

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE

Quelques notes sur la percussion et l'auscultation dans la phthisie.

(Leçon recueillie par M. T. BRENNAN. M. D., médecin interne.)

MESSIEURS,

Je profite de la présence, dans nos salles, de deux phthisiques, pour vous entretenir quelques instants sur la manière de pratiquer l'auscultation et la percussion dans la phthisie pulmonaire. Sans entrer dans de longs détails, je me bornerai à attirer votre attention sur un procédé aussi court et aussi pratique que possible.

D'abord, le premier point est de savoir quelle est la meilleure position à faire prendre au malade, soit pour l'auscultation, soit pour la percussion. Celui-ci sera de préférence debout ou assis, ou au moins couché sur une table ou sur un lit élevé, pour prévenir l'afflux du sang à la tête de celui qui ausculte.

Les endroits d'élection pour faire la percussion ou l'auscultation sont surtout les parties supérieures du thorax, car les tubercules siègent ordinairement au sommet du poumon, cependant l'endroit par excellence se trouve à la région antérieure, vu que le poumon y est en quelque sorte sous la main, par conséquent plus accessible à l'oreille ou au stéthoscope ; tandis qu'à la région postérieure, comme il faut compter avec une double ceinture osseuse, une triple couche musculaire plus ou moins épaisse, et du tissu cellulaire, le poumon se trouve ainsi plus éloigné de l'oreille ou du stéthoscope. Disons tout de suite que ces points d'élection sont : les fosses sus-claviculaires, sous-claviculaires, les régions des clavicules elles mêmes, les aisselles et les espaces interscapulaires, en dernier lieu les fosses sus et sous-épineuses.

La percussion doit se faire telle que vous me la voyez pratiquer sur le premier malade ; l'extrémité du médius frappant sur les bouts des doigts de la main opposée, les mouvements partant du poignet et non du coude ; le coup doit être sec et régulier autant que possible. Le malade doit avoir ses bras à ses côtés, respirer librement s'il le peut, et tenir ses muscles thoraciques plutôt dans la tension que dans le relâchement. La sonorité tout d'abord vous paraît bonne, mais pour vous faire voir qu'elle n'est pas ce qu'elle doit être, je m'empresse de faire la percussion chez cet autre malade dont la poitrine est saine, et vous saisissez la différence entre les deux résonances—Chez le tuberculeux, il y a moins de sonorité, moins d'élasticité que chez le sujet sain.

Chez le second malade, en percutant comme chez le premier les régions claviculaires, vous trouvez une obscurité notable du son et un

manque presque absolu d'élasticité, ce qui prouve que ce malade est parvenu à un degré plus avancé de la phthisie.

L'auscultation se pratique soit avec l'oreille soit avec le stéthoscope, mais le stéthoscope biauriculaire, comme celui dont nous nous servons actuellement (Down, London), est préférable, quand on en a l'habitude.

Chez notre premier malade nous trouvons du craquement sec au sommet des deux poumons, mais surtout du côté droit; ce bruit est spécialement marqué pendant l'inspiration et est limité à un espace peu considérable, comme la chose se présente ordinairement. Ce malade entre dans la première période de la phthisie. Comme presque toujours il y a bronchite plus ou moins légère qui accompagne la maladie, nous retrouvons ici quelques râles sibilants et muqueux.

Un autre signe qui se rencontre toujours dans la phthisie est l'expiration prolongée. Vous savez qu'à l'état normal, le murmure vésiculaire est trois fois plus prolongé dans l'inspiration que dans l'expiration. Dans la phthisie, au contraire, il égale et même peut dépasser en longueur le bruit inspiratoire. Veuillez ne pas oublier, du reste, que le murmure respiratoire est plus intense à droite qu'à gauche, à cause du diamètre plus grand de la bronche droite.

Chez notre second malade nous percevons très distinctement des craquements humides, mêlés de gargouillement râle caveux. Les craquements humides indiquent le ramollissement des tubercules, tandis que le gargouillement ou gros râle muqueux accompagne la présence de cavernes. Cet individu présente donc les signes de la deuxième et de la troisième période. Je vous dirai en passant que les auteurs parlent d'un bruit spécial, appelé *pectoriloquie*, mais je vous déclare que ce phénomène fait souvent défaut, attendu que pour que la pectoriloquie existe, il est nécessaire que l'excavation soit bien limitée, de grandeur moyenne et assez voisine de la surface, et que le malade ne soit point aphone comme l'est notre patient; comme ces conditions existent rarement réunies, soyez persuadés que la pectoriloquie se rencontre très rarement. Le bruit de *pot fêlé* fait très souvent défaut aussi; du reste ce bruit se retrouve dans d'autres maladies, telles que pneumonie, pleurésie, et même chez des individus très amaigris et à poumons sains.

En résumé, dans l'auscultation vous vous efforcerez surtout de rechercher les craquements secs et les craquements humides, l'expiration prolongée, le râle caveux, (ou gargouillement, ou gros râle muqueux) et quelquefois le souffle tubaire, les quels phénomènes appartiennent respectivement à la première, seconde et troisième périodes de la maladie. Quant à la pectoriloquie et au bruit de pot fêlé, je vous le répète, vous les entendez rarement.—Je vous rappellerai que le râle caveux étant né à la présence d'une excavation, l'expectoration est purulente, et d'autant plus abondante que la caverne est plus étendue; c'est à cette époque que la fièvre hectique fait son apparition, et il est probable que la resorption plus ou moins prononcée du liquide purulent des cavernes n'est pas étrangère à cette fièvre. Notre malade a des frissons accompagnés de fièvre qui se manifestent surtout sur la fin de la journée. Son expectoration est purulente et abondante surtout le matin.

C'est encore à cette période que les sueurs nocturnes sont plus marquées, de même que la diarrhée, la toux, la rougeur des pommettes des joues, l'amaigrissement,—la phthisie en un mot

A propos des sueurs qui se manifestent spécialement sur le tronc, la paume des mains, etc., comme je vous l'ai dit souvent, elles ont cela de caractéristique, qu'elles incommode le malade la nuit particulièrement, et qu'elles cessent, ou du moins diminuent sensiblement, lorsque celui-ci quitte le lit.

Je vous rappellerai que les phthisiques se plaignent fréquemment de douleurs au sommet de la poitrine; ces douleurs sont dues à des pleurésies circonscrites occasionnées par la présence des tubercules. Ils accusent également des douleurs névralgiques intercostales, qui ont leur siège plus bas que les douleurs pleurétiques, c'est-à-dire près de la ligne médiane, en avant, dans le creux axillaire et le long de la colonne vertébrale, dans la région thoracique.

Chez l'homme, la respiration est particulièrement diaphragmatique ou abdominale, tandis que chez la femme elle est thoracique ou costale, alors, quand, chez l'homme, la poitrine se soulève comme chez une femme, en même temps que la respiration abdominale est conservée, on devra soupçonner une affection des organes respiratoires, et réciproquement pour la femme. A l'état de santé, il y a quatre battements du pouls pour une respiration, en moyenne, de sorte que si le poumon est malade (ou le cœur) le rapport peut tomber à 2 et même à 3 respirations pour un seul battement du pouls. Cependant les mouvements respiratoires conservent généralement leur régularité, de fait, l'inégalité des mouvements respiratoires appartient plus particulièrement aux affections cérébrales.

La circonférence de la poitrine en moyenne est de 34, subordonnée toutefois à la grandeur et au poids du sujet; chez notre premier malade nous trouvons 27 et chez le second 28.

Association Médicale du Canada.

DISCOURS PRONONCÉ PAR LE

DR T. K. HOLMES, de *Chatam*.

Président de l'Association, à la réunion du mois d'août 1886. (1)

Lorsque la grande découverte de Colomb ouvrit à l'ancien monde les ressources inconnues et vierges de l'Amérique, les nations les plus puissantes entrèrent en concurrence pour posséder les avantages qu'elle offrait. L'ambition des nations, le courage et la persévérance des individus, se réunirent pour favoriser la colonisation et le développement des ressources de notre continent. Le résultat fut un pays, où la civilisation et la liberté acquirent un accroissement toujours grandissant, et la preuve nous en est donnée par les millions d'habitants heureux et prospères qui l'habitent. Semblable à ce progrès, est l'éclat météorique des découvertes de la médecine durant le dernier demi-siècle. La physiologie, la pathologie, l'étiologie, la médecine physiologique, l'hygiène, tels sont les champs ouverts au médecin moderne et qui offrent toutes les occasions d'exercer l'ambition, l'habileté et la philanthropie d'un chacun. Presque toutes les nations européennes et

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

les états particuliers de l'Union Américaine ont manifesté leur intention de participer aux travaux qui peuvent rendre les succès de la médecine plus considérables. Des écoles subventionnées par les gouvernements, aidées par les dons généreux de particuliers, furent fondées.

Sanderson, Klein, Koch, Pasteur, notre Osler, et beaucoup d'autres, à peine moins distingués, sacrifient leur vie avec un zèle infatigable, pour l'éclaircissement des questions scientifiques sur lesquelles repose la médecine pratique, et c'est grâce à la libéralité des gouvernements sous lesquels ils vivent, qu'ils peuvent agir ainsi. Les recherches de cette nature ne peuvent être poursuivies avec succès que par des hommes, naturellement doués, qui sont libres des soucis et de l'anxiété dont souffrent ceux qui sont engagés dans l'exercice actif de leur profession. De là, la nécessité absolue d'aider pécuniairement ces institutions. Les dépenses à encourir pour l'organisation d'un laboratoire à cet effet ont beaucoup retardé les progrès de la médecine en Canada, et tant que des moyens ne nous seront pas fournis, nous devons nous contenter d'occuper une place insignifiante dans la grande lice qui nous est ouverte. Notre pays, ou ses riches citoyens, resteront-ils indifférents lorsque nos plus proches voisins versent des millions de piastres pour rendre les progrès de la médecine plus éminents. Presque chaque Etat de l'Union Américaine possède son Université dotée, et les dons princiers de Cornell, de John Hopkins, de MM Stanford, Vanderbilt et Sir Donald A. Smith sont le grand commencement de choses plus grandes. Qui peut estimer le bien fait à l'humanité par la sage munificence de ces nobles âmes ! Des millions d'êtres, encore dans le néant, diront leurs noms avec des sentiments de respect et d'amour, et il ne faudra pas d'autres monuments pour rendre leur noms immortels. A cette fin, je suggérerais qu'un comité fut nommé, pour faire rapport à l'assemblée annuelle prochaine, sur les meilleurs moyens à prendre pour l'établissement d'un ou de plusieurs laboratoires où l'on ferait des recherches dans les différentes branches de la médecine.

