainsi dire n'y échappe. C'est en général le premier des accidents secondaires.—Prof. FOURNIER.

Les taches de la roséole syphilitique sont absolument insensibles, non squameuses, et ne donnent lieu à aucun prurit.—Prof. FOURNIER.

La roséole syphilitique fait toujours absolument défaut à la face si ce n'est quelquefois à la lisière du cuir chevelu; il n'y en a jamais sur les mains. Elle récidive fréquemment.—Prof. FOURNIER.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Du curettage de l'utérus.—M. le Dr QUEIREL, de Marseille, a fait connaître au Congrès de Limoges, la méthode suivante, dont les résultats pratiques lui paraissent encourageants. L'avant-veille, la patiente prend un bain alcalin et savonneux, et le matin du jour de l'opération, un lavement. Elle fait une toilette soignée à la solution de sublimé avec injection vaginale.

Avant de procéder à l'opération, le chirurgien pratique lui-même le cathétérisme vésical et l'antisepsie des organes génitaux, surtout des culs-de-sac du vagin; il commence par des injections et des lotions au sublimé à 1/2 millième, puis, avec les doigts aseptiques, il nettoye tous les plis et replis du vagin, d'abord avec une solution phéniquée à 2 0/10. Trois aides sont nécessaires: un pour le chloroforme et un pour chaque membre inférieur. Les instruments seront rendus aseptiques par la chaleur à 130° et un bain phéniqué à 25 0/10. On dispose sur le plateau une sonde de femme en argent, une pince d'Hégar à branches glissantes, deux pinces Collin à mors inégaux, un dilataleur de Marion Sims, une curette tranchante à long manche métallique et de petit calibre, un écouvillon, un injecteur à pression, au besoin un thermocautère avec deux lames de spéculum en bois, le spéculum de Simon avec son jeu de lames, un dilataleur de Pajot, enfin une grosse curette et une sonde intra-utérine de Budin. Pour le pansement, on préparera un paquet de gaze iodoformée et un paquet d'ouate phéniquée.

Après avoir couché la femme sur une table, près d'une fenêtre, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le ventre, on procède à la chloroformisation. On introduit alors l'index gauche jusqu'au museau de tanche. On fait glisser sur son bord radial la pince d'Hégar et, la branche mousse étant poussée dans le col, on la ferme de manière que les griffes de l'autre branche pénètrent dans le tissu du col le plus près possible du cul-de-sac vaginal. On attire ensuite doucement et on le saisit du côté opposé avec une pince de Collin, qui permet de retirer la première. Au moment où le col utérin arrive à la vulve, on balaie avec un tampon d'ouate phéniquée ou d'une injection phéniquée, les mucosités qui s'en écoulent presque toujours.

On commence immédiatement une dilatation douce et lente, au moyen du dilataleur de Marion Sims à 3 branches, en ayant soin de diriger un jet phéniqué entre les branches de l'instrument jusque dans la cavité utérine: pas besoin de recourir aux sondes à double courant. Quand la dilatation est suffisante pour per-

mettre l'introduction du doigt, on lave à nouveau et on entreprend le curettage. Celui-ci doit être poursuivi jusqu'à l'enlèvement complet de la muqueuse. On termine par un ou plusieurs lavages, par l'écouvillon à la créosote ; on lave le vagin au sublimé, et après avoir enlevé les pincées, on le bourre de gaz iodoformée ; on sonde avec précaution la malade, on la réveille enfin et on la transporte dans son lit. Au bout de 48 heures et plus tard tous les deux jours, on renouvelle le pansement ; à cet effet, on enlève le tampon, on lave les organes à la solution de sublimé et on replace un nouveau tampon de gaze iodoformée. S'il y a déchirure du col, on pratique l'opération d'Emmet, et en cas de néoplasme cancéreux, on enlève celui-ci au thermocautère. Y a-t-il des ulcérations saignantes ou des indurations hypertrophiques du col, on fait la dilatation et on cautérise ensuite au fer rouge.

Il convient autant que possible de tenir les malades couchées jusqu'à leurs premières règles et de terminer le traitement par une série de 25 à 30 douches froides, en pluie, avec jet brisé sur les membres inférieurs, en évitant la percussion de la ceinture et du ventre.

La méthode de dilatation, suivie de curettage, ne présente aucun danger ; elle n'est suivie ni de fièvre, ni de douleur. Au contraire, la fièvre existante disparaît, ainsi que les douleurs. Sur 10 cas de cancer ulcéré, M. Queirel espère avoir obtenu 6 guérisons complète. Sur 45 cas de métrite ou plutôt d'endométrite chronique, 1 seul insuccès et pas la moindre élévation de température, pas de douleur, pas d'accident. Deux malades sont devenues enceintes et l'une d'elles est accouchée d'une superbe fille. En résumé, le curettage utérin est appelé à rendre de grands services dans presque toutes les maladies de l'utérus et même des annexes, soit comme cure radicale, soit comme moyen palliatif. Elle pourra, faite à temps dans les accidents de la puerpéralité sauver des accouchées, vouées à une mort certaine par septicémie. Mais elle est principalement indiquée dans le cas de métrite chronique du corps de l'utérus, quand la cavité est augmentée de capacité, quand la muqueuse est fongueuse ou purulente, quand enfin le catarrhe utérin s'est éternisé et a résisté à tous les moyens dirigés contre lui, ou encore quand il y a exfoliation cataméniale.—
Revue de bibliographie médicale.

Le curettage après l'accouchement et l'avortement. par le Dr J. W. LONG.—L'emploi de la curette après l'accouchement à terme ou prématuré est indiqué dans trois cas : quand il y a infection, hémorragie, ou rétention des membranes ou du délivre.

1. L'infection puerpérale est due à un ou plusieurs germes qui se développent d'abord au niveau de la muqueuse utérine, pour gagner ensuite l'économie. De là deux formes cliniques.

Une forme putride, dans laquelle des lambeaux de placenta ont

de membranes, ou de caillots sont décomposés sur place, par des germes qui, vraisemblablement, ne sont pas entraînés dans l'économie, mais affectent cette dernière par une sorte d'intoxication, au moyen des ptomaines qu'ils sécrètent. Il n'y a pas à proprement parler de localisations cliniques dans ces cas, pas de péritonite, mais des phénomènes généraux seulement. L'infection, dans la seconde forme, est due à une bactérie, qui, développée quelque temps dans l'endométrium, est charriée dans le courant sanguin ou lymphatique, s'y multiplie pour aller çà et là, créer des foyers secondaires : péritonite, pelvicellulite, etc.

Le traitement local, irrigations ou curette, est très efficace dans la première forme, et seulement au début de la deuxième, quand le foyer septique est encore localisé à la muqueuse utérine. L'auteur rappelle les expériences par lesquelles Auvaré a démontré la supériorité de la curette par l'irrigation, pour drainer suffisamment la cavité utérine. Il rappelle également les cas de mort qui ont suivi l'injection intra-utérine. En outre, on est toujours dans la nécessité de répéter cette dernière, au moins à chaque exacerbation thermique.

La curette a ses contre-indications ; la péritonite, et l'anémie grave qui suit les grandes hémorrhagies. Elles ne sont pas absolues, car tous les microbes ne sont pas également transportés par le courant sanguin, et si l'on a lieu de penser que la cavité utérine est le siège d'un foyer putride important, on peut passer outre un léger degré de péritonite pour en faire le curage.

Il faut faire un diagnostic très précoce de la septicémie. La moindre déviation à la marche normale doit la faire redouter. On débute alors par une injection vaginale antiseptique, la femme placée au bord de lit. Si les symptômes ne s'amendent pas, on a recours à une injection intra-utérine, et enfin à la curette. L'auteur n'a recours à la curette d'emblée que lorsqu'il craint la rétention de membranes ou de placenta ; lorsqu'il s'agit d'un avortement au-dessous de 4 mois ; qu'il y a une hémorrhagie grave à odeur fétide ; que les symptômes septiques sont très graves, ou que la malade est éloignée et qu'on ne peut pas la visiter souvent.

II. L'hémorrhagie post-partum est le plus souvent due à la rétention de débris de membranes ou de placenta. Lorsque elle a lieu dans les premières heures qui suivent l'accouchement, on introduit la main revêue aseptique et l'on entraîne ces débris ; mais plus tard, l'orifice du col est refermé, l'introduction de la main n'est plus possible, et la curette la remplace avantageusement.

III. Lorsqu'il y a rétention, de produits membraneux ou ou placentaires, la curette est encore préférable : car à moins qu'il ne s'agisse d'un accouchement à terme, où la rétention soit bornée à quelques petits fragments de membranes, l'intervention s'impose

Cette opération doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques connues. L'usage du chloroforme n'est utile que dans quelques cas assez rares. La malade est placée dans la position obstétricale, le col dilaté extemporanément. On se sert d'une curette mousse ou tranchante, suivant la résistance du tissu utérin. On termine par une injection antiseptique, et on laisse soit un crayon d'iodoforme comme pansement, soit une légère cautérisation de la surface grattée.— *Revue de bibliographie médicale.*

Considérations sur le diagnostic des grossesses géme-laires.—Pendant son internat à la Maternité de Bucharest, NISSESCU a eu l'occasion d'observer 12 grossesses géme-laires. La rareté de quelques positions des fœtus, les difficultés de diagnostic l'ont porté à faire de ce sujet sa thèse inaugurale.