Les sociétés médicales constituent un facteur des plus importants pour l'avancement des sciences médicales, et l'on doit regretter infiniment qu'elles n'existent pas partout. Je puis dire avec certitude que le maintien de sociétés locales actives contribue immensément à l'instruction de leurs membres, en encourageant l'observation soignée des cas particuliers qu'ils rencontrent, en les portant à la lecture des auteurs et aux recherches. Outre le point de vue scientifique, l'harmonie créée par ces rencontres élimine beaucoup de jalousies et de malentendus qui sont si humiliants et si nuisibles au bonheur individuel et au respect public. L'organisation générale de petites sociétés locales serait un sûr moyen d'envoyer une représentation plus nombreuse aux plus grandes sociétés et de leur fournir des thèses et des discussions d'un caractère plus élevé. L'acte médical d'Ontario permet la formation d'associations territoriales, dans les différentes divisions électorales; quelques-unes d'entre elles existent depuis quelques années et sont très prospères, et le rapport de leurs procédés constitue une valeur de plus ajoutée à la littérature médicale.

De tous les moyens de faire progresser la médecine, peu seraient plus avantageux que la réunion de l'expérience de chaque praticien, si chacun tenait un registre systématique de ses cas les plus importants. Le temps nécessaire, l'habileté et le privilège

des autopsies sont essentiels pour atteindre ce but, et leur absence est la principale cause de la négligence générale que l'on remarque sous ce rapport. Le temps qui serait ainsi employé serait plus que compensé par l'avantage qu'on en recueillerait; le haut degré de qualification qu'on exige des gradués de nos écoles ne peut manquer de nous donner des hommes capables, et si l'on demandait des autopsies dans tous les cas où il est nécessaire de vérifier un diagnostic ou de faire disparaître ce qui nous semble obscur, le préjugé qui existe chez le peuple à ce sujet disparaîtrait considérablement. Que les praticiens de la campagne qui n'évaluent pas à leur juste valeur l'obligation où ils sont de contribuer au fond général de la science médicale, se rappellent que Jenner, McDowell et Koch, n'étaient pas des praticiens de villes, qu'ils étaient de peu de renommée, avant que leurs grandes découvertes, nées d'études et d'observations sérieuses, les eussent placés au nombre des bienfaiteurs de l'humanité. L'observation et la réflexion, générateurs de la découverte, n'ont jamais manqué de donner naissance à quelque fruit, quoique la gestation en fut longue et le travail difficile. Chaque vérité ainsi révélée est une lanterne dont la lumière, tournée vers les parties obscures du champ de nos recherches, montre à nos esprits de nouvelles vérités; nous dirigeons ainsi nos pas sûrement et hardiment, employant chaque nouvelle pensée à illuminer l'obscurité qui nous entoure et nous précède.

La création d'une science est une opération lente et laborieuse; les matériaux doivent être fournis par une foule d'artisans. Le savant qui déchiffre les inscriptions cunéiformes de l'ancienne Babylone, ou les hiéroglyphes de l'Égypte, et contribue à nous faire connaître ces nations antiques, doit être aidé dans son travail par l'archéologue qui découvre, et par l'ouvrier qui déterre ces records indestructibles des événements passés. Ainsi dans la médecine, le plus humble travailleur n'est pas à mépriser, car sa part peut être, et souvent, est essentielle, et pour être utile, ses pensées et ses observations doivent être enrégistrées pour qu'elles soient pesées par ceux habitués à ce travail.

Tous ceux qui ont lu les lectures de Murchison sur "les maladies fonctionnelles du foie," de Roberts sur "les Ferments digestifs" et de notre Osler sur "l'Endocardite maligne" doivent être frappés de l'impétus donné à la médecine pratique par ces travaux, et il n'est pas nécessaire d'argumenter pour se convaincre qu'il est désirable que des conférences de cette nature soient favorisées au Canada. Au point de vue littéraire et scientifique, les avantages qu'en retirerait la profession seraient importants, mais plus important serait l'encouragement donné aux médecins et aux chirurgiens doués de talents et qui n'aspirent qu'à les développer. Comme canadiens, nous devons être fiers de notre pays et de ses avantages physiques et politiques, mais nous devons être sûrs que tant qu'à ce qui nous concerne, nous médecins, nous serons jugés par les autres au *pro rata* de nos contributions à la science et par nos progrès scientifiques. Aucun conservateur attaché à des méthodes surannées d'une part, ou la multiplication d'une littérature d'emprunt d'autre part, ne peuvent en imposer aux érudits du monde professionnel; le plus tôt nous encouragerons le travail scientifique, le plus tôt nous verrons surgir les travailleurs. Je suggère donc que cette Association prenne en considération l'établissement de conférences semblables à celles qui se donnent en Angleterre et dans d'autres pays.

Parmi les moyens déjà énumérés favorables à l'avancement de la science médicale, les efforts individuels doivent occuper le premier rang. Les associations peuvent instruire et stimuler, mais elles ne remplaceront jamais l'étude et l'observation. La vérité ne cède ses richesses qu'à celui qui assiège son sanctuaire. Suivant Emerson, le plus difficile pour le monde est de penser. C'est en vain que nous cherchons à regarder en face une vérité abstraite. Notre esprit évite sa rencontre et d'épaisses ténèbres l'entourent. Nous retournons à la charge pour chasser la vérité de sa citadelle, et alors, à un moment inattendu, les nuages se dispersent, un rayon pénètre notre esprit, et la lumière coule de plus en plus jusqu'à ce que les objets d'abord obscurs prennent des formes réelles dont nous pouvons mesurer les dimensions avec une exactitude assurée. Peu de vérités sont découvertes sans ce travail laborieux, et parce que nous les développons lentement et seulement en partie quelquefois, en pénétrant sous la surface des choses, il est mieux de faire ces recherches que de n'en pas faire, car une fois la surface brisée, dérangée, d'autres verront plus clairement ce que nous n'avons vu qu'à demi, et perfectionneront ce que nous avons tracé obscurément.

Il ne faut pas avoir des yeux de prophète pour prévoir la grandeur future du Canada. Ses ressources naturelles étendues, variées et inépuisables, abondantes dans toutes ses parties, sont telles qu'il semble impossible que des événements malheureux arrêtent son progrès ou changent sa course dans le combat que soutiennent les nations pour la pré-éminence dans tout ce qui constitue la vraie grandeur. L'esprit de progrès est partout muni des armes conquérantes de l'invention moderne, et libre des absurdités du moyen âge et de préjugés erronés; nous sommes donc justifiables d'entretenir de fortes espérances pour l'avenir de notre pays, et nous devons nous estimer heureux de fournir notre part au développement d'un si bel héritage. Comme médecins, la part que nous assumons n'est pas insignifiante. Faire des lois sages, encourager le commerce, conserver la paix en dedans de nos frontières, commander le respect des nations voisines, sont des objets dignes de l'ambition la plus élevée et des dispositions les plus patriotiques; mais est-ce à dire que les tendances de la science médicale sont moins élevées ou conduisent moins à la prospérité nationale ou au bonheur individuel? Guérir les maladies, diminuer les souffrances, prolonger pendant plus longtemps les services d'un chacun, prévenir les maladies en faisant disparaître leurs causes; à coup sûr la profession qui dévoue toutes ses énergies à l'accomplissement de ces objets doit avoir droit aux soins paternels des gouvernements et à la libéralité des citoyens favorisés de la fortune.

Une nation saine est une nation composée d'êtres sains de corps, forts en action, fidèles à leurs paroles et à leurs actes, braves, tempérants, sobres, chastes, et à qui les mœurs sont de plus grande importance que la richesse. C'est dans ce but que les hommes ont été créés et ce sont les nations qui ont eu les meilleures mœurs qui ont laissé leur marque dans l'histoire. Ce sont les vrais hommes libres de la nature et ils donnent à l'existence de l'homme sur cette planète son intérêt réel et sa valeur (troude.) Dans un avenir peu éloigné, ce Dominion sera habité par cinquante millions d'habitants avec toutes les richesses et la grandeur désirables,—pensée qui doit nous inspirer des

sentiments d'orgueil et de satisfaction—mais le sage ne sera pas tant frappé par l'étendue de notre territoire, la multitude de notre peuple, ou la grandeur et la richesse de nos cités, que par le progrès social, la liberté civile, la perfection physique, l'état scientifique et la droiture morale de notre population féconde. Lorsque ce temps sera venu, la médecine aura contribué pour sa part à la création d'un peuple dominant par sa perfection physique la supériorité de son esprit, et toutes les autres vertus qui en proviennent. Lorsque ces espérances se seront réalisées, alors en vérité, le bonheur dominera, la prospérité, comme un génie commandeur, règnera sur le sommet de chaque colline, au sein de chaque lac et aux bords de chaque rivière; alors nous appliquerons à notre patrie ce que disait le poète anglais :

“ All crimes shall cease and ancient fraud shall fail
 Returning justice lift aloft her scale,
 Peace o'er the world her olive wand extend
 And white-robed innocence from heaven descend.”

Valeur comparée de la désarticulation du genou et de l'amputation de cuisse au tiers inférieur.—*Association française pour l'avancement des sciences.*—M. HEYDENREICH compare la valeur de la désarticulation du genou et de l'amputation de cuisse au tiers inférieur, laissant de côté deux autres opérations pratiquées en Allemagne (l'une est la désarticulation du genou avec ablation des deux condyles, l'autre la suture de la rotule avec le fémur), et qu'il n'a jamais vu faire. La mortalité est à peu près semblable dans les deux cas, encore l'avantage paraît-il rester à la désarticulation. Le moignon dans la désarticulation du genou est souvent mauvais : la peau est amincie, adhérente aux condyles, d'où ulcération facile. C'est là un reproche très grave. Mais, pour lui, on peut éviter cet accident, car il est primitif et non consécutif; quand le moignon est d'abord bon, il reste bon. Ce qui cause le mauvais moignon, c'est la suppuration du cul-de-sac sous tricipital, parce qu'alors la peau devient adhérente à l'os. S'il n'y a pas de suppuration, la peau reste mobile et la pression sur le genou n'est pas douloureuse. Deux conditions doivent être remplies pour obtenir ce résultat, car pour éviter la suppuration : 1° n'opérer que des sujets à articulation du genou absolument saine; 2° avoir recours aux précautions antiseptiques, on constate, en effet, que depuis l'emploi des antiseptiques, on a plus souvent de bons moignons.—M. Heydenreich a pratiqué récemment cette opération sur un jeune enfant de 3 ans et demi-tuberculeux, pour une ostéite de l'extrémité inférieure des os de la jambe, par la méthode préconisée par Farabeuf. Le résultat est superbe, ainsi qu'on peut le constater sur le moulage et sur l'enfant qu'il montre à la section.

M. VERNEUIL insiste sur la nécessité de tenir compte des conditions posées par M. Heydenreich, d'ailleurs c'est une opération qu'on aura rarement à pratiquer.—*Progrès médical.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hémiplégie.—Clinique de M. le professeur HARDY à l'hôpital de la Charité.—J'ai aujourd'hui à vous parler de deux malades hémiplégiques. La première, qui est couchée au numéro 23, est une femme de 46 ans dont la santé, sauf quelques douleurs rhumatoïdes dans les jambes, a toujours été excellente jusqu'au jour où elle est tombée tout d'un coup par terre dans son jardin, sans toutefois perdre connaissance. Relevée immédiatement par son mari et transportée dans son lit, on s'aperçut que la parole et les mouvements étaient abolis. Sous l'influence des soins qui lui furent procurés, les choses ne s'améliorant pas, on nous l'amena, il y a environ une dizaine de jours.

Dès son entrée, nous constatâmes en premier lieu une hémiplégie du côté droit, caractérisée par une absence complète des mouvements. Quand on pinçait le membre supérieur ou le membre inférieur, ni l'un ni l'autre ne bougeaient. De même, quand on relevait, soit le bras, soit la jambe, ces parties de l'organisme retombaient inertes. Toutefois, nous n'avions pas affaire à une paralysie flasque, car il existait au coude et au genou une certaine résistance. Quant aux différentes sensations, lors de son arrivée, elles étaient toutes complètement abolies. J'ajouterai, en outre, que la paralysie remontait à la face. On constatait, en effet, que la bouche était tirée à gauche, et que le sillon nasolabial ainsi que les rides du front étaient plus prononcés de ce côté qu'à droite. Maintenant, lorsqu'on voulait la faire parler, on ne pouvait en tirer que ces deux mots : oui et non. D'autre part, elle paraît comprendre tout ce qu'on lui dit. Sa mimique, en effet, n'étant nullement abolie, à la question suivante : " Combien avez-vous d'enfants ? " elle m'a montré deux doigts. Elle est donc atteinte d'aphasie par perte de la mémoire des mots, attendu que sa langue est parfaitement mobile et nullement altérée. Ses fonctions, en outre, sont assez bonnes ; elle mange bien mais va à la garde-robe et urine d'une manière inconsciente. J'ajouterai, enfin, qu'il existe sur la fesse, pre-qu'à la partie médiane, une escbare qu'on ne doit pas imputer, à mon avis, au décu-bitus acutus.

En présence d'une femme qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, est devenue hémiplégique du côté droit, que devons-nous chercher ? Le diagnostic de la maladie dont ces symptômes relèvent. Ici, le diagnostic comprend deux points : le siège et la nature de l'affection. Et d'abord le siège : c'est le cerveau qui est attaqué sans conteste ; mais quelle partie ? Vu l'entre-croisement des fibres, la paralysie étant à droite, la lésion doit siéger à gauche ; ensuite, grâce à l'aphasie, je crois, d'après les travaux de Broca, qu'il nous est possible d'affirmer que la troisième circonvolution frontale est atteinte dans son tiers postérieur ; enfin, je pense qu'à partir de ce point la lésion s'étend en haut et en bas, et va gagner la capsule externe et peut-être la capsule interne. Ceci dit, essayons de déterminer la nature de l'affection. Un fait est certain : c'est que nous avons affaire à une lésion cérébrale en foyer, c'est-à-dire à une altération plus ou moins circonscrite. Maintenant, si, allant plus loin dans nos investigations, nous cherchons à

savoir qui d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement a pu donner lieu à ces accidents, la chose devient excessivement difficile. Et de fait, si nous avons l'ictus en faveur d'un déchirement de la substance cérébrale, nous avons, par contre, l'aphasie et la conservation de la connaissance en faveur du ramollissement. En conséquence, et cela d'autant plus que les praticiens les plus exercés renoncent à chaque instant à poser d'une façon absolue le diagnostic de la cause de l'apoplexie, je vous dirai que cette femme est atteinte d'apoplexie, tout en conservant, à part moi, une tendance assez grande à penser à un ramollissement plutôt qu'à une hémorrhagie, parce qu'outre les phénomènes précédents, ses artères sont athéromateuses, non pas les radiales, mais les cérébrales, à cause des nombreuses cicatrices arrondies et réticulées qu'on trouve sur les membres et sur le tronc.

Que va-t-elle devenir ? Comme il y a quatre semaines que l'attaque a eu lieu, que l'hémiplégie persiste encore, et que l'état est grave, c'est une infirmité pour le restant de ses jours. Elle pourra, il est vrai, gagner un peu à la longue, mais jamais elle ne retrouvera l'intégrité complète de sa mémoire. D'un autre côté, elle peut être emportée, soit par une nouvelle attaque, soit par une affection intercurrente telle qu'une pneumonie ou l'infection putride déterminée par l'eschare de la fesse.

Qu'y a-t-il à faire ? Rien, car toute thérapeutique est impuissante. Toutefois, outre les toniques destinés à soutenir la malade, je serais porté à lui donner un peu d'iodure de potassium de façon à diminuer la tendance à de nouveaux accidents, bien que, lorsqu'il s'agit d'agir sur les artères cérébrales, ce médicament ait fort peu de puissance.

Voilà le premier fait ; arrivons au second. Ici encore, il s'agit d'une hémiplégie, avec cette différence cependant que l'abolition du mouvement est à gauche au lieu d'être à droite, et qu'il y a conservation de la mémoire et de la parole. Au reste, voici son histoire que ceux qui fréquentent habituellement mon service connaissent déjà, attendu qu'au mois de janvier dernier j'ai fait une leçon sur cette malade. Cette femme, après être tombée tout d'un coup sans connaissance, est restée paralysée du mouvement et de la sensibilité dans tout le côté gauche ; puis, au bout d'une dizaine de jours, est apparue, sur la fesse gauche, une eschare superficielle qui, vu sa promptitude, peut être imputée au décubitus acutus ; enfin est survenue de la contracture. Bref, cette femme était dans notre service depuis la fin de décembre, lorsque, vers la fin du mois de mai, un beau matin, nous la trouvâmes inanimée dans son lit, sans que rien eût pu faire prévoir un dénouement aussi brusque.

Avant de vous indiquer les résultats fournis par l'autopsie, il est de mon devoir de vous dire quel avait été notre diagnostic. Après des examens minutieux, nous avons admis que la lésion siégeait dans la circonvolution pariétale ascendante et retentissait jusqu'aux capsules interne et externe. Quant à la nature de l'affection : prenant en considération l'ictus survenu au milieu d'une bonne santé, la gangrène apparue huit ou dix jours après à la fesse, la diminution des accidents qui, au moment de l'attaque, avaient été assez forts pour faire croire à une mort imminente, nous avons opiné pour une hémorrhagie cérébrale. Maintenant, à l'autopsie, qu'avons-nous trouvé ? Un ramollissement, car malgré l'état des pièces qui sont en ce moment-ci exposées sous vos yeux, il est impossible que ce soient là les traces d'un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale. *Praticien.*

De la caféine dans les affections du cœur.—*Société de thérapeutique.*—M. DUMAS, de Cotte, envoie une note sur les effets de la caféine dans les affections du cœur. Il s'agit d'une malade atteinte d'une pleurésie diaphragmatique suraiguë extrêmement douloureuse et d'une endopéricardite : l'épuisement nerveux fut suivi d'une sorte de paralysie cardiaque dont on parvint à triompher à l'aide des injections hypodermiques de caféine à la dose de 60 centigrammes. On employa aussi les injections de morphine pour calmer la douleur et l'on appliqua une série de vésicatoires.

M. MOUTARD-MARTIN croit que chez cette malade la cardioplégie a été le résultat de la douleur excessive, et que, par suite, les injections de morphine auraient parfaitement suffi à la combattre. La caféine et les vésicatoires n'ont évidemment pas servi à grand'chose en pareil cas.

M. HUCHARD partage complètement l'opinion émise par M. Moutard-Martin. D'ailleurs, la morphine n'est pas seulement un calmant général, c'est encore, ainsi que Gubler et lui-même l'ont démontré, un excitant du cœur ; il aurait donc fallu commencer par y recourir, et dès lors, l'usage de la caféine serait vraisemblablement devenu inutile.

M. Huchard rappelle à ce propos qu'il emploie journellement la caféine par la voie gastrique ou en injections. L'injection hypodermique de caféine est un succédané de l'injection d'éther ; elle est moins douloureuse, plus tonique, et possède une action excitante plus directe sur le myocarde, entre autres dans la fièvre typhoïde à forme cardiaque. On sait que dans cette maladie les accidents cardiaques résultent surtout, comme l'ont montré Bernheim et Demange, d'une diminution considérable de la pression intra-artérielle ; c'est pour lutter contre cet abaissement de pression que Demange a conseillé d'employer l'ergot de seigle afin d'augmenter la contractilité vasculaire. La caféine agit en pareil cas plus efficacement, car elle porte à la fois son action sur les vaisseaux et sur le cœur ; elle est en outre diurétique, ce qui a de grands avantages, et elle stimule les fonctions cérébrales. On n'observe d'ailleurs jamais, avec la caféine, les névrites et les paralysies périphériques qui sont parfois la conséquence des injections d'éther. Dans la grippe avec phénomènes dyspnéiques nerveux, c'est-à-dire dans la forme d'asphyxie pulmonaire de Graves, dans la paralysie pulmonaire des Allemands, les injections de caféine donnent d'excellents résultats. Enfin, dans les néphrites, elle détermine souvent une diurèse aussi considérable que le fait la digitale, et sans avoir comme celle-ci l'inconvénient de l'accumulation des doses.—*Praticien.*

Hémorrhagie intra-cranienne.—A la suite d'une note publiée sur ce sujet dans le *Philadelphia Medical Times*, le Dr. W. H. FORMAN présente les conclusions suivantes :

I.—Les hémorrhagies siégeant exclusivement en dehors de la pie-mère et de la dure-mère, *i. e.* en dehors de la substance cérébrale, sont toujours le résultat d'un traumatisme ou d'un coup de soleil, pourvu toutefois que l'on puisse exclure une hémorrhagie intra-cérébrale et que les vaisseaux soient intacts.

II.—L'hémorrhagie siégeant sur le plancher du quatrième ventricule est toujours traumatique, pourvu qu'il n'y ait pas en même temps de caillots sanguins dans les ventricules latéraux ni dans aucune partie de la substance cérébrale. Si cependant cette dernière est très anémiée

(ou l'absence d'une hémorrhagie en masse), alors une œchymose intraventriculaire peut être un indice que la mort a été la conséquence de convulsions épileptiformes (idiopathiques).

III.—Une hémorrhagie siégeant exclusivement au dessous de la pie-mère ou en aucun endroit de la substance cérébrale ou dans les ventricules (à l'exception du quatrième), est toujours idiopathique, c'est-à-dire due à une maladie.

IV.—Pour que l'on puisse attribuer l'hémorrhagie à une maladie et exclure le traumatisme, il faut qu'il y ait quelque affection des vaisseaux cérébraux ou de la substance cérébrale. Une hémorrhagie survenant dans un cerveau normal (sain) ne peut s'expliquer que par un traumatisme : chute ou coup.