La première partie du travail comprend des généralités, se rap-portant au mode de production, aux causes et à la fréquence, d'après les pays, des grossesses géme-laires. Pendant seize ans, on a enregistré, à la Maternité de Bucharest, 161 grossesses géme-laires et l'auteur a rédigé un tableau des variations qui concernent le sexe des jumaux, leur présentation, les annexes, etc.—Dans la seconde partie, l'auteur insiste sur les signes des grossesses géme-laires, la difficulté du diagnostic pendant la gestation et la néces-sité de le faire pendant l'accouchement, avant et après l'expulsion du premier fœtus. Il y a en outre 17 observations, la plupart personnelle, dont deux très rares de fœtus superposés en T et T. D'après l'auteur, cette dernière position n'aurait été observée qu'une seule fois jusqu'à présent.

Les conclusions de ce travail sont : 1o. La fréquence des gros-sesses géme-laires, à la Maternité, est de 1 pour 67 grossesses simples. 2o. Le nombre des grossesses géme-laires est, à peu près, quatre fois plus grand chez les multipares. 3o. Les sexes, dans l'ordre de fréquence, sont : les deux masculins, les deux féminins, sexe différent ; plus fréquemment le premier-né est le masculin. 4o. Les accouchements précoces sont plus fréquents, 70 0/0. 5o Le diagnostic, dans les six premiers mois, ne peut être que probable. 6o Dans les derniers mois, la certitude du diagnostic dépend de la position des fœtus. Il y a trois variétés de position : a) fœtus situés l'un à côté de l'autre ; b) fœtus situés l'un au-dessus de l'autre ; c) fœtus situés l'un au devant de l'autre. 7o La palpation et l'auscultation ne peuvent pas cerner des signes de certitude. 8o Le toucher vaginal dans des cas très rares assure le diagnostic. 9o Les difficultés de diagnostic seraient : l'œdème considérable des parois abdominales, la trop grande tension de la paroi utérine, l'hydramnios, l'excitabilité particulière de l'utérus, la mort d'un ou des deux fœtus et la troisième variété de position. 10 Le diagnostic pendant l'accou-

chement est important à faire, à cause des accidents qui peuvent survenir. Après l'expulsion du premier fœtus, la recherche, par un examen attentif, de la présence d'un second fœtus, nous confirmera le diagnostic fait *a priori* auparavant.—*Revue de bibliographie médicale.*

Traitement antiseptique de la vaginite.—Il s'agit du traitement local au moyen des tampons et des irrigations :

1o *Irrigations.*—On les pratiquera avec le spéculum tubaire en injectant doucement, très doucement, le liquide antiseptique et en même temps que l'on retire le spéculum, de façon à mettre toute la surface de la muqueuse en contact avec le médicament.

Le liquide à injecter sera la solution de sulfate de cuivre à 1 pour 100, de thymol, d'acide phénique ou de sublimé à 2 pour 1000, ou bien de quatre cuillerées à bouche par litre du glycérol boriqué suivant :

Acide borique.....	40 parties.
Glycérine neutre pure.....	60 —

F. s. a. et dissoudre à chaud.

2o *Tamponnement.*—On les pratique avec l'ouate hydrophile trempée dans ce glycérol ou bien dans le suivant :

Acide phénique cristallisé.....	1 partie.
Salicylate de bismuth.....	4 —
Glycérine pure.....	40 —
Eau distillée	100 —

Ou bien encore avec la préparation suivante parfois un peu douloureuse à tolérer :

Iodol	2 parties.
Alcool	60 —
Glycérine.....	40 —

3o *Balnation.*—A moins d'indications contraires, bains sulfureux avec injections au moyen du spéculum pendant leur durée et avec l'eau du bain.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique*

Les myosites et les cellulites de la cavité pelvienne par CAROLINA WIDERSTREM.—Dans cette affection, le toucher rectal combiné avec le toucher vaginal fait constater de l'empatement douloureux, de la tuméfaction et de l'épaississement des tissus, tantôt étendus, tantôt limités en forme de nodules. Le siège de ces altérations est variable, Dans certains cas, le tissu adipeux de l'excavation pelvienne est affecté de préférence ; dans d'autres, les lésions pathologiques atteignent les muscles, surtout ceux qui

ont des rapports directs ou indirects avec le coccyx : releveur de l'anus, ischio-coccygien, coccygien et sphincter anal (Heule). Ces myosites, et cellulites peuvent se manifester isolées ou accompagnées d'endométrites et de congestions vaginales vestibulaires. Ces complications sont assez fréquentes. Les symptômes subjectifs varient avec la localisation et le degré variable de l'affection, Une sensation de pesanteur, de pression, de douleur et de cuisson, est principalement perçue dans la région vulvaire ou dans la région anale. Assez souvent, la station assise provoque des douleurs dans la région coccygienne. Ordinairement, la douleur est plus accusée quand la malade se lève sur son séant. La défécation est douloureuse, les selles sont difficiles. Ces symptômes sont identiques à ceux de la coccygodynie, dont les causes sont, d'après les auteurs, des altérations morbides des vertèbres et des articulations coccygiennes. Dans la plupart des cas, rapportés par Carolina Widerström, le coccyx était exempt de points douloureux. Restent à éclaircir les rapports des formes graves de vaginisme avec les myosites et cellulites de l'excavation pelvienne. L'influence du froid est très considérable au point de vue étiologique.

Comme traitement, on recourt au massage bimanuel. L'index d'une main (le gauche pour masser à gauche du coccyx, le droit pour masser à droite) est introduit dans le rectum (exceptionnellement dans le vagin), tandis que l'extrémité de l'autre main s'appuie vis-à-vis sur la face inférieure du bassin. Le massage est pratiqué alternativement à l'intérieur et à l'extérieur. Dans le vagin, il est interdit d'exercer des frottements sur la muqueuse; on doit la déplacer dans les mouvements, en traitant seules les parties sous-jacentes. Tous les cas traités par cette méthode ont guéri.—*Revue de bibliographie médicale.*

Les abcès du sein reconnaissent pour cause unique les fissures du mamelon.—GOODELL.

BARTHOLOW est d'avis que chez les femmes à tempérament nerveux, hystériques et souffrant d'irritabilité vésicale avec envie fréquente d'uriner, il est peu de remèdes aussi efficaces que le gelsemium.

Dans la blennorrhée et la leucorrhée, LUTAUD recommande la formule suivante :

Créoline.....	20 gouttes
Extrait fluide d'hydrastis.....	2½ drachmes

M.—*Dose* : Deux cuillerées à thé dans une chopine d'eau chaude, en injection.

PÆDIATRIE.

Traitement de la pleurésie de l'enfance, par J. SIMON.—Nous extrayons d'une savante clinique du Dr J. Simon les principales indications qui doivent guider dans le traitement des pleurésies de l'enfance.

Précautions générales.—Tenir au chaud, ouate sur la poitrine et aux pieds.

A l'intérieur : Calomel 0 gr. 01 à 0 gr. 05 centigrammes tous les deux ou trois jours, pour amener dérivation intestinale.—Digitale, X à XX gouttes de teinture comme diurétique et anti-phlogistique ; lait chaud, tisanes diurétiques.

A l'extérieur : Contre l'élément douleur : cataplasmes sinapisés.

a Si la résolution de l'épanchement traîne : appliquer vésicatoires, mais avec les précautions suivantes :

1o Camphrer le vésicatoire :

2o Vésicatoire de 4 centimètres de diamètre seulement.

3o Ne le laisser que trois heures au maximum.

4o Pansements boriqués.

b Si l'épanchement passe à la purulence deux traitements peuvent seuls donner des résultats.

Ou bien : 1o *Thoracentèse avec lavages antiseptiques.*—Ne pas faire la thoracentèse avant cinq ou six semaines après le début de la pleurésie.

Faire la ponction sur la ligne axillaire en raison du rapprochement des côtes en arrière. Si la pleurésie est enkystée, choisir le point voulu.

Prévenir la famille de la possibilité d'une ponction blanche.

Faire l'aspiration, comme le lavage, très lentement.

Lavages avec l'eau boriquée.

Il faut quelquefois 10 ponctions avant d'obtenir la guérison.

Ou bien : 2o *Empyème.*—Choisir le 5e ou 6e espace intercostal si la pleurésie est à droite ; le 6e ou 7e espace si elle est à gauche.

Incision de 4 à 5 centimètres, sur le milieu de l'espace, sur la ligne axillaire ;

Suivre le bord supérieur de la côte inférieure ;

Ponction de la plèvre très légère pour ne pas perforer le poumon qui est souvent adhérent ;

Drains bien fixés par une épingle, plongeant dans la plèvre ;

Lavages boriqués deux fois par jour ;

Pansements antiseptiques.—Surveiller la plaie.—Antisepsie la plus rigoureuse.

Traitement général.—Relever les forces à l'aide des toniques.—
Paris médical.