V.—Dans la commotion cérébrale on ne retrouve pas le caillot au point précis où le coup a porté mais toujours quelque part en un point opposé du cerveau, et toujours dans la cavité de l'arachnoïde, *i. e.*, entre la dure-mère et la pie-mère.

VI.—Dans la fracture du crâne, le caillot se retrouve toujours au point où le coup a été appliqué, immédiatement au-dessous et toujours entre la dure-mère et la partie fracturée. Quand la mort arrive rapidement, il peut y avoir un second caillot, quelque part dans le cerveau, dû aux effets de la commotion.

VII.—Un caillot situé en dedans de la voûte crânienne est d'un pronostic plus favorable pour le malade, s'il est dû à une fracture du crâne que s'il fait suite à une commotion cérébrale.

VIII.—Il n'y a que les caillots et l'infiltration des corpuscules sanguins dans les tissus, qui puissent indiquer une hémorrhagie antemortem; si le sang est liquide, il est dû à une hémorrhagie post mortem, et alors, il ne fait que tacher les tissus sans les infiltrer. Cependant, dans les cas où une asphyxie rapide ou l'action de certains poisons vient compliquer un traumatisme de manière à accélérer la mort, le sang peut rester à l'état liquide, sans qu'il y ait formation de caillots.

IX.—On peut, dans certains cas d'apoplexie idiopathique, observer de fortes contusions ou incisions du cuir chevelu; cela a lieu quand l'attaque apoplectique a fait tomber le malade.

X.—Dans quelques cas, un examen médical seul ne peut pas nous faire dire d'une manière positive si dans un cas de blessure de tête, l'hémorrhagie consécutive est le résultat d'un coup ou d'une chute.

XI.—Les marques extérieures de violence peuvent être invisibles à l'œil nu en certains cas de blessures de la tête ou d'autres parties, mais le diagnostic peut être rendu facile au moyen du microscope.

XII.—Le volume d'une hémorrhagie intra crânienne est en raison inverse de celui de l'hémorrhagie externe, mais par contre, il est en raison directe du laps de temps écoulé entre le moment de l'accident et celui de la mort.

Le coma diabétique.—Chez certains diabétiques on voit survenir des accidents comateux rapidement mortels, sans qu'on puisse les expliquer par une hémorrhagie cérébrale, une pneumonie, une néphrite suivie d'urémie, ni un traumatisme. Dans les faits qui ont été décrits comme exemples de coma diabétique, on peut distinguer trois catégories: dans les uns on voit survenir une somnolence progressi-

vement croissante jusqu'au coma;—dans d'autres, les accidents rappellent l'intoxication alcoolique: titubation, parole embarrassée et traînante, puis somnolence et coma dans les autres cas;—enfin, il est une catégorie de faits où la scène s'ouvre par une dyspnée intense, où il existe une odeur particulière de l'urine et de l'haleine qui rappelle celle du chloroforme et de l'acétone, et où enfin l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer à l'urine y fait apparaître une coloration rouge vin de Bordeaux.

M. J. DRESCHFELD a fait dernièrement au *Royal College of Physicians* de Londres une lecture sur le coma diabétique.

A la première des formes dont nous parlons il donne le nom de *collapsus diabétique*. Cette forme s'observe en général chez les diabétiques de plus de quarante ans, assez corpulents, diabétiques depuis longtemps; la cause occasionnelle est d'ordinaire une fatigue physique, longue marche ou écart de régime. Frerichs pense que le collapsus est alors la conséquence de la dégénérescence graisseuse du cœur, qui a été trouvé souvent infiltré ou surchargé de graisse à l'autopsie. Outre la somnolence graduelle dont nous avons parlé, on note alors le refroidissement et la lividité des membres, un pouls petit et fréquent, une respiration un peu accélérée, sans dyspnée vraie; la mort arrive au bout de dix à vingt heures, et l'urine contient en général 50 à 80 grammes de sucre par litre, mais on n'y trouve ni acétone, ni acide acétique.

Dans la forme qui rappelle l'alcoolisme aigu et qui est la plus rare, on a trouvé, outre le sucre, une quantité notable d'alcool dans l'urine et parmi les symptômes, outre la démarche ébrieuse et la faiblesse, on a observé la dyspnée et la dilatation pupillaire.

La troisième forme, la plus fréquente et la mieux connue, paraît mériter le nom de *coma par acetonémie*. Dreschfeld, qui en a observé 16 cas, a pu dix fois faire l'autopsie, sans que les lésions qu'il signale donnent l'explication des accidents. Le sang contient de la graisse, quelquefois en quantité considérable (lipémie), mais Dreschfeld n'a rencontré qu'une fois l'embolie graisseuse du cerveau; six fois il a trouvé l'altération de l'épithélium renal décrite par Cantani et d'autres auteurs, et une fois seulement la réaction du glycogène dans l'écorce cérébrale.

Quoi qu'il en soit, le premier symptôme du coma diabétique est en général une lassitude ou une dyspnée légère, parfois une vive douleur à l'épigastre ou des maux de tête, puis une excitation nerveuse d'intensité variable: quelquefois c'est de la jactation, plus rarement des convulsions. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées. Une douleur abdominale vive est quelquefois accusée par le malade. La face, d'abord vultueuse, devient très pâle; le pouls fréquent, filiforme, irrégulier.

Les caractères de la dyspnée sont les suivants: tout d'abord inspiratoire, puis inspiratoire et expiratoire, elle est très intense et cependant la dilatation du thorax s'accomplit complètement, l'air pénètre librement dans toutes les parties du poumon; c'est bien un type de dyspnée nerveuse.

La température monte au début, puis s'abaisse d'une manière notable. La langue est sèche, il y a quelquefois des nausées, des vomissements ou de la diarrhée. La somnolence, puis le coma s'accroissent en même temps que la dyspnée, et la mort survient.

Nous avons dit que l'urine présente souvent, comme l'haleine, l'odeur acétonique, qui rappelle celle du chloroforme. La coloration rouge vineux de l'urine sous l'influence du perchlorure de fer a été attribuée à l'acide acéto-acétique, mais tous les pathologistes et les chimistes ne s'accordent pas sur ce point.

La durée du coma diabétique est en général de 12 à 24 heures. Il s'observe plutôt chez des sujets peu avancés en âge, entre 20 et 40 ans; c'est plutôt dans une période précoce du diabète.

On a incriminé, comme causes déterminantes, les exercices violents, les émotions trop vives, le passage trop brusque d'une alimentation mixte à une alimentation exclusivement azotée, les affections intercurrentes fébriles ou les traumatismes opératoires avec usage des anesthésiques.

Il convient d'ajouter que les accidents analogues à ceux du coma diabétique ont été vus chez des personnes non diabétiques, chez des dyspeptiques invétérés (coma dyspeptique) et que la coloration rouge vin de Bordeaux des urines sous l'influence du perchlorure de fer se rencontre chez des sujets non diabétiques; elle n'est pas exclusivement liée à la présence de l'acétone.

Cependant, quand on constate la présence de l'acétone dans l'haleine et de l'acide acétique dans l'urine, ou la réaction rouge des urines, il y a toujours lieu d'être inquiet et de redouter l'imminence d'accidents graves.

Le malade doit être soumis à un repos complet de corps et d'esprit. L'alimentation mixte devra être reprise, si le malade avait été soumis brusquement à un régime azoté exclusif.

Le seul moyen thérapeutique de quelque utilité à conseiller, quand les accidents ont éclaté, consiste dans des inhalations d'oxygène faites libéralement, et dans l'administration de grands lavements froids, si le malade ne peut boire, s'il le peut encore, il faut lui donner des boissons abondantes.—*Concours médical.*

La nature de la maladie de Bright, d'après le professeur SEMMOLA [de Naples].—*Académie de Médecine.*—M. Semmola vient confirmer et compléter les opinions qu'il défend avec autant de talent que de conviction depuis 1861 sur la nature du mal de Bright.

Pour lui, la maladie de Bright est un trouble général de la nutrition causé par l'influence prolongée du froid humide sur la peau, et par suite duquel les albuminoïdes du sang devenus anormalement diffusibles et inassimilables sortent par l'émonctoire rénal, sans que le rein présente encore aucune lésion anatomique.

Mais au bout d'un certain temps le passage de l'albumine à travers le rein détermine dans celui-ci les lésions de la néphrite diffuse.

M. Semmola fait remarquer que dès le moment où il y a albuminurie, on voit apparaître aussi l'albumine dans d'autres émonctoires; il y a *albuminocholie*.

M. Semmola a réussi à produire une *maladie de Bright expérimentale* chez le chien au moyen d'injections sous-cutanées de blanc d'œuf; par ce procédé, au bout de quinze ou vingt jours il détermine en effet: 1° l'albuminurie, — 2° la dyscrasie albumineuse avec diffusibilité progressive des albumines du sang, — 3° la diminution dans la production de l'urée des 24 heures; — 4° l'hydropisie; — 5° la néphrite.

Il ne manque à cette expérience, pour qu'elle reproduise exactement la nature, que l'influence première de l'affaiblissement des fonctions cutanées, qui ne peut pas être produite artificiellement. Mais M. Semmola s'appuie sur la clinique, sur ce qui se passe chez les scarlatineux pour trouver l'explication de la pathogénie de l'albuminurie. Pour lui, l'albuminurie qui apparaît chez les scarlatineux alors que la maladie est finie, quand le malade a subi la desquamation et est en pleine convalescence, n'est pas le résultat d'une néphrite infectieuse par élimination de microbes. Elle résulte de ce que la peau, frappée par le processus scarlatineux, a vu diminuer son activité fonctionnelle, pendant la période aiguë de la maladie, comme le malade buvait seulement quelques tasses de lait, il s'était constitué un équilibre complet entre la fonction cutanée affaiblie et la qualité comme la quantité très légère d'albumine ingérée. Mais quand l'alimentation complète est reprise avant que la peau ait récupéré ses fonctions, le sang se surcharge rapidement d'une quantité excessive d'albuminoïdes qui, ne pouvant être assimilés, s'échappent par le rein. Le même résultat peut être amené par un refroidissement subit de la peau, malgré la persistance d'un régime alimentaire rigoureux.

Quant aux lésions cutanées qui existent dans la maladie de Bright, mal étudiées jusqu'ici, elles sont cependant dignes d'arrêter l'attention. M. Semmola signale une atrophie de la couche de Malpighi avec prolifération du tissu conjonctif du derme et atrophie des glandes sudoripares.

M. Semmola conclut que la maladie de Bright ne doit plus être classée parmi les néphrites, que c'est un type pathologique de la classe des maladies de nutrition nettement constitué par son étiologie, la lenteur de son développement, l'abaissement progressif des travaux de combustion des albuminoïdes et enfin une néphrite diffuse qui en est la conséquence finale, et dont la forme typique est le gros rein blanc. Mais, pendant une longue période, elle reste curable si le médecin prend tous les moyens nécessaires pour faire revivre les éléments de la peau.