Les bains tièdes dans l'entérocélite aiguë des jeunes enfants.
—Boardman REED rapporte plusieurs observations d'entérocélites graves de la première enfance, accompagnés d'hyperthermie, de diarrhée, d'agitation excessive, et même d'accidents comateux. Reed commence par débarrasser le tube intestinal au moyen d'un laxatif léger (sirop de rhubarbe) ; puis, si les accidents persistent, il fait prendre à l'enfant un bain de dix à quinze minutes, à la température de 32 degrés. Il conseille parfois d'appliquer en même temps un peu d'eau froide sur la tête. L'effet du traitement serait, dans quelques cas, "magique." Reed préfère de beaucoup, comme agent calmant, le bain tiède aux opiacés dont on connaît les dangers chez les jeunes enfants.—*Courrier médical.*

Pseudo-alopécie et eschares occipitales chez les jeunes enfants.—Les plaques d'alopécie au niveau de l'occiput, dit M. VARIOT, sont fréquentes chez les jeunes enfants ; elles sont ordinairement sans gravité ; quelquefois cependant elles s'accompagnent de troubles de nutrition de la peau produisant des érythèmes et des eschares. Chez tous les enfants les cheveux sont rares au niveau de la région occipitale. C'est aussi en ce point que siègent le plus souvent les plaques d'alopécie ; on en voit également quelquefois au niveau des bosses pariétales.

Elles se produisent surtout chez les enfants élevés au biberon, qui restent couchés sur le dos, mais elles peuvent s'observer chez les enfants nourris au sein et très bien soignés. Cette alopécie doit être regardée comme le premier degré d'altérations plus importantes, l'érythème et l'eschare. L'érythème peut être léger et passager ; quelquefois cependant à son niveau on voit se produire des pustules d'impétigo, et il peut donner naissance à de petites eschares, ordinairement superficielles et ne dépassant pas la largeur d'une pièce de deux francs. Ces eschares se montrent chez des enfants atteints d'une affection aiguë ou chronique ; M. Variot les a observées chez des petits athreptiques, tuberculeux ou broncho-pneumoniques.

Elles ont, à ce point de vue, une certaine valeur pronostique. Elles ne s'accompagnent pas d'eschares sacrées.

L'examen à l'œil nu et à la loupe des plaques glabres montre qu'il s'agit d'une pseudo-alopécie et non d'une alopécie véritable ; on peut en effet les voir couvertes de poils follets très courts, fins et très peu pigmentés ; ils traversent l'eschare quand celle-ci s'est produite.

Au microscope, le cuir cheveu paraît sain ; les follicules pileux ne sont pas modifiés. Le pronostic de cette pseudo-alopécie est donc bénin, les altérations ne portant que sur l'extrémité libre du poil.

Quelles sont les causes de la pseudo-alopécie des enfants? Parrot, Bouchut, etc., accusaient surtout les sueurs profuses. Mais elles n'ont probablement qu'une importance secondaire, puisqu'elles se produisent sur toute la tête et que les régions occipitale et pariétale sont seules atteintes. On a incriminé avec plus de raison les mouvements latéraux et les frottements répétés produits par le balancement; on trouve, en effet, à la périphérie des plaques, des cheveux cassés et comme usés; cependant les poils follets ne sont point cassés. La cause la plus importante est la pesanteur. La tête, dans les premiers mois qui suivent la naissance, est proportionnellement très lourde. Or, chez les enfants, surtout chez ceux qui sont élevés au biberon, la pression s'exerce d'une façon continue sur la région occipitale. De plus, les cheveux de cette région sont continuellement dépourvus de lumière, d'où probablement leur décoloration.

La pseudo-alopécie des enfants reconnaît donc des causes mécaniques et physiques. Elle ne pourrait être confondue qu'avec l'alopécie syphilitique qui s'en distingue par ses caractères et par son siège.—*Concours médical.*

Albuminurie chez les jeunes enfants.—M. le Dr SÉJOURNET, de Revin, étudie dans l'*Union médicale du Nord-Est* une forme d'albuminurie qu'il considère comme plus fréquente chez les jeunes enfants qu'on ne le croit généralement. Il l'a observée chez des jeunes sujets de 11 à 16 mois, nourris au biberon ou déjà sevrés et en général soumis à un régime très défectueux. Ce sont de ces enfants qui mangent de tout à toute heure et qui gagnent, à ce dérèglement alimentaire, du ballonnement du ventre, de la dilatation stomacale et même de l'augmentation de volume du foie.

L'albuminurie a succédé chez eux à des désordres digestifs s'exprimant par des vomissements et de la diarrhée, soit que l'affection prenne la marche de l'athrepsie et aboutisse à la dénutrition et à l'amaigrissement soit qu'elle garde les allures d'une gastro-entérite plus ou moins aiguë. Sa nature infectieuse explique ses méfaits, car M. Séjournet rattache l'albuminurie de ces petits malades à leurs troubles gastro-intestinaux.

En effet, dans leur estomac dilaté, dans leurs intestins distendus, encombres de matériaux mal digérés, s'opèrent des fermentations anormales suivies de production de matières toxiques. Ce sont ces produits infectieux qui, après résorption, vont exercer leur influence sur l'organisme entier et qui en filtrant par les reins sont capables de produire dans ces organes des désordres qui commencent à la congestion simple et finissent à la néphrite. C'est donc par une véritable auto-intoxication qu'on s'explique la pathogénie de l'albuminurie dans ces cas. Un symptôme curieux et qui dénote bien l'état congestif ou inflammatoire des reins, c'est

l'anurie qui a presque toujours accompagné l'albuminurie. Un de ces malades ne rendait qu'une douzaine de grammes d'urine par jour, un autre n'a pas uriné du tout pendant deux jours et une nuit. Son filtre était absolument fermé : il n'a pas pour cela présenté d'accidents urémiques.

C'est presque toujours cette anurie qui a mis le médecin sur la voie d'une albuminurie possible et on devra toujours y penser en cas pareils, car ces deux phénomènes sont de même ordre et prouvent qu'il y a en même temps obstruction et lésions rénales.

Après l'anurie, le signe objectif le plus marquant est l'enflure des pieds et mêmes des mains, des paupières ou de la face, mais ces symptômes peuvent manquer.

La quantité d'albumine est très variable, de 0.25 à 1 gr. 50. La durée de la maladie dans les observations de M. Séjournet a été de 2 à 4 semaines.

Traitement classique : lait coupé ou non d'eau de chaux, selon qu'il n'y a pas de vomissements, petits purgatifs à l'huile de ricin et au sirop de gomme mélangés, calomel, salicylate de bismuth pour la désinfection intestinale. Frictions sèches sur la région lombaire pour opérer une dérivation active du côté de la peau et décongestionner les reins.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi thérapeutique du camphre en injections sous-cutanées.—On sait que les injections hypodermiques de camphre ne sont pratiquées habituellement qu'à titre d'excitant dans les états de collapsus. Or, d'après les observations de M. le Dr B. ALEXANDER (de Berlin), elles constitueraient un moyen thérapeutique précieux dans plusieurs affections et mériteraient d'être employées sur une vaste échelle.

Notre confrère berlinois emploie pour ces injections hypodermiques l'huile camphrée (de la pharmacopée allemande), composée de 1 partie de camphre pour 9 parties d'huile d'olives. Il injecte chaque fois 1 gramme de ce mélange.

D'après M. Alexander, une seule injection d'huile camphrée suffit déjà pour couper les angines folliculaires, les coryzas et les pharyngo-laryngites aigus. Dans les bronchites *a frigore*, une première injection agit comme expectorant, et, après la quatrième injection, les crachats font complètement défaut, même dans les cas les plus graves. La bronchite des emphysemateux se laisse très peu influencer par le camphre.

Dans la pneumonie fibrineuse, les injections de camphre produisent un abaissement de température d'environ 1° et améliorent notablement l'état général. Elles sont surtout indiquées dans les pneumonies des vieillards, des individus débilés ou atteints de faiblesse du cœur.

Les injections de camphre se montrent aussi très utiles dans la chloro-anémie, ainsi que chez les cardiaques lorsque la digitale reste sans effet : grâce au camphre, on voit dans ces cas l'action de la digitale se manifester de nouveau.

Mais c'est surtout dans le traitement de la phtisie, à la période de ramollissement avec cavernes, sueurs nocturnes et fièvre hectique, que notre confrère berlinois recommande chaleureusement les injections d'huile camphrée. Il dit en avoir obtenu des résultats brillants qui surpassent de beaucoup ce que peuvent donner tous les autres moyens employés en pareille circonstance.

Les sueurs nocturnes et la fièvre hectique disparaissent souvent après une première et toujours après la troisième injection. La toux et les crachats diminuent, les forces se rétablissent (des malades alités depuis longtemps ont pu se lever après la première injection), le sommeil devient calme, l'appétit renaît; dans les cas de tuberculose du larynx, les douleurs de la gorge diminuent et la voix devient plus sonore. Sur les hémoptysies, les injections de camphre exercent aussi une action favorable; elles en diminuent l'intensité et la durée et préviennent les récidives.

En résumé, M. Alexander considère les injections d'huile camphrée comme le meilleur traitement symptomatique de la période ultime de la phtisie pulmonaire. Ce traitement permet de soulager le malade tout en prolongeant le temps qui lui reste à vivre. Il n'échoue que dans les cas où la maladie est compliquée d'une diarrhée par trop abondante.

Ainsi que l'ont montré les observations de notre confrère, le camphre, employé en injections sous-cutanées, exerce une action cumulative. En effet, lorsqu'on fait quotidiennement une injection de 1 gramme d'huile camphrée, le malade commence à éprouver généralement, après la cinquième injection, de la céphalalgie et de l'agitation nocturne. Il faut alors suspendre la médication pour huit jours au moins, car si on recommence le traitement avant ce délai, l'action cumulative, caractérisée par le mal de tête et un sommeil agité, se manifeste dès la deuxième injection.