L'auteur résume de la manière suivante le traitement de la maladie de Bright pendant sa longue période de curabilité.

1^o Régime lacté exclusif. L'alimentation azotée ordinaire, et à plus forte raison les surcharges alimentaires azotées doivent être proscrites à n'importe quelle période de la maladie. Le lait agit sur les brightiques d'une façon merveilleuse, il n'agit que comme aliment type et non comme diurétique. Le régime lacté doit être suivi pendant longtemps, et ce n'est qu'avec une réserve tout à fait exceptionnelle qu'il faut commencer à tâter la tolérance des viandes ou des jaunes d'œufs.

2^o Applications méthodiques et répétées sur la peau des frictions sèches, du massage, de la douche écossaise et souvent aussi des sudations par l'étuve. L'hydrothérapie froide est à rejeter. Elle est toujours mal supportée par les malades, même au début de la maladie, à cause de la difficulté d'obtenir les effets de la réaction cutanée. De même l'exercice musculaire forcé est nuisible.

3^o Faire vivre le malade dans un milieu tempéré, sec et constant. En hiver, et surtout dans les climats variables, le brightique ne doit pas sortir au grand air et doit se livrer aux exercices musculaires de chambre avec une température constante de 18 à 20° centigrades.

4^o Administration de l'iodure et du chlorure de sodium à doses progressives selon la tolérance.

5^o Lorsque, après deux ou trois semaines au plus, l'albumine n'est pas encore entièrement disparue des urines, et cela surtout lorsque l'anasarque est complètement finie, il faut substituer à l'iodure de sodium, soit le phosphate de soude, soit de petites doses répétées d'hypophosphite de soude ou de chaux jusqu'à la dose de 3 ou 4 grammes dans les 24 heures.

6^o Employer méthodiquement les inhalations d'oxygène.

7^o Renoncer à l'usage des astringents, non seulement comme substances inutiles, mais aussi comme substances nuisibles.

Un accueil favorable a toujours été fait en France au professeur Semmola, car on sait qu'il représente un des plus distingués parmi les médecins Italiens qui ont de la sympathie pour la France, et qu'il lutte depuis bien des années pour soustraire la médecine italienne à une influence germanophile des plus fâcheuses. — *Concours médical*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des prostatiques chroniques.—Clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker.—Il vous arrivera souvent d'être consultés par des malades qui se présenteront à vous en apportant un diagnostic fait à l'avance et qui se diront atteints de prostatique chronique. Les personnes qui vous parleront ainsi vous rendent-elles compte d'un état qui existe réellement, ou agissent-elles ainsi sous l'empire de préoccupations excessives ?

C'est ce que vous devrez rechercher d'abord et—je puis vous donner de suite ce conseil—vous n'accepterez pas ce diagnostic d'emblée. Un malade, qui s'est présenté tout dernièrement chez moi, m'a exposé l'histoire de sa maladie, qui peut servir de type à la plupart des cas de ce genre.

C'est un homme de 38 ans, intelligent, actif, qui a eu en 1872, une blennorrhagie, bientôt suivie d'une cystite. Cette dernière avait cessé peu à peu, mais elle était restée sujette à des retours périodiques, et, au commencement de chaque saison, elle reparaisait pendant un certain temps; à ce moment, le moindre écart de régime, l'influence d'un refroidissement suffisaient pour en provoquer une exacerbation.

Malgré cela, cet homme pouvait exercer une profession qui exigeait beaucoup d'activité, et la santé générale, de même que l'état local, restait chez lui parfaite. Au mois d'octobre dernier, survinrent des phénomènes nouveaux; quelquefois après la miction, une contraction spasmodique de l'appareil sphinctérien amenait une sensation pénible de la région périméale, et, au moment de la défécation, surtout quand il y avait de la constipation, des gouttes d'un liquide opalin venaient sourdre au méat. Jamais il n'y eut de pesanteur de l'anus, jamais de douleurs vraies, mais après le coït, le malade ressentait de petites douleurs, parfois lancinantes, le plus souvent très légères et ne consistant qu'en de petits picotements de la vessie. Inquiet, il va prendre des consultations; il se renseigne, surtout dans des livres, et trouve là un spectacle terrifiant. Il comprend que la prostatite est une affection

des plus graves, d'une durée des plus longues, et que c'est un mal le plus souvent incurable.

Il était littéralement affolé quand je le vis ; il croyait sa situation perdue, l'avenir de ses enfants compromis ; il imaginait même des symptômes qui n'existaient pas réellement, tels que de la douleur pendant la marche, les courses en voiture. Rien ne le rassurait, pas plus l'intégrité de sa santé générale, restée excellente, que la démonstration qui lui était faite, symptôme par symptôme, de l'absence de lésion de l'appareil génito-urinaire.

Il est rare que de tels malades se présentent dans nos salles, car ceux qui fréquentent les hôpitaux n'étudient pas généralement leurs symptômes avec cette attention inquiète nécessaire pour échaffauder ce diagnostic imaginaire. Or, il n'est pas douteux, pour moi, qu'il s'agisse là d'un état mental particulier qui tient à ce genre de maladie : la nature a voulu que tout ce qui porte atteinte à la fonction génératrice jetât une perturbation dans les facultés cérébrales. Aussi est-il nécessaire de distinguer ce qui est sous la dépendance de la maladie et ce que le malade y ajoute, il y a, en outre, à faire la part du médecin et celle du livre, c'est-à-dire de ces lectures terrifiantes que le malade a faites dans les auteurs les plus autorisés à ses yeux.

Le sombre pronostic dont je vous parlais est porté très souvent de très bonne foi par le médecin, qui commet une erreur d'interprétation. Le plus souvent, le signe sur lequel on se base pour diagnostiquer une prostatite est un écoulement liquide, qui apparaît au méat à des intervalles plus ou moins éloignés. On ne se demande pas s'il existe d'autres symptômes, si on peut s'appuyer sur un ensemble de signes rationnels, et le diagnostic de prostatite est posé. Or, la plupart du temps, ces écoulements n'ont d'autre origine que les glandes de Cowper. Chez les individus les plus sains, lorsqu'une érection est complète et suffisamment prolongée, on voit apparaître au méat un liquide filant, limpide, assez analogue à de la glycérine. Dans l'état normal, l'apparition de ce liquide est habituelle et nécessaire pendant l'action génésique, si cette sécrétion s'exagère, à la suite d'inflammations longtemps prolongées, ou d'autres influences sur lesquelles je n'ai pas à insister ici, quelques gouttes peuvent mouiller la chemise. Pour peu que le sujet soit entaché de névropathie, il est enclin à se croire atteint d'une grave maladie, beaucoup d'entre eux ne peuvent arriver à une érection parfaite, et comme alors les glandes de Cowper ont sécrété davantage, le liquide s'écoule de lui-même, quand la verge est revenue à l'état de flaccidité. Leur effroi s'accroît souvent après qu'ils ont consulté un médecin, qui a qualifié de prostatique l'écoulement survenu dans ces circonstances.

Un peu de réflexion permettrait de mieux se rendre compte de la réalité. L'urèthre antérieur est disposé de telle sorte que tout liquide qui y est versé apparaît rapidement au méat ; le pus blennorrhagique, le sang dans l'urethrorrhagie, sont là pour en fournir la preuve. Le fait seul que ce liquide, prétendu prostatique, s'écoule continuellement, permet d'affirmer que sa source n'est pas dans la prostate, qu'il vient réellement des glandes de Cowper. Tout autre est le liquide, quand il vient de la prostate. Les caractères extérieurs qu'il présente sont bien différents. C'est, d'après Ch. Robin, un liquide alcalin, de consistance analogue à celle du lait épais et non visqueux, il est d'un blanc

crémoux, un peu jaunâtre, plus ou moins foncé, suivant les sujets; il contient quelques rares cellules épithéliales prismatiques, mais jamais de leucocytes, des cellules à cils vibratiles sont souvent expulsées grâce à une pression sur la prostate, dont on fait suinter les produits de sécrétion.

À l'état pathologique, la différence, à l'œil nu, n'est pas considérable; la consistance, la coloration n'ont pas changé, c'est seulement au microscope qu'on trouve des éléments qui manquent dans le liquide normal et qui consistent en leucocytes et en granulations grasses. Or, il faut le reconnaître, cet examen au microscope est rarement pratiqué en présence d'un écoulement urétral, et on porte le diagnostic, sans avoir vérifié un signe important et nécessaire.

Si l'examen du liquide est indispensable, il n'est pas moins utile de s'enquérir de la façon dont il s'écoule, or, si les sécrétions des glandes de Cowper sont ramenées d'une manière continue au méat, il n'en est pas de même du liquide prostatique, qui ne franchit le sphincter membraneux de l'urèthre que par petites masses et ne sort que sous forme de petites ejaculations, par suite de son accumulation dans l'urèthre postérieur, ou bien quand une pression est exercée sur la face rectale de la glande, les malades s'aperçoivent tout d'un coup de l'issue, par le méat, d'une quantité toujours assez considérable de matière visqueuse, bien différente du suintement continu et régulier de la sécrétion de l'urèthre antérieur. Ces signes sont, en général, assez nets et tranchés, pour qu'un examen topographique soit superflu, néanmoins, un explorateur à boule, en parcourant les diverses régions de l'urèthre, rapportera une quantité suffisante de liquide visqueux pour qu'on puisse en préciser l'origine. En ne dépassant pas la région membraneuse, on ne verra aucune sécrétion sur le talon de l'instrument, si le liquide vient réellement de la prostate, si, au contraire, il est sécrété par les glandes de Cowper, on recueillera un enduit visqueux et filant déposé sur la boule, si même alors on veut avoir une certitude plus grande, on introduira l'instrument une seconde fois dans l'urèthre, en pénétrant jusque dans la prostate, et on ne recueillera aucun liquide analogue à celui qu'on rencontre dans la prostate lorsque celle-ci est réellement enflammée.

Vous voyez donc que l'étude seule du liquide dont vous aurez recherché l'origine vous préservera d'une erreur de diagnostic, qui n'est pas sans importance, mais l'examen du malade lui-même vous fournira des renseignements précieux.

Un homme que vous avez vu dans nos salles me servira d'exemple. En pratiquant chez lui le toucher rectal, j'ai fait, par deux fois, sourdre du liquide au méat. La première fois, il m'a suffi d'une pression légère pour provoquer l'issue d'un flot liquide abondant. À la deuxième reprise, j'ai dû, au contraire, exercer une pression assez forte sur la prostate pour l'amener au dehors qu'un gramme au plus de liquide; c'est que, tout d'abord, il y avait une certaine quantité de liquide accumulée dans l'urèthre postérieur, tandis qu'un second lieu, j'ai dû l'exprimer du tissu même de la prostate.

Cette constatation n'est pas la plus importante que vous aurez à faire, car toute inflammation chronique de la prostate amènera forcément une tuméfaction de la glande, la production de saillies plus ou moins régulières, des différences de consistance, suivant les divers points

explores, de même que des différences de sensibilité, tous ces symptômes seront appréciables par le toucher rectal. Or, retenez bien ce fait : chez la plupart des malades qui se présenteront à vous avec la conviction qu'ils ont une prostatite chronique, l'examen le plus attentif de la glande ne vous révélera aucune altération morbide.

La contre-épreuve était à faire, il s'agissait d'établir si les malades chez lesquels on trouve des altérations de prostate, offrent des symptômes analogues à ceux des malades prétendus atteints de prostatite chronique. Un de mes internes, M. Hartmann, s'est chargé de faire cette constatation. Il a examiné 27 malades affectés d'uréthrite chronique postérieure, et sur 10 d'entre eux, il a trouvé, soit une induration, soit une tuméfaction partielle ou totale de la prostate. Or, parmi ces 10 malades, 6 ne présentaient aucun de ces signes fonctionnels donnés partout comme caractéristiques de la prostatite, ni écoulement particulier, pendant ou après la défécation, ni les sensations multiples et mal définies qu'accusent les malades en pareil cas, ils offraient, par contre, les signes de l'uréthrite postérieure et de la cystite cervicale. Les signes fonctionnels qu'on trouvait chez les 4 autres consistaient en une sorte d'éjaculation, au moment de la défécation, accompagnée ou suivie d'une douleur assez vague, mais aucun n'avait ces crises effrayantes que retracent les hypochondriaques dont je vous ai parlé.

Il y a là une opposition bien nette entre ces deux catégories de malades. Les uns sont porteurs de lésions anatomiques de la glande et souffrent à peine, ils n'ont que quelques symptômes peu marqués. Chez d'autres, au contraire, beaucoup plus nombreux, qui se plaignent de souffrances très vives, on constate une intégrité parfaite de la glande, aussi bien par le cathétérisme que par le toucher rectal. Les troubles qu'ils accusent sont d'ordre à la fois général et local, c'est une sensibilité exagérée de la région périnéale, une sensation de douleur et de pesanteur aux aines et au périnée, ces douleurs irradient le long des cuisses, de l'hypogastre ou de la région lombaire, souvent les malades accusent des douleurs lancinantes dans tout le membre inférieur; les symptômes du côté de l'appareil génito-urinaire ne sont pas moins terrifiants à leurs yeux, il est rare, il est vrai, qu'il y ait des troubles graves dans la miction, mais une gêne assez pénible, parfois très intense, existe le long de l'urèthre; ces douleurs augmentent pendant les excitations génésiques, à une érection rarement complète succède une éjaculation rapide et quelquefois prématurée, aussi beaucoup de ces malades sont ils tourmentés, de plus, par la crainte de ne pouvoir accomplir l'acte sexuel. Ceux là, je ne crains pas de le dire, n'ont pas de prostatite, leur glande est saine, mais ils ont une affection du système nerveux, parfois même leur état mental est altéré; on peut les comparer aux faux spermatorrhéiques, qui constituent une classe très nombreuse alors que la véritable spermatorrhée est d'une extrême rareté.—(A suivre.)—Gazette médicale de Paris.

Traitement des abcès de la région ano-rectale.—Association française pour l'avancement des sciences.—M. RECLUS indique la façon dont il convient de traiter les abcès de la région ano-rectale. Il faut, d'après lui, les traiter comme les fistules rectales et supprimer tout intermédiaire entre abcès et fistule. Tout abcès de la région ano-rectale, au point de vue du traitement, doit être considéré comme une fistule

borgne externe, car il en est l'équivalent. On fendra donc le rectum en même temps qu'on ouvrira l'abcès. Sans cela, il y aura des récurrences dans les cas de prétendue guérison des abcès traités par l'incision cutanée seule, une intervention nouvelle sera nécessaire et sera certainement plus grave. C'est Paget qui a préconisé cette méthode, recommandée d'ailleurs par Chassaignac et Verneuil. Les arguments invoqués pour retourner à la méthode de Poupert adoptée par Sabatier et Velpeau, c'est-à-dire l'incision simple, n'ont pas de valeur. En effet, la section du sphincter n'entraîne l'incontinence des matières fécales qu'au début, bientôt elle disparaît, l'hémorrhagie est de peu d'importance si l'on emploie le thermo cautère, l'infection purulente est rare depuis l'emploi des antiseptiques : iodoforme et sublimé. La plupart des cas de guérison cités au profit de l'ancienne méthode sont des cas de guérison uniquement temporaire.—*Progress médical.*

Luxation sous-pubienne ; réduction, par M. PEIGNÉ, interne à l'Hôtel-Dieu, service de M. RICHER.—Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, grand, fort et vigoureux, qui, un jour d'orage, voulut traverser la chaussée, glissa la jambe écartée et ne put se relever ; il raconte qu'il avait la jambe engourdie, mais pas très douloureuse. Quoi qu'il en soit, on fut le transporter à l'Hôtel Dieu, et c'est dans ces conditions que nous l'avons trouvé ce matin dans nos salles.

L'attitude du membre est bizarre. La hanche est déformée ; mais la première chose qui frappe est l'élargissement de la racine de la cuisse résultant d'une forte saillie en dedans. La cuisse elle-même semble déviée de ce côté, et le squelette, c'est à dire le fémur, dirigé en ce sens, son axe paraît se prolonger vers le périnée.

En dehors, au contraire, il existe comme un angle rentrant ; la face externe de la hanche semble aplatie et l'est en réalité. La saillie trochantérienne a disparu à l'œil, mais on la retrouve en palpant fortement la région, on constate qu'elle est reportée de plusieurs centimètres en dedans. L'épine iliaque la surplombe et paraît notablement plus en dehors qu'elle, le muscle " fascia lata " fait saillie en avant de la courbe. Il y a là une disposition inverse de ce que l'on trouve à l'état normal et qui chez notre malade établit un contraste intéressant avec la hanche du côté opposé.

De ce qui précède, on peut facilement conclure que le fémur est déplacé en dedans par sa partie supérieure. Est-il luxé ou fracturé ?

L'examen prouve qu'il n'y a pas de fracture ; la tête n'est plus dans la cavité, et l'on sent facilement une dépression profonde au niveau du triangle de Scarpa, mais la recherche de sa position anormale a été, comme toujours, particulièrement difficile. Plusieurs observateurs ont, d'après le dire de Malgaigne, confessé qu'ils n'avaient pu la sentir.

C'est ordinairement en dedans et en avant, sous le muscle pectiné, qu'il faut la chercher. Rarement, d'après Malgaigne, elle fait saillie dans le triangle inguinal ; dans notre cas, il a été possible, en déprimant suffisamment les adducteurs, de la sentir rouler sous le doigt en dedans de l'artère crurale. C'est là une particularité d'autant plus intéressante qu'elle a été plus rarement obtenue.

Au point de vue du diagnostic, cette constatation jointe aux signes tirés de l'inspection nous a permis d'affirmer nettement que la tête se trouvait en dedans. D'ailleurs, l'examen complet du malade couché sur le dos montre qu'elle n'est nulle part ailleurs.

D'autre part, il y a une diminution de longueur du membre, de 2 centimètres de l'épine iliaque à la rotule, raccourcissement qui s'explique par la situation de la tête dans le trou sous pubien. Ce fait montre encore que Malgaigne avait, bien à tort, repoussé la possibilité de l'allongement dans cette variété de luxation.

Enfin, l'ecchymose considérable apparue depuis deux jours en dedans et en arrière de la racine de la cuisse vient encore confirmer le diagnostic.

La cuisse est demi-fléchie, en abduction notable; il y a de plus un peu de flexion de la jambe, mais on n'observe pas de rotation.

Il n'existe pas de rétention d'urine, comme dans les cas de Cooper et de Paletta signalés par Malgaigne. La douleur est à peu près nulle, mais l'impotence du membre est absolue. Les mouvements provoqués sont très limités et impossibles dans le sens de l'adduction.

En résumé, les signes énumérés plus haut permettent d'affirmer l'existence d'une luxation en dedans sous-pubienne.

Mais, il est un point important à trancher, c'est celui de savoir si elle s'accompagne ou non d'une fracture. La fracture du col doit être mise hors de cause, mais il se pourrait que la paroi interne du bourrelet cotyloïdien osseux se soit détachée et que la tête ait franchi la brèche ainsi formée. On comprend que la situation particulière de la tête fémorale, dans le cotyle, nécessite une violence extrême pour en détruire les rapports, d'où la possibilité d'une fracture.

Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse, mais qui se trouve justifiée par l'observation de deux faits personnels rapportés dans un mémoire de M. Picqué, et relatifs à des chutes dans une abduction forcée.

D'ailleurs la constatation est impossible à poser avant la réduction, et le diagnostic ne peut se compléter que tardivement, après la réduction, lorsque la luxation vient à se reproduire. Il convient de faire ici des réserves, mais il est toutefois à remarquer que ce malade est tombé le membre écarté, comme dans les deux cas auxquels il a été fait allusion plus haut.

Le traitement de ces fractures présente certaines difficultés, bien que, dans la plupart des cas, on ait pu obtenir la réduction. L'influence de l'action musculaire n'est pas à redouter.

Bigelow a récemment mis en lumière l'action du faisceau interne du ligament ilio-fémoral qui, d'après lui, constituerait le principal obstacle; mais on ne saurait cependant nier l'influence des surfaces osseuses, et en particulier, de l'extrémité supérieure du fémur, qui représente un véritable crochet et qui, même dans les cas où la capsule, et en particulier le ligament ilio-fémoral sont largement déchirés, n'en constitue pas moins, dans certains cas, un obstacle réel à la réduction.

Le procédé à employer doit être le suivant: le malade, soumis au sommeil anesthésique, sera fixé sur le lit opératoire au moyen d'alôzes dont le plein doit être placé sur le bassin, et les extrémités attachées aux pieds du lit. La jambe sera fléchie sur la cuisse, et cette dernière, fléchie elle-même sur le bassin, sera maintenue dans l'abduction.

Une traction en haut devra être faite obliquement, selon la direction du membre, et ce n'est que lorsque ce temps, très important, sera exécuté, que le membre devra être porté successivement dans la flexion extrême et l'abduction, puis finalement placé dans l'extension.

Nota — Cette manœuvre fut exécutée avec la plus grande facilité; la réduction fut complète d'emblée, et la luxation, contrairement aux cas où elle est compliquée de fracture du rebord cotyloïdien, ne se reproduisit pas. Le membre fut d'ailleurs immobilisé dans une gouttière Bonnot; au quinzième jour, le malade commençait à marcher; au bout de trois semaines, il a quitté l'hôpital complètement guéri.—*Gazette médicale de Paris.*

Verrues de croissance. — Lympho-sarcome du cou. — Clinique de M. le prof. TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.