Notons encore que les injections de camphre ne doivent pas être employées chez les tout petits enfants, qui les supportent mal, même à dose minime.—*Semaine médicale.*

Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose.— Dans sa communication au Congrès international de médecine, le professeur PETRESKO (de Bucharest) préconise la digitale à forte dose contre la pneumonie. Il administre par cuillerée à bouche

toutes les demi-heures, une infusion de poudre de feuilles de digitale, dans la proportion de soixante grains pour six onces d'eau. D'après l'auteur, cette médication jugulerait la pneumonie; quant à la dose, elle serait thérapeutique et n'aurait occasionné aucun empoisonnement. Son action est surtout marquée dans la pneumonie fibrineuse franche: ses effets immédiats sont la chute de la température de 104° F (40°C) à 98° F (37°C), la lenteur du pouls et la diminution de fréquence dans la respiration. Cette communication se termine par les conclusions suivantes: 1° Donnée à dose thérapeutique, la digitale a une action antiphlogistique directe. 2° La dose peut être élevée de 60 à 120 grains de feuilles en infusion dans les vingt-quatre heures. 3° Si le cas est grave, ce traitement doit être continué pendant deux ou trois jours. 4° Quand l'état de la circulation et de la respiration s'améliore, tous les symptômes locaux disparaissent par le fait même. 5° Une statistique de l'auteur établit la supériorité de sa méthode sur toutes les autres. La mortalité dans la pneumonie, qui a son maximum (34, 5 p. 100) par la méthode antiphlogistique et son minimum (3 p. 100) par celle des toniques et de l'alcool, ne serait que de 2,06 p. 100 par la méthode de Petresco. 6° Fort de ses propres expériences et de celles des autres, ce dernier affirme que les hautes doses de digitale telles qu'il les donne, sont inoffensives. Enfin il déclare, après avoir établi un parallèle entre les différents modes de traitement de la pneumonie, que la méthode expectante est irrationnelle, et même dangereuse. Mais la pneumonie peut avorter si elle est traitée à son début par la digitale.—*Revue internationale de bibliographie médicale.*

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'inhalation d'acide osmique, par E. VALENZUELA.—L'auteur a traité 16 tuberculeux par les inhalations d'acide osmique, avec des résultats fort encourageants. Ce qui caractériserait ce médicament serait son action rapide et la persistance de ses effets. En même temps qu'une prompt modification des symptômes locaux: expectoration, signes physiques d'auscultation et de percussion, on observerait une amélioration de l'état général et des forces digestives. L'emploi de l'acide osmique n'a jamais eu d'effet nuisible, même chez les tuberculeux fébricitants ou hémoptysiques. La dose et le mode d'administration ne sont pas indiqués.—*Revue de bibliographie médicale.*

Ipécacuaeha pendant le travail, pour activer les contractions.—Se fondant sur sa pratique de plusieurs années, le Dr Th. DRAPER conseille l'ipécacuaeha pour activer les contractions utérines pendant le travail, si ce dernier se prolonge, soit par la résistance du col, soit par inertie utérine.

L'auteur donne toujours du vin d'ipéca (Ph. Br.), 10 à 15 gouttes toutes les dix minutes.

Deux ou trois prises suffisent pour provoquer des contractions énergiques de la matrice, terminant rapidement le travail.

Ce remède ne provoque jamais de contractions tétaniformes de l'utérus, si souvent occasionnées par l'ergot de seigle.

Les contractions provoquées par l'ipéca se répètent régulièrement comme les contractions naturelles, mais sont plus énergiques et se succèdent avec une grande fréquence.

L'auteur pense que tous ceux qui voudront remplacer l'ergot de seigle par la racine d'ipécacuanha, confirmeront ses dires.—*Abeille médicale.*

Traitement de la phtisie par les inhalations de chloroforme.

—Pio MARFORI dit avoir obtenu de bons résultats dans quelques cas de phtisie en faisant inhaler au malade du chloroforme pendant quelques minutes cinq à six fois par jour. La toux est calmée, les caractères de l'expectoration sont modifiés, la température s'abaisse. Les symptômes reparaissent dès qu'on suspend le traitement.

Dans un cas, un jeune homme qui avait un des sommets gravement atteint depuis deux ans, fut complètement guéri par les inhalations continuées pendant trois mois. Le malade consomma pendant ce temps 5 kilogrammes de chloroforme.—*Médecine moderne.*

Traitement de la colite glaireuse par les lavements de chlorate de potasse.

—M. BOUVERET rapporte avoir vainement employé, dans le cas de colite glaireuse, les divers lavements préconisés, tels que lavements de bromures, de térébenthine, de nitrate d'argent. De tous les lavements médicamenteux, celui qui a le mieux réussi est un lavement de 400 à 500 grammes d'eau tiède contenant 4 à 6 grammes de chlorate de potasse. Ce lavement doit être pris, le patient étant au lit, le matin après l'évacuation spontanée ou provoquée des matières accumulées dans le gros intestin; il est gardé le plus longtemps possible, une demi-heure à une heure au moins. On en répète l'usage par séries de 5 ou 6 jours, particulièrement après les crises, quelquefois fébriles et douloureuses, au milieu desquelles sont éliminées les masses glaireuses. M. Bouveret a vu, dans un cas récent, ce traitement prolongé pendant plusieurs mois amener une guérison à peu près complète.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Action physiologique et thérapeutique de la caféine.

—Après avoir longuement exposé d'après de nouvelles expériences l'action de la caféine au point de vue physiologique et thérapeutique, le Dr PARISOT croit pouvoir conclure en disant :

La caféine a une action élective sur le système nerveux dont elle exagère la tonicité, et c'est par l'intermédiaire de celui-ci qu'elle agit sur tous les autres systèmes.

La caféine empêche l'accélération des battements du cœur et

l'essoufflement consécutifs à l'effort. Elle paraît maintenir la pression sanguine à son niveau normal et agir sur le cœur par son action vaso-tonique.

La caféine n'agit pas sur la nutrition comme un aliment d'épargne et elle n'a pas une action spécifique sur l'excrétion de l'urée qu'elle modifie dans des sens divers sous l'influence de conditions inconnues.

Elle paraît élever la température centrale et augmente la quantité d'acide carbonique exhalé, c'est-à-dire qu'elle augmente les pertes en carbone, sans du reste restreindre les autres.

La caféine agit sur l'individu inapté non pas comme aliment, mais en tonifiant le système nerveux et en permettant, par son ingestion, d'utiliser les réserves de l'organisme.

La caféine en thérapeutique pourra être fréquemment utile :

10. Dans les maladies du cœur, chaque fois que l'arythmie est observée, pour régulariser les contractions et diminuer leur fréquence ;

20. De même aussi dans les cas où par suite de modifications des fonctions bulbaires, il y a de l'irrégularité dans la respiration ;

30. Dans tous les états adynamiques et les convalescences des fièvres graves ;

40. Elle peut être un excitant de la zone psycho-motrice, et à ce titre être utilisée dans le traitement de la mélancolie ;

Pour ce qui concerne l'emploi de la caféine dans l'effort, on peut dire que :

La caféine permet de continuer longtemps celui-ci sans fatigue. Elle fait disparaître la sensation pénible de la faim. Il ne faut pas en continuer longtemps l'usage sous peine d'épuisement.

Il faut administrer la caféine à doses fractionnées de 0 gr 10 à 0 gr. 20 centigr. pour une prise et ne pas dépasser 1 gr. 50 dans les vingt-quatre heures. La dose moyenne doit être de 0,50 centigr.

Le meilleur mode d'administration est la potion ou les cachets, et il y a lieu de faire des réserves pour les injections hypodermiques à cause de la douleur qu'elles provoquent.

La naphthaline comme ténifuge et vermifuge.—D'après les observations de M. le Dr MIROVITCH, la naphthaline serait le meilleur moyen pour provoquer l'expulsion des ténias.

Par la sûreté de son action et l'absence de tout effet toxique (le médicament n'est résorbé dans le tube gastro-intestinal qu'en quantité infime), elle serait de beaucoup supérieure à tous les ténifuges connus, tels que écorce de grenadier, pelletiérine, fougère mâle, kouso, etc.

On administre la naphthaline aux enfants, d'après la formule suivante :

Naphtaline.....	0 gr. 30 à 0 gr. 50
Huile de ricin.....	15 grammes.
Essence de bergamote.....	11 gouttes.

Les adultes prennent aussi à jeun, d'abord un cachet contenant 1 gramme de naphthaline et immédiatement après 30 grammes d'huile de ricin.

Pendant les deux jours qui précèdent l'administration du médicament, le malade se nourrit d'aliments salés, acides et épicés.

Dans toutes les observations de notre confrère de Biélsk, une seule dose de naphthaline a suffi pour expulser le ténia avec sa tête, même dans les cas où tous les autres ténifuges avaient échoué.

La naphthaline serait aussi, d'après M. Mirovitch, le moyen le plus sûr contre les ascarides.

L'euphorine comme analgésique. — L'euphorine (phényluréthane), après des essais faits l'an dernier par SANSONI, vient d'être expérimentée à nouveau par F. Adler, sur 6 malades de sa clientèle privée ainsi que sur 24 malades du service de M. B. Stiller, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Buda-Pesth.

Il s'agissait dans ces cas de névralgies sus-orbitaires, de céphalées nerveuses chroniques, de migraines habituelles, de sciaticques, de rhumatisme articulaire aigu et chronique et de douleurs musculaires rhumatismales.

Contrairement à M. Sansoni, qui considère l'euphorine comme un médicament analgésique médiocre, M. Adler dit avoir obtenu les résultats les plus encourageants.

C'est ainsi que tous ses cas de névralgie sus orbitaire (3) et de sciaticque (également 3) ont guéri rapidement et complètement.

Dans la migraine l'action de l'euphorine a été des plus éclatantes.

Les céphalées nerveuses chroniques ont été considérablement améliorées.

L'observation suivante est surtout de nature à mettre en relief les services précieux que peut parfois rendre l'euphorine comme analgésique. Un garçonnet de 6 ans souffrait depuis plusieurs mois de névralgie du trijumeau, ayant résisté à tous les analgésiques connus, y compris la quinine, ainsi qu'aux bromures et à l'arsenic. Seule l'euphorine, à dose de 0 gr. 15, a enrayé à coup sûr et rapidement les accès les plus violents. Toutefois une guérison complète n'a pas encore été obtenue dans ce cas.

Dans le rhumatisme, l'euphorine s'est montrée moins active que dans les névralgies. Sur neuf cas de rhumatisme poly-articulaire aigu, deux seulement ont été guéris; dans le rhumatisme articulaire chronique, on n'a obtenu qu'une amélioration passagère. Par contre, l'euphorine paraît être très efficace contre les douleurs musculaires rhumatismales, à en juger par trois cas de cette affection qui tous ont guéri rapidement.

D'après les observations de M. Adler, la dose active d'euphorine serait, pour l'adulte de 0 gr. 40. On peut la répéter trois à cinq fois dans les vingt-quatre heures.

On administre l'euphorine en cachets, en solution alcoolique ou simplement en suspension dans de l'eau. Aux doses indiquées, le médicament est toujours bien supporté et ne donne jamais lieu à aucun phénomène inquiétant ou simplement désagréable.—*Mercredi medical*.

Le thym contre la coqueluche (A. NÆVIUS). — L'auteur rappelle que M. S. B. Johnson a signalé en 1888 le thym comme le meilleur remède de la coqueluche. Puis, il fait connaître les avantages considérables qu'il en a tirés dans une épidémie de coqueluche qui s'était déclarée à Joonsun. La guérison aurait eu lieu en quinze jours. Voici sa formule très simple :

Thym	100 grammes.
Eau	700 —

Faites infuser et ajoutez :

Sirop de guimauve	50 —
-------------------------	------

Nous y substituerions volontiers du sirop de belladone.—A prendre par doses d'une cuillerée à thé ou à soupe, huit à douze fois par jour, suivant l'âge des enfants.

Nous empruntons ces renseignements au *Finska Lakaresällskapets Handlingar*, rédigé par le Dr FAGERLUND, qui donne à la fin de chacun de ses numéros un résumé en français des articles publiés.

FORMULAIRE

Eczema infantile.

P.—Sous nitrate de bismuth.....	5 drachmes.
Oxyde de zinc pulvérisé.....	1 drachme.
Acide phénique liquide.....	30 gouttes.
Vaseline.....	1 once.

M.—En frictions.—*Nouveaux remèdes*.

Dyspepsie flatulente.

P.—Magnésie	} parties égales.
Phosphate de chaux.....	
Charbon pulvérisé.....	
Soufre	

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, au besoin.—*Provincial Medical Journal*.

Calvitie.

P.—Teinture de jaborandi.....	4 drachmes.
Lanoline.....	3 “
Glycérine.....	2 “

M.—En frictions, le soir.—*Lancet*.

Rhumatisme aigu.—W. Porter.

P.—Acide salicylique.....	3 drachmes.
Bicarbonate de soude.....	2 “
Elixir de gaulthérie... ..	1 once.
Glycérine.....	4 drachmes.
Eau pour faire 4 onces.....	

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les heures jusqu'à effet.—*St. Louis Medical and Surgical Journal*.

Eczéma.

P.—Oxide de zinc.	1 once.
Glycérine... ..	2 onces.
Mucilage.....	2 “

M.—*Courrier de médecine*.

Oxyures.

P.—Teinture de rhubarbe.....	30 gouttes.
Carbonate de magnésie	3 grains.
Teinture de gingembre.....	1 goutte.
Eau.....	4 onces.

M.—En injections rectales, tièdes, toutes les 3 ou 8 heures.—*Annals of Gynecology and Pediatrics*.

Métrorrhagie.—Falk.

P.—Muriate d'hydrastinine.....	$\frac{3}{4}$ grain.
Extrait de réglisse.....	q. s.

M.—Faire 10 pilules. Dose : Une ou deux pilules par jour.—*St. Louis Medical and Surgical Journal*.

Prurit.—Brubaker.

P.—Acide hydrocyanique dilué	2 drachmes.
Borate de soude.....	1 drachme.
Eau de rose.....	8 onces.

M.—En lotions.—*College and Clinical Record*.

Asthme.—Brubaker.

P.—Liquueur de Fowler.....	2 gouttes.
Iodure de potassium	10 grains.
Sirop de tolu.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
Eau.....	$\frac{1}{2}$ drachme.

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record*.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, JUILLET 1891.

BULLETIN.

Bureau Provincial de Médecine.

Nous empruntons à notre confrère de la *Gazette Médicale* le compte rendu qui suit des délibérations du *Bureau provincial de médecine*, à sa réunion du 13 mai dernier, tenue à Montréal sous la présidence du Dr J. J. Ross.

1o *Rapports des agents du Collège.*—Sur quatre agents qu'emploie le Collège pour la poursuite de ceux qui pratiquent la médecine illégalement, deux seulement ont fait rapport: M. Couture, de Rimouski, et M. Mackay, de Montréal.

M. Couture a poursuivi un charlatan et a perdu; le Collège a dû payer les frais de la cause.

M. Mackay a intenté onze poursuites: cinq inculpés ont payé l'amende volontairement; cinq ont été condamnés et un a été acquitté.

Une femme a été poursuivie dans St-Liboire pour pratique illégale des accouchements; mais l'action a été renvoyée, le juge ayant décidé que le fait de pratiquer un accouchement de temps à autre, sans en faire une profession, ne constitue par la *pratique des accouchements*.

M. Mackay se plaint que la loi actuelle ne pourvoit pas à tous les cas.

Sur proposition de M. le Dr Beausoleil, il est décidé d'accorder à M. Mackay un bonus de \$150 pour services rendus l'an dernier. Il est de plus résolu que dorénavant, outre le montant de l'amende, l'on accordera la somme de \$20 aux agents dans tous les cas où ils réussiront.

2o *Plaintes des Régistrateurs.*—M. le Régistrateur s'étant plaint

qu'il n'avait pas les pouvoirs nécessaires pour recouvrer devant les tribunaux les arrérages dûs par les médecins de la province, il est proposé par M. le docteur Rinfret, appuyé par M. le docteur Waters:

Que le Régistrateur soit autorisé à poursuivre les médecins retardataires quand il le jugera à propos.

30 *Irrégularités.*—Plusieurs jeunes médecins n'ayant pas rempli les formalités requises pour obtenir leur licence, et créant des ennuis à eux-mêmes et au Bureau, il est proposé par M. le Dr. Desjardins, secondé par M. le Dr. Paquet:

Qu'une circulaire contenant les formalités requises pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine soit adressée aux Ecoles, aux Collèges et aux Facultés de médecine, avec prière de les insérer dans leurs annuaires, vu que le Collège a dorénavant l'intention d'y adhérer strictement.

40 *Réciprocité avec la Province d'Ontario.*—Trois médecins licenciés dans la Province d'Ontario demandent à obtenir une licence pour pratiquer dans la province de Québec.

Par courtoisie pour la Province d'Ontario, on leur accorde la licence demandée.

Mais M. le Dr. Hingston propose qu'un comité composé de trois des Gouverneurs soient envoyés à Toronto pour demander au Conseil Médical de cette Province, de nous accorder la même justice. Ces délégués reçoivent aussi l'instruction d'insister d'une manière toute spéciale sur la générosité que le Bureau des Médecins de la Province de Québec a toujours manifesté envers les gradués d'Ontario.

Il est résolu de continuer la courtoisie jusqu'au règlement de la question de réciprocité.

50 *Amendements à la loi médicale.*—M. le Dr. Beausoleil donne alors lecture de ce qui a été fait par le comité de législation.

Ce rapport n'est pas encore terminé, mais il insiste sur les points suivants:

A. La commission ne recommande pas au Bureau de prendre le contrôle des examens d'admission à l'étude, mais elle suggère de changer les examinateurs chaque année;

B. Les honoraires pour l'admission à l'étude seront de \$25 00; pour l'admission à la pratique, ils seront de \$50.00, et il n'y aura pas de contribution annuelle;

C. Il n'y aura plus d'assesseurs; leur rapport sera remplacé par le rapport assermenté des secrétaires des différentes Facultés.

D. La commission ne s'oppose pas à la loi des pharmaciens.

60 *Examens préliminaires.*—Le rapport des examinateurs pour l'admission à l'étude n'est pas arrivé à temps pour être soumis au conseil; voici toutefois la liste de ceux qui sont considérés comme ayant passé leurs examens.