I. Un jeune homme de 19 ans est venu hier nous consulter, non pas qu'il soit malade, mais parce qu'il est couvert de verrues assez récemment développées. A ce propos j'ai fait quelques recherches dans les auteurs, et ce n'est guère que dans un *Traité* de Kaposi, traduit par M. Besnier, que j'ai trouvé quelque chose sur ces verrues des jeunes gens, et encore ce quelque chose est consigné dans une note du traducteur: " Ces verrues sont des papillomes à revêtement corné plus ou moins abondant."

Les verrues dont nous parlons ici ont passé pendant longtemps pour être contagieuses, bien que, en réalité, elles ne le soient pas. Pourquoi? Parce qu'on les observe bien souvent en grande masse, en grande quantité, chez les jeunes gens. Elles sont même parfois si nombreuses et développées sur diverses régions, telles notamment que la face, les mains, etc., qu'on les a prises, dans certains cas, pour du lichen ou quelque autre maladie de la peau. De là des erreurs de diagnostic.

Mais pourquoi des verrues sont-elles quelquefois aussi nombreuses? Pourquoi se développent-elles plutôt chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles? Pourquoi enfin les voit-on, chez certains malades, disparaître spontanément?

Notre malade d'hier est un exemple remarquable de développement, considérable au point de vue de la multiplicité de ces verrues, car il en présente une trentaine rien que sur une seule main. Or un fait très intéressant, dans ce genre d'affections, c'est qu'il suffit le plus souvent d'attaquer cinq ou six de ces verrues par un moyen quelconque, en les rasant, par exemple, et les cautérisant ensuite à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, pour voir toutes les autres disparaître d'elles-mêmes.

Ces verrues appartiennent spécialement à la jeunesse, comme je vous le disais en commençant, à l'adolescence; elles ressemblent à des tumeurs de croissance, aux affections de la fin de l'âge du développement de l'organisme. Moi-même, étant au collège, j'en eus une quinzaine à un moment donné; mon père me remit quelques petits fragments de nitrate d'argent, de sorte que, après avoir coupé, cautérisé et guéri successivement deux de ces petites verrues, je vis les autres disparaître. Pourquoi? C'est ce que nous ne savons pas.

II. Un autre malade dont je veux vous parler aujourd'hui est un homme de 50 ans, journalier, un alcoolique invétéré, qui ne boit pas moins de cinq ou six litres de vin ornés d'une quantité indéterminée de petits verres. Pendant un séjour en Cochinchine il a eu des fièvres intermittentes qui ont été traitées par le sulfate de quinine.

Il y a six mois, il s'est aperçu, pour la première fois, d'une petite tumeur située du côté gauche du cou et roulant sous le doigt. Cette

tumeur s'est accrue peu à peu jusqu'à son volume actuel, ce qui a décidé le malade à entrer à l'hôpital. Elle s'est développée dans la région latérale gauche du cou, se dirigeant en avant et passant sous le muscle sterno-mastoïdien. D'une consistance dure, ferme, elle est mobile sur les parties profondes, mais elle adhère à la peau et se confond avec elle, surtout en haut, où l'on remarque une plaque d'un rouge vineux. Elle arrive ainsi jusqu'à un centimètre du cartilage thyroïde, tandis qu'en arrière elle s'étend jusque sous le lobule de l'oreille.

Dans le creux sous-claviculaire nous trouvons quelques ganglions engorgés, mais rien dans l'aisselle ni dans l'aîne. Sous l'arcade de Fallope gauche, au niveau même de la racine de la cuisse, il existe aussi une tumeur difficile à diagnostiquer, ayant quelque peu l'aspect d'un sac herniaire. Cette tumeur est molle, pâteuse comme un lipome, recouverte d'une peau flasque, analogue aussi à celle qui revêt un lipome maigri; elle est formée de trois corps, dont les plus résistants au doigt appartiennent aux parties profondes. Quelques personnes ont cru qu'il s'agissait là de ganglions lymphatiques, je ne le pense pas.

Le ventre est très tendu, tuméfié, avec quelques bosselures, et très douloureux, si douloureux même que l'on a jugé bon d'appliquer des ventouses sèches sur la partie supérieure de l'abdomen. Il y a un peu d'ascite; la rate est hypertrophiée, le foie, volumineux, dépasse la ligne médiane et gagne le côté gauche sous la forme d'une lame épaisse, tandis qu'à droite il descend en bas et en arrière vers la fosse iliaque.

Les urines laissent au fond du vase un dépôt rouge brique sans pigment biliaire. L'auscultation des poumons permet d'entendre des râles crépitants. Enfin les deux jambes présentent des ulcères variqueux.

En somme cet homme entre le 9 de ce mois pour être opéré de sa tumeur au cou, laquelle seule appelle son attention présente donc une multiplicité de lésions. Une tumeur cervicale, d'origine ganglionnaire, non ramolie, mais restée ferme, dure et adhérente à la peau ainsi qu'au muscle sterno-mastoïdien, ni phlegmoneuse, ni tuberculeuse. À la cuisse une tumeur complexe, ressemblant à un lipome, un foie bosselé et volumineux, une rate volumineuse, etc. Multiplicité de lésions qui doivent nous mettre en garde contre la nature de la tumeur du cou qui n'est autre qu'un lympho-sarcome en pleine voie de généralisation. Je dis lympho-sarcome et non pas lymphadénome, car dans le premier nous trouvons les éléments réticulaires transformés et dans le second les éléments figurés.

Je dis lympho-sarcome avec pronostic funeste, car il nous est interdit d'intervenir, de faire aucune opération sous peine de voir le malade succomber, soit aussitôt après l'opération, soit même pendant celle-ci.—
Médecin clinicien.

Il paraît aujourd'hui prouvé que l'on peut extraire les dents sans douleur, grâce à une injection concentrée de benzoate de cocaïne.

Hémorrhoides, emploi du chlorate de potasse.— On dit que l'on emploie, avec grand succès, le chlorate de potasse en injection matin et soir dans le rectum, à la dose de 15 gr. d'une solution saturée. On peut y ajouter une dizaine de gouttes de laudanum. On obtient un soulagement sérieux, même dans le cas d'hémorrhoides très fortes.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'accouchement *modo primiparum* chez certaines *secundipares*.—*Société de médecine de Lyon*.—M. MARDUEL fait une communication sur l'accouchement *modo primiparum* chez certaines *secundipares*. Alors qu'habituellement chez les femmes accouchant pour la seconde fois (l'enfant étant bien entendu en présentation du sommet et en position occipito-antérieure) la période d'expulsion est courte, la tête après avoir franchi le col, arrivant rapidement à la vulve et la franchissant rapidement, il a vu une douzaine de fois, depuis trois ans, les choses se passer de la manière suivante. Une femme accouche pour la seconde fois avec présentation du sommet en première position. La dilatation une fois complète, et les douleurs conservant leur fréquence et leur énergie, trois quarts d'heure, une heure et même plus s'écoulent avant que la tête franchisse la vulve. L'ampliation du vagin et la distension du périnée s'effectuent comme chez les primipares; la tête arrivée à la vulve recule après la contraction pour s'avancer un peu plus à la contraction suivante, recule de nouveau et ainsi de suite, jusqu'à ce que la distension périnéo-vulvaire soit suffisante. En un mot, cette période de parturition se passe exactement comme chez les primipares.

Or, ce fait a toujours été observé par lui chez des femmes dont le premier accouchement avait été terminé par le forceps (sans qu'il y eût rétrécissement du bassin). Cherchant l'explication de cette anomalie, il propose la suivante: lors du premier accouchement, terminé par le forceps, le vagin, mais surtout le périnée et la vulve, n'ont pas subi la distension, l'ampliation physiologique, lente et graduelle; celle-ci doit alors se produire lors de l'accouchement suivant, d'où la longueur relative de ce temps chez ces *secundipares*.

M. CHASSAGNY demande à M. Marduel si la déchirure du périnée et la suture sont consécutives; en un mot si la cicatrice ne pourrait pas expliquer les difficultés du travail observées dans le cas que M. Marduel a présenté comme type.

M. MARDUEL fait remarquer que l'observation dont il a entretenu la Société est la seule de la série qui eût présenté la déchirure du périnée.

M. DELORE fait ses réserves au sujet de l'interprétation proposée par M. Marduel; avant d'entrer dans le fond de la discussion, il désire citer deux cas de sa pratique.

Le premier fait est relatif à une accouchée sur laquelle il a fait avec M. Valette une application de forceps pour un premier accouchement. Il y eut déchirure du périnée et suture. Au bout de 10 ans, une seconde grossesse fut terminée par un accouchement qui nécessita une nouvelle application de forceps.

La seconde observation se rapporte à une dame qui fut accouchée au forceps avec l'assistance de M. Didav. Le forceps étant défectueux, il y eut déchirure du périnée et la malade repoussa la suture. Pendant quelque temps, il y eut perte de matières fécales, pendant la cic-

trice se fit et la malade finit par guérir de la déchirure. Au bout de 14 ou 15 ans, il y eut une seconde grossesse et on fut obligé d'appliquer de nouveau le forceps.

Dans ces deux cas ce sont bien les cicatrices qui ont enrayé le travail et qui ont nécessité l'application du forceps. Dans la majorité des cas il en est de même. Les cicatrices, en effet, sont excessivement fréquentes. Elles ne siègent pas seulement au périnée, mais dans le vagin, sur le col utérin. En outre, ces déchirures sont bien plus fréquentes après l'application du forceps. Il faut donc, dans la majorité des cas, attribuer les difficultés de l'accouchement que vient de signaler M. Marduel chez les secundipares aux cicatrices occasionnées par le premier accouchement.

M. BOUCHACOURT ne conteste pas l'opinion de M. Delore sur les conséquences des cicatrices. Mais il pense qu'il existe d'autres causes dans les cas de M. Marduel. On a reconnu qu'il n'existait pas de cicatrices déterminées par le premier accouchement. Il accepte l'explication proposée par M. Marduel, mais il pense que dans certains cas l'âge peut avoir son influence. On a remarqué que les femmes jeunes accouchent mieux que les femmes âgées de plus de 28 à 30 ans. Ne pourrait-on pas expliquer cette particularité par ce fait que chez ces dernières les tissus mieux formés et plus résistants se prêteraient moins facilement à la dilatation ?

M. GIRIN accepte l'opinion de M. Marduel. Mais il existe des causes multiples et variables. Aussi voit-on des seconds ou troisièmes accouchements aussi difficiles que des premiers, et cela fréquemment, sans que l'on puisse ni le prévoir ni toujours l'expliquer.