“ MM. J. Piché, J. B. Archambault, P. A. Proulx, Paul Denis,

Ernest Brunelle, J. B. Martin, Albert DesGroseillers, Wilfrid Chicoine, Chas. Bishop, Alb. Lemay, Alp. Labrecque, Jos. Beauchamp, J. Roudeau, A. Sarrasin, Elphège Moquin, J. Rouleau, Henri Lasnier, A. Moffatt, C. I. Tétrault, David Hébert, Aldéric Plante, M. Bélanger, J. P. Sirois, R. de Lotbinière Harwood, L. A. Gagnier, J. E. C. Tomkins, Jos. Frenette, Ernest Birtz, W. Lewis, A. Rodrigue, F. X. A. Ouellette, H. P. F. Duchêne, A. Magnan, Salm. d'Argy, R. A. Kerry, Alf. Roy, Vitor Bourdeau, Arthur Lacroix, H. Archambault, Simon McNally, et Wm. J. McNally.

MM. J. E. Bolduc, B. L., et O. T. H. Paré, B. A., ont été inscrits aux registres du Collège sur présentation du diplôme de leurs degrés académiques respectifs."

* **

Il serait certainement à désirer que le Bureau fit quelque chose pour stimuler le zèle des agents du Collège dans leur campagne contre le charlatanisme, mais nous ne croyons pas qu'ils puissent actuellement faire mieux qu'ils n'ont fait, la loi qui régit aujourd'hui le corps médical étant bâtie de façon à laisser autant de privilèges aux charlatans et aux rebouteurs qu'aux médecins eux-mêmes. Si nos législateurs pouvaient, une bonne fois, se rendre aux désirs de la profession et nous laisser nous protéger nous-mêmes convenablement !

* **

Aussi sensée qu'opportune la proposition Desjardins-Paquet, à l'effet d'indiquer aux futurs candidats à la licence les formalités à remplir. Chaque année un certain nombre de candidats—gradués de nos écoles et universités—se présentent devant le Bureau et demandent une licence alors qu'aux termes stricts de la loi, ils n'y ont pas droit du tout, soit qu'ils n'aient été admis régulièrement à l'étude que depuis deux ou trois ans, soit même qu'ils n'aient subi aucun examen préliminaire. On plaide ignorance de la loi, et s'il arrive que le Bureau, se laissant attendrir, passe l'éponge sur l'irrégularité, c'est déjà un précédent de créé, et une porte ouverte aux abus.

* **

La question de la *réciprocité* inter-provinciale semble avancer un peu, grâce à la proposition faite par M. le Dr Hingston de faire demander au conseil médical d'Ontario, par l'entremise d'un comité de trois Gouverneurs, de faire pour nos licenciés ce que nous faisons, nous, pour les licenciés de la province sœur. Seulement nous attendons avec plus de curiosité que d'inquiétude le rapport du comité chargé de voir à cette affaire.

Nous voyons qu'"il a été résolu de continuer la courtoisie (sic)

jusqu'au règlement de la question."..... Et si la réciprocité nous est refusée, que fera le Bureau ?

* * *

Le rapport, forcément incomplet, (et nous le regrettons, du comité dit de législation touche à plusieurs points importants.

Tout d'abord, nous croyons sage que le Bureau ne prenne pas le contrôle des examens d'admission à l'étude de la médecine. Placés entre des mains compétentes, ces examens ne donneront pas de meilleurs résultats si on les confie à des médecins. Que l'on change les examinateurs de temps à autre si l'on veut, nous n'y avons guère d'objection, pourvu que l'on choisisse toujours un jury d'une incontestable compétence. Nous sommes volontiers en faveur de mesures tendant à rendre aussi difficile que possible l'accès de la profession tout en nous assurant l'admission de sujets absolument propres à la dignement représenter. Ça a été, croyons-nous, le but que voulait atteindre le Bureau quand il a rendu plus sérieux et plus difficile l'examen pour l'admission à l'étude. Nous n'avons aucune raison d'agir autrement aujourd'hui, bien au contraire.

* * *

Le système des assesseurs a fait son temps, et s'étant montré d'une parfaite inutilité, nous nous réjouissons de voir qu'on en demande le rappel. Si le Bureau veut contrôler les examens universitaires, privilège que nous sommes loin de lui refuser, qu'il décide la formation d'un jury central d'examineurs comme cela se fait dans Ontario, et que tous les candidats passent par la même filière.

Le système décimal.

Il est enfin permis de prévoir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, le système décimal sera universellement adopté par toutes les nations civilisées des deux mondes. Le gouvernement russe vient d'émaner un décret arrêtant qu'à l'expiration des cinq années qui vont suivre, le système décimal, tant pour les poids que pour les mesures, sera le seul suivi et adopté dans toute l'étendue de l'empire. Il ne reste donc plus que les nations de langue anglaise qui s'obstinent à rejeter le nouveau système. Déjà aux Etats-Unis, l'emploi du système décimal est absolument légal sans être obligatoire. Il est à croire que l'adoption officielle de ce système ne saurait tarder à se faire chez nos voisins. Quant à l'Angleterre, toujours fidèle aux vieilles institutions, même quand

elles sont quelque peu surannées, elle y mettra peut-être le temps, mais elle devra quand même emboîter le pas derrière les autres nations avec lesquelles elle est en relations de commerce.

Pour ce qui concerne plus spécialement la profession médicale du Canada, l'adoption du système décimal aura l'avantage de rendre uniforme le dosage des médicaments et de faciliter l'étude de la matière médicale et de la thérapeutique dans les revues, journaux et traités publiés en France et en Allemagne. Outre que le praticien y trouvera utilité et profit pour l'étude des médicaments et de leurs applications au traitement des maladies, le pharmacien, de son côté, verra se faciliter pour lui la préparation des médicaments composés et des ordonnances magistrales. On pourra enfin voir disparaître de la matière médicale les signes toujours plus ou moins compliqués de drachme, d'once et de scrupule, remplacés qu'ils seront par un système dont la simplicité extrême aurait dû, bien avant aujourd'hui, s'imposer à notre attention. Qui songe aux bons vieux louis, chelins et deniers depuis l'adoption du système décimal ? Quand le gramme et ses divisions seront entrés dans la pratique courante, le grain et l'once nous sembleront être du dernier ridicule.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LANPHEAR.—**Bloodless Amputation of the hip. How should it be performed?** by EMORY LANPHEAR, M.A., M.D., Kansas City.

OLIVER.—**History of a case of Sarcoma of the Genu of the Corpus Callosum presenting symptoms of profound hysteria, with autopsy,** by CHS. A. OLIVER, M.D.

SOURY.—**Publications du Progrès Médical, Paris, 14 rue des Carmes. Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaines; les Fonctions du Cerveau.** (Doctrines de l'école de Strasbourg; doctrines de l'école Italienne), par Jules SOURY. Un volume in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte.—Prix : 8 frs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Au Japon, il y a, dit-on, 40,215 médecins. Heureux malades, s'il en reste !

Nécrologie.—A Montréal, MM. les Drs J. V. BASTIEN et A.

THIBAUT. A Trois-Rivières, M. le Dr J. E. BADEAUX, ancien membre du Bureau Provincial de Médecine.

Le "Arlington Chemical Company" de New-York, propriétaire des célèbres préparations "Beef Peptonoids, Liquid Peptonoids, Liquid Peptonoids with Coca and Phospho-Caffein compound" ont distribué dernièrement aux membres de la profession un pamphlet—annonce d'un genre charmant. On y trouve le portrait et la biographie des citoyens américains les plus éminents, le tout très bien exécuté. Ce pamphlet est le 1er no. d'une série que la compagnie se propose de distribuer gratuitement. Ce premier no. contient les portraits de Greeley, Beecher, Stanley, Morse, Marion Sims et Bryant.

L'inspection pharmaceutique à New-York.—Pendant l'année 1890, la Commission d'inspection des pharmacies de l'Etat de New-York a analysé 286 échantillons de préparations ayant pour base des alcaloïdes (pilules de quinine, de morphine, etc.) et 543 échantillons d'autres préparations pharmaceutiques, recueillis les uns et les autres dans diverses pharmacies prises au hasard. Parmi les préparations alcaloïdiques, environ 70 0/10 étaient médiocres et 54 0/10 des produits divers étaient bons.

La Commission ne semble pas avoir donné de sanction à ses résultats, et ses analyses semblent devoir servir seulement d'avertissement. En tout cas, c'est là une inspection plus sérieuse que de demander où se trouve la clef de l'armoire aux poisons.

La crémation à Liverpool.—La résolution suivante a été votée à une écrasante majorité à la dernière réunion de la Société médicale de Liverpool: Cette Société a reconnu que la crémation des corps présente les plus grands avantages et elle pense que l'établissement d'un four crématoire à Liverpool, d'après des règles convenables, ne soulèverait aucune objection. Il est établi qu'il y a maintenant environ 42 fours crématoires fonctionnant dans le monde entier et que le premier des temps modernes a été érigé à Milan, en Italie, en 1880. On voit par là que la crémation a eu une rapide extension.—*The Journal of the American Medical Association.*

Hommage à M. le Pr. Tillaux.—Le 29 juin dernier, à l'Hôtel Dieu de Paris, à l'occasion de la Saint-Paul, tous les élèves internes et externes du service de M. Tillaux se sont réunis dans les salles Sainte-Marthe et Saint-Côme, pour offrir à leur maître un objet d'art en témoignage de leur profonde sympathie. Le clou de la fête a été, paraît-il, quelques vers dédiés à ce chirurgien par M. François Coppée:

O femmes, bénissez le maître illustre et cher,
 Le guérisseur de qui la parole magique
 Vous donna le courage en cette heure tragique
 Où le scalpel allait trancher dedans vos chairs.
 Maintenant vous baisez avec une ardeur folle
 Sa ferme et noble main, sa main qui vous guérit ;
 Mais votre souvenir plus encore s'attendrit.
 En entendant sa voix qui charme et qui console.

Hopital Notre-Dame, Montréal.—M. le Dr A. LAMARCHE est chargé du service chirurgical à l'hôpital Notre-Dame pour les mois de juillet, août et septembre. Le service se fait à 10 $\frac{1}{2}$ h. a.m. tous les jours et comprend, outre la visite des malades, les démonstrations cliniques propres à chaque cas, les opérations, pansements, etc.

Les autres services sont répartis comme suit :

Médecine: M. le Dr MARSOLAIS, service à 10 $\frac{1}{2}$ h. a.m. tous les jours.

Gynécologie : M. le Dr BRENNAN, service et clinique, opérations, etc., à 10 $\frac{1}{2}$ h. a.m. tous les jours.

Ophthalmologie et otologie : Prof. FOUCHER, service, clinique, opérations, pansements, etc., à 9 $\frac{1}{2}$ h. a.m., lundi, mercredi, vendredi.

Pédiatrie : Prof. S. LACHAPELLE, service, et clinique à 2 h. p.m. tous les jours.

Laryngologie et rhinologie : M. le Dr C. LAVIOLETTE, service, clinique, opérations, etc., à 9h. a.m. mardi, jeudi, samedi.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.—**Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.**—En vertu du *Bill* adopté par la législature provinciale à sa dernière session, l'union universitaire est devenu fait accompli depuis le 1er juillet. Désormais l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, devenue Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, fonctionnera comme telle, le corps enseignant se composant de MM. les professeurs T. E. d'Odet D'Orsonnens, J. P. Rottot, W. H. Hingston, L. B. Durocher, A. Dagenais, A. H. Paquet, A. T. Brosseau, J. A. Laramée, L. E. A. Desjardins, A. Lamarche, N. Fafard, J. A. S. Brunelle, S. Lachapelle, H. E. Desrosiers, E. A. Poitevin, A. A. Foucher, L. D. Mignault, S. Duval, J. P. Chartrand et J. J. Guerin.

A une réunion de la nouvelle Faculté, tenue à l'Université, le 10 juillet, on a procédé à l'élection des officiers pour l'année courante. Ont été élus :

Président : Dr L. B. Durocher ; *Trésorier* : Dr L. A. Demers ; *Secrétaire* : Dr H. E. Desrosiers.

On est actuellement à faire la distribution des chaires d'enseignement, à élaborer les programmes, etc., en vue de l'ouverture des cours qui aura lieu le ou vers le 1er octobre.

Docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises et les Universités allemandes pendant l'année 1889-1890.— Dans l'empire d'Allemagne (45 millions d'habitants) les Universités allemandes ont délivré en 1889-1890, 1125 diplômes de docteur en médecine, ainsi répartis pour chacune d'elles: Berlin, 163; Bonn, 110; Breslau, 42; Erlangen, 69; Fribourg, 44; Giessen, 12; Goettingen, 25; Greifswald, 80; Halle, 36; Heidelberg, 22; Iéna, 42; Kiel, 48; Kœnigsberg, 26; Leipzig, 2; Marbourg, 23; Munich, 114; Rostock, 6; Strasbourg, 63; Tubingen, 22; Wurtzbourg, 166.

Le nombre des docteurs reçus avait été de 1030 en 1888-89; de 935 en 1887-88; de 847 en 1886-87; de 685 en 1885-86.

—En France (38 millions d'habitants, non compris les colonies), le nombre des docteurs en médecine reçus en 1889-90 par les six Facultés françaises a été de 597, en diminution de 28 sur l'année précédente. Bordeaux en a reçu 60; Lille, 16; Lyon, 63; Montpellier, 46; Nancy, 26; Paris, 386.

Empoisonnements par le genièvre en Belgique.—Les petites communes d'Anderghem et de Boitsford, voisines de Bruxelles, ont été, il y a peu de temps, le théâtre d'une épidémie qui a terrifié leurs habitants. Dans l'espace de vingt-trois jours, il est mort vingt-sept personnes, dont une femme. Les victimes, âgées de 40 à 50 ans, ont présenté les symptômes suivants: après quelques jours de prodromes assez vagues, survenaient des douleurs intolérables, sans diarrhée ni vomissements, de la céphalagie, des troubles de la vue aboutissant à la cécité complète, et enfin des symptômes de congestion passive et d'asphyxie. Deux autopsies seulement ont été pratiquées et n'ont pas donné lieu à des constatations pathologiques bien intéressantes (?).

En outre de ces vingt-sept cas terminés par la mort, une quinzaine d'autres ont été suivis de guérison, généralement chez des sujets plus jeunes.

La population a d'abord cru au choléra. Mais l'observation a montré que ces accidents se produisaient exclusivement chez des alcooliques, 12 à 24 heures après un abus de genièvre (parfois plus d'un litre). Les débitants et les consommateurs ayant alors modifié la nature de leurs consommations, le mal a été enrayé. Il semble donc évident que cette épidémie est due aux boissons en usage dans cette population. C'est probablement un effet des principes toxiques contenus dans les alcools de qualité inférieure.—*Bull. de la Soc. de médéc. d'Anvers.*

Naissance.

PERRAULT.—A Montréal, le 18 juillet 1891, au No. 219 Rue Amherst, la Dame du Dr. C. A. Perrault, un fils.

VARIÉTÉS

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT.

Ce que le médecin doit aux malades (1)

Maladies chirurgicales. Certaines opérations sanglantes doivent se faire sur le champ, sans tergiversations, toute perte de temps représentant une chance de salut qui s'envole. Pour d'autres interventions, qui ne présentent pas ce caractère d'urgence, il convient d'attendre le *moment d'élection*.

Eufin, dans un grand nombre d'affections chirurgicales, cette question se pose : Vaut-il mieux opérer ou n'opérer pas ?—Voulez-vous une règle de conduite sûre, infaillible ? Mettez à la place du patient la personne qui vous est la plus chère au monde et dites vous : si elle était atteinte de ce mal, que lui conseillerais-je ?—En ne décidant pas pour un indifférent autrement que vous ne feriez pour elle, vous serez bien sûr de donner toujours votre meilleur conseil, le seul qu'il faille jamais donner.

Voici un cancer de la matrice, dont l'évolution moyenne est de 18 mois. Le mal est au début. Supposons que l'hystérectomie offre des chances de guérison et de mort immédiate à peu près égales. S'abstenir, c'est se prononcer pour une agonie de 18 mois dans des souffrances atroces, et l'on comprend que la femme accepte une intervention qui peut la sauver, mais aussi la tuer tout de suite. C'est sa vie qu'elle joue sur un coup de dé. C'est à elle,—pas à vous,—d'en décider, et vous n'avez le droit ni de la tromper sur l'importance de l'enjeu, ni de peser sur sa résolution.

J'ai accompagné un jour en Hollande mon excellent collègue et ami M. Debaisieux pour l'assister dans une ovariectomie. Pendant qu'on préparait la table à opération et l'appareil instrumental, mon collègue me demanda d'examiner la malade que je ne connaissais pas. Je fus frappé de la flaccidité de la paroi abdominale : or, sur une tumeur qui grossit, la peau est toujours tendue. Que se passait-il donc ? La malade m'apprit que quinze jours auparavant, dans le but d'analyser le liquide, l'ami médecin avait ponctionné le kyste avec une seringue de F. 12. Ju

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

reviens près de mon collègue, qui ignorait ce détail, et je lui dis : Rengainons notre outillage et reprenons le premier train de retour.

— Pourquoi donc ? — Parce que la poche kystique se vide goutte à goutte dans un péritoine complaisant qui résorbe le liquide.

— Mais l'opération se présente si bien, le kyste est uniloculaire, sans adhérences et la patiente est prête ! — Sans doute, mais la meilleure ovariectomie peut tourner mal ; dans le cas actuel, le kyste occasionne à peine de la gêne ; il diminue rapidement, et je citai un exemple où, à la suite d'une éraillure accidentelle comme celle-ci, je l'avais vu se réduire à presque rien. Et, après mûre délibération, considérant que dans ces conditions, s'il s'agissait de notre sœur ou de notre femme ou de notre mère, nous ne lui ferions pas courir même un léger risque inutile, nous nous retirâmes sans avoir exécuté l'opération... à laquelle du reste la principale intéressée ne tenait plus du tout depuis qu'elle la savait évitable.

Et qu'est-il arrivé ? Quelques mois plus tard la poche kystique s'était presque complètement affaissée. Ne se développera-t-elle plus ? C'est une autre question qu'il sera encore temps d'examiner si elle se repose.

Nous avons risqué l'ennui de devoir retourner en Hollande un jour..., mais notre malade n'a rien risqué du tout !

Responsabilité. Le diplôme entériné qui vous permet de pratiquer ne couvre votre responsabilité devant les tribunaux qu'en partie ; vis-à-vis de votre conscience il la laisse toute entière.