M. MARDUEL reconnaît bien l'influence des cicatrices, les observations de M. Delore en sont des exemples très démonstratifs. Une autre cause a pu s'ajouter aux cicatrices pour amener les difficultés constatées par M. Delore dans ses deux faits : c'est l'éloignement du deuxième accouchement. On sait, en effet, que les accouchements survenant longtemps après la dernière grossesse sont particulièrement longs et difficiles. La remarque de M. Bouchacourt au sujet de l'âge des accouchées est probablement vraie en principe, mais ne saurait s'appliquer aux cas dont il a entretenu la Société, car il s'est écoulé au plus deux ans entre le premier et le second accouchement.

En résumé, les faits qui ont servi de base à son travail ne peuvent être expliqués ni par la théorie de M. Bouchacourt, ni par les cicatrices ; il s'en tient donc à l'interprétation qu'il a proposée.

M. DELORE est disposé à accepter l'explication de M. Marduel, mais seulement à titre d'exception. Car, il répète, les cicatrices sont extrêmement fréquentes. Il étudie particulièrement les lésions traumatiques provoquées par l'accouchement. Comme M. Bouchacourt, il a constaté l'extrême fréquence de la déchirure du col utérin à gauche. Il a observé très souvent la déchirure de la muqueuse et même des aponeuroses du vagin, des déchirures sous muqueuses, etc.

Enfin il a remarqué que certaines lésions, telles que la vaginite blennorrhagique ou syphilitique, pouvaient s'opposer à la dilatation vraie.—*Lyon médical.*

Traitement de diverses maladies génitales de la femme.—Le remarquable manuel du professeur CARL SCHROEDER (de Berlin), traduit par les docteurs Lauwers et Hertoghe, vient de paraître à la librairie

George Carié, boulevard Saint Germain. Nous empruntons à cet ouvrage, quelques renseignements thérapeutiques usuels, indispensables à la pratique courante.

Catarrhe du col.—Éviter les travaux corporels, la constipation, les rapports sexuels. Ponctionner les follicules tuméfiés du col. Cautériser la muqueuse cervicale avec le mélange suivant.

Acide pyroligneux.....	100 grammes
Acide phénique.....	3 —

M.

appliqué à l'aide du spéculum en glace étamé.

Il faut aussi parfois introduire ce liquide dans le canal cervical, à l'aide d'un petit tampon d'ouate imbibé. Il faut éviter l'acide chromique et les caustiques énergiques capables d'entraîner (surtout chez les nullipares), la sténose du col.

Dans les cas graves, Schröder recommande l'excision de la muqueuse malade jointe ou non à l'opération d'Emmet.

Vaginisme.—Interdire tout rapport sexuel. Traiter l'inflammation de l'entrée du vagin par des lotions d'eau de Goulard ou de nitrate d'argent au 1/30. Si l'hymen est intact, l'inciser.

Quand l'entrée du vagin n'est plus sensible à l'introduction du doigt, tous les jours on introduit et on laisse à demeure une à trois heures des spéculums en glace de calibre de plus en plus fort. Quand la dilatation est suffisante, on permet les rapports sexuels.

Dans les cas invétérés, il faut exciser l'hymen, ou bien dilater brusquement le vagin, avec les deux pouces, après anesthésie générale préalable. Des bains, l'air pur, le régime approprié, le bromure, complètement la guérison.

Hildebrandt a décrit, sous le nom de *penis captions*, les cas où la verge est retenue dans le vagin par les contractions du releveur de l'anus. Un journal américain en rapportait dernièrement un magnifique exemple. Carl Schröder a examiné ainsi une vieille femme qui avait depuis longtemps déjà renoncé au coït. L'introduction du doigt se fit sans difficultés, mais tout à coup éclatèrent des spasmes du releveur de l'anus d'une intensité telle que la malade poussa des cris de douleur.

Vulvites, vaginites.—Dans ces cas, Schröder recommande vivement les injections phéniquées. Dans le prurit vulvaire, fréquent chez les diabétiques, une solution aqueuse de 3 à 10 p. 100 d'acide phénique, appliquée à l'aide d'un pinceau, produit des merveilles. L'emploi méthodique des bains de siège froids ou tièdes, additionnés de potasse, deux fois par jour au moins, est également recommandable.

Contre le prurit vulvaire, Scanzoni recommande de graisser les parties avec :

Huile d'amandes douces	30 grammes.
Chloroforme pur.....	4 —

M.

Veit préfère des tampons d'ouate saupoudrés d'alun et de sucre.

Oophorite chronique.—Fréquente chez les jeunes femmes mal nourries et atteintes de vaginite ou d'endométrite, l'oophorite chronique donne lieu à de vives souffrances dans le bas-ventre et les flancs. Cette affection est curable par le repos complet, le lit, la continence, l'éva-

evation régulière de l'intestin et de la vessie. Quand la sensibilité est trop vive, on applique une vessie de glace, un vésicatoire. Dans la forme ordinaire, des tampons vaginaux saupoudrés d'iodoforme, des bains chauds, des toniques, l'application d'un pessaire contentif rendent de grands services.

Traitement médical des myômes.—Les injections hypodermiques d'ergotine seront pratiquées, tous les deux jours, à l'hypogastre, suivant la formule suivante :

Eau distillée	4 grammes.
Ergotine	1 —
Acide phénique	une goutte
M. S. A.	

Il est rare de voir la tumeur diminuer avant la cinquantième injection. Il faut donc continuer des mois entiers sans se lasser. Schroeder a vu, dans un cas, la diminution de la tumeur ne s'effectuer qu'après 400 injections! C'est donc une cure pénible et douloureuse, développant des nodosités cutanées pénibles, surtout quand les injections ne sont pas pratiquées profondément. Plus les myômes sont mous, plus ce traitement est efficace. En tout cas, il n'est pas dangereux, tandis que l'opération, par voie vaginale ou par laparotomie, est toujours périlleuse et difficile.

On voit, d'après ces quelques extraits, que le traité de Schroeder est sans analogue en France, et qu'il rendra des services signalés. Comme le dit, dans la préface aux traducteurs, le professeur Hubert (de Louvre), les praticiens le liront avec profit " parce qu'il fixe avec autorité le point où en est la science, et qu'il est méthodique sans longueur, clair, concis et pratique " Le traité du savant professeur de Berlin est, d'ailleurs, populaire en Allemagne, où il a atteint (chose rare pour ces sortes d'ouvrages), sa septième édition.—*Abeille médicale.*

De la strychnine contre les hémorrhagies utérines.—Communication du Dr L. ARTHUR, au *Brit. Med. Journal.*—Depuis plusieurs années, je prescris habituellement un mélange de strychnine et d'ergot, dans les circonstances suivantes :

1. Quand, par une expérience antérieure, j'ai raison de craindre l'arrivée d'une hémorrhagie *post-partum*
2. Quand, durant un travail lent, la matrice devenant épuisée, donne lieu à la même crainte.
3. Contre les ménorrhagies dues à une évolution imparfaite de l'utérus.
4. Contre les hémorrhagies liées à la présence de tumeurs utérines.
5. Contre quelques formes d'aménorrhée.

Lorsque j'ai affaire à des cas de la première classe je commence généralement le traitement trois semaines avant le moment attendu de la délivrance. Pour les anémiques, je combine la strychnine au fer; pour les plethoriques, j'ajoute l'acide muriatique; dans tous les cas, je me sers de l'infusion d'ergot pour véhicule, les résultats obtenus ont toujours été très satisfaisants. Après avoir ordonné l'usage de cette potion durant dix jours, j'accorde aux femmes un repos de 48 heures, puis je continue la médication. Chez plusieurs clientes, dont les couches antérieures avaient été invariablement suivies d'hémorrhagie *post-partum*,

il n'en est pas arrivé, dans les mêmes circonstances, lorsqu'elle sont suivies de traitement; chez d'autres, l'hémorrhagie, lorsqu'elle s'est présentée, n'a pas été d'un caractère marqué. Je n'ai jamais remarqué de symptômes désagréables à la suite de ce traitement; le fœtus n'en a jamais souffert; tous les enfants sont nés vivants, et autant que je puis le savoir, aucun n'a été pris de convulsion. Je puis dire ici que je ne crois pas à une action nuisible de l'ergot sur le fœtus, à moins qu'il ne produise son effet spécifique, c'est-à-dire qu'il ne détermine des contractions utérines; il stimulera bien un utérus déjà en action, ou sur le point de se contracter, comme lorsqu'il contient un ovum sans vie ou un corps étranger, et encore fera-t-il défaut quelquefois.

Ma formule est celle-ci :

Ext. ergot. fl.....	5ij
Liq. strychn.....	3j
Ac. mur. dil.....	3ij
Inf. ergot. ad.....	5vj

Une cuillerée à table trois fois par jour. Pour les anémiques, je substitue à l'acide muriatique une drachme de citrate de fer ammoniacal.

J'ai éprouvé moins de succès de l'usage de l'ergot contre les cas de la deuxième série; la strychnine offre plus de chances. Je la combine généralement à l'ergot, donnant 10 gouttes de la liq. strychniæ, B. P., avec la première dose, et 5 gouttes avec une seconde dose, si c'est nécessaire. Je puis recommander avec confiance cette combinaison.

Pour conclusion, je crois à une action directe de la strychnine sur l'utérus. Ajoutée à l'ergot pendant l'accouchement, elle en augmente de beaucoup l'efficacité, spécialement lorsque nous prévoyons une hémorrhagie *post-partum*. Elle semble augmenter la contraction tonique de la fibre musculaire de la matrice et prévenir son relâchement trop considérable après la douleur. Elle convient surtout, combinée à l'ergot, à la ménorrhagie due à une évolution imparfaite de l'utérus. Son emploi est contre indiqué, lorsqu'il existe un état inflammatoire de la matrice ou des ovaires. Elle est aussi utile dans quelques formes d'aménorrhée lorsqu'il est nécessaire de stimuler les organes utéro ovariens, alors son action est surtout efficace, si on l'ajoute au fer. Il faut l'administrer avec prudence, commencer par 3 ou 4 gouttes de la liqueur, et augmenter graduellement jusqu'à 8 ou 10 gouttes, trois fois par jour. J'ai vu quelquefois de petites doses produire des symptômes désagréables, dus probablement à la susceptibilité des personnes. — *Arch. of Gynecology.*

Le prurit vulvaire, par M. le Dr MARTINEAU.—Le prurit vulvaire peut se montrer dans des conditions très différentes. Tantôt c'est dans le cours d'affections étrangères à la vulve, telles que certaines affections parasitaires (vers intestinaux, oxyures, pediculi pudendi, herpès tonsurans), dans les affections vésicales (calcul, etc.), dans les végétations et les polypes de l'urèthre. Tantôt le prurit est lié à la glycosurie et éveille l'attention du médecin sur la possibilité du diabète. — Dans une deuxième catégorie de faits