Vous avez apporté la fièvre puerpérale dans une maison et, faisant un retour sur vous-même, il vous vient des doutes sur le soin avec lequel vous avez désinfecté vos instruments ou vos mains. Dormirez-vous tranquilles et, si une faute a été commise, le poids de ce remords ne pèsera-t-il pas sur toute votre vie ?

Il n'y a pas encore bien longtemps, en Allemagne, un blessé contracte une septicémie et meurt. La famille intente au médecin un procès en dommages-intérêts, au cours duquel il est démontré que les précautions antiseptiques aujourd'hui en usage n'ont pas été prises, et, attendu que le médecin a fait preuve ou de négligence ou d'ignorance et qu'il est coupable dans un cas comme dans l'autre, le tribunal le condamne à payer une pension à la veuve. C'est si juste, que cette jurisprudence doit fatalement s'établir et s'étendre.

“ Tout fait quelconque de l'homme qui a causé à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer (Code civil, art. 1382).

“ Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais par son imprudence ou sa négligence (art. 1383).

“ S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution, que des

blessures ou des coups, l'emprisonnement sera de 10 jours à 2 mois et l'amende de 16 à 100 fr. (art. 520).

"*Imprudenc, négligence, maladresse, inattention, inobservation des réglemens*, telles sont, dit M. Decharabre, les fautes dont le médecin peut avoir à porter la responsabilité en justice." Et il ajoute que, au civil comme criminel, *l'impéritie, la faute lourde du médecin, l'ignorance des choses qu'il doit nécessairement savoir*, ont paru à la Cour suprême suffisantes pour motiver des condamnations, bien que ces mots ne se trouvent pas dans les articles précités.

Mais mieux que dans tous les articles du Code, c'est dans la conscience du médecin que le malade doit trouver les garanties efficaces et la protection sérieuse. Son honneur et sa probité dépendent des dépôts sacrés remis entre ses mains!

Prudence. Le médecin doit être prudent dans ses paroles comme dans ses actes, et circonspect dans la recherche des causes comme dans le diagnostic, dans le pronostic comme dans le traitement.

Vous découvrez la syphilis chez le mari, avertissez-le des dangers qu'il fait courir à sa femme, mais que celle-ci ne soupçonne rien par votre faute!... Ce serait un ménage gâté!

Une dame se présente dans votre cabinet avec son mari: ils n'ont jamais eu d'enfants, vous disent-ils, et à l'examen vous découvrez les signes non équivoques d'un accouchement... antérieur au mariage! Faut-il vous récrier? Gardez-vous en bien! Mais si vous avez l'occasion d'avoir un entretien particulier avec la dame, laissez-lui entendre que vous, au moins, n'êtes pas dupe.

Ne prononcez jamais les mots de scrofule ou de vérole, ils sonnent trop mal, et n'employez ceux de phthisie ou de cancer qu'à votre corps défendant: il y a tant d'euphémismes désignant ces affections assez clairement pour qu'on ne puisse pas vous soupçonner de les avoir méconnues.

Ne vous prononcez sur la marche et la terminaison d'une maladie que si vous en êtes absolument sûr.—Une prédiction qui se réalise vous pose en prophète, sans doute, mais le démenti, en bien ou en mal, que vous apporteraient les faits, pourrait ruiner à jamais votre crédit.

Prenez garde aux médicaments actifs. Un médecin prescrivit un jour du *deutochlorure* pour du *protochlorure de mercure*, et sa bévuc causa la mort d'un enfant. Il a été condamné avec autant de justice que le sont les pharmaciens qui délivrent du sel d'oseille pour du sel anglais. J'ai prescrit moi-même un jour, 30 grammes d'essence de fleur d'oranger—plus qu'on n'en aurait pu trouver dans toutes les officines de la ville! —Le pharmacien m'en prévint charitablement, mais voyez le tort qu'il pourrait faire à un jeune médecin... qui ne sait pas même prescrire *l'eau de fleur d'oranger!* Relisez toujours très attentivement vos ordonnances et ne lâchez pas des grammes pour des grains.

J'aborde un sujet plus délicat, l'extrême prudence que réclame la médecine des femmes. Je ne puis que l'effleurer. La femme moderne se caractérise, d'après M. Dechambre, " par la faiblesse physique, l'excès de sensibilité, une sagacité qui devine plus qu'elle n'approfondit, la vivacité de l'imagination, la chaleur et la mobilité des facultés affectives." Les êtres ainsi doués sont plus accessibles par le sentiment que par la logique et doivent être menés par le cœur plutôt que par la raison. Là est le danger. Le médecin trouve dans la femme des sympathies profondes ou des antipathies féroces, des amitiés dévouées ou des inimitiés raffinées; il est difficilement à moitié bien ou mal avec elle: c'est tout ou rien! La nature des rapports amène vite l'intimité, et la femme s'attache bientôt à l'homme de l'art pour lequel elle n'a plus de secrets. Pour peu qu'elle ait alors à se plaindre de son mari, la pente devient glissante, et il arrive que ses sentiments affectueux inoccupés soient enclins à passer les limites permises. Au premier symptôme de cette pyrexie morale il faut opposer les réfrigérants d'une réserve attentive et sévère, et reculer pour empêcher qu'on avance. Je me suis toujours figuré que si le bon Joseph de la Bible n'avait pas commis quelque imprudence, la femme de Putiphar n'aurait pas essayé de lui prendre son manteau.

Les hystériques sont particulièrement difficiles et dangereuses à manier. " Tel est l'artifice d'un certain nombre de femmes, dit Max Simon, telle est leur habileté à mentir les accidents hystériques, que les médecins les plus sagaces et les plus probes tout à la fois, qui répugneraient d'exploiter à leur profit cette pathologie lucrative, sont souvent dupes de cette comédie morbide. Tant qu'ils doutent, ils doivent combattre sérieusement le mal dont ils ont au moins les symptômes sous les yeux; mais, si le masque tombe au milieu de la pièce, le devoir leur défend de servir de comparses à des héroïnes de boudoir... Ces accidents, après avoir été simulés... peuvent finir par dominer la volonté elle-même et créer une sorte d'habitude pathologique. Le médecin qui se laisse prendre au jeu de ces spasmes étudiés, contribue par ses soins à convertir en une affection réelle cette mascarade nerveuse. "

Rappelez-vous Sydenham coupant net une épidémie de crises convulsives sévissant dans un pensionnat de jeunes filles, en annonçant que la première qui se permettrait encore des spasmes serait fessée en public.

L'exploration des organes génitaux est toujours délicate et il n'en est pas qui réclame plus de discrétion, de réserve et de tact. Elle n'est légitime que pour autant qu'elle est absolument nécessaire. Proposez-la carrément, comme la chose la plus ordinaire, sans ambages ni circonlocutions. Les femmes raisonnables, comprenant la nécessité de cet examen, s'y soumettent sans difficultés. Déniez-vous de celles qui s'y prêtent trop facilement.

La présence d'un tiers met tout le monde à l'aise, et coupe les

ailes à la calomnie. " On a objecté à mon speculum, dit Marion Sims, de nécessiter pour son application l'assistance d'une troisième personne. S'il n'avait une valeur réelle, il n'y aurait pas de meilleure raison pour le faire adopter universellement. J'insiste pour qu'une troisième personne soit toujours présente en ces occasions. La délicatesse et la bienséance le requièrent, et l'opinion publique doit l'exiger....."

Certaines femmes désirent parfois remettre l'exploration à une prochaine visite, habituellement pour des raisons de toilette de dessous que vous ne devez pas avoir l'air de soupçonner. Si vous pouvez accorder le délai, vous ne devez pas accepter le refus formel : il est blessant. Renvoyez à d'autres la femme qui, par son opposition persistante à une chose jugée par vous indispensable, vous témoigne une méfiance que votre dignité ne peut tolérer.

Vous recevez dans votre cabinet des jeunes filles, des veuves et des femmes mariées qui vous demanderont, avec ou même sans périphrases, de les faire avorter. Les mettre à la porte est assurément le moyen le plus simple de ne s'attirer aucun désagrément, mais ce n'est pas remplir son devoir. A mon avis, il faut combattre l'idée criminelle et montrer les dangers de l'avortement, qui peut entraîner la mort ou conduire en Cour d'assise.

Si la femme insiste, menacez-la de la dénoncer au procureur du Roi : elle ne sait pas que vous êtes lié par le secret professionnel, et la menace l'empêchera peut-être d'aller se faire avorter ailleurs.

Pouvez-vous feindre d'entrer dans ses vues et, dans l'espoir de gagner du temps ou d'obtenir un changement de résolution, prescrire, comme certaines autorités l'ont conseillé, des remèdes inoffensifs ? J'estime qu'il faut bien vous en garder : vous avez votre honneur à tenir hors d'atteinte, et si la fausse-couche survenait spontanément, il serait compromis, parce qu'on pourrait vous attribuer le succès de l'affaire.—(A suivre.)

Une prime à la fécondation.—M. le professeur Tarnier, estimant avec raison que les faits valent mieux que les discours, vient d'intervenir d'une façon aussi pratique qu'originale dans la question de la dépopulation, si chaudement discutée à l'Académie de médecine de Paris.

Il s'est, en effet, engagé à donner une prime de 100 francs à toutes les familles de sa commune natale (en Bourgogne), qui auront un enfant dans le courant de 1892.

Espérons que, le printemps aidant, la prime de M. Tarnier ne manquera pas son but.

C'est une nouvelle manière d'être pour quelque chose dans la naissance d'un citoyen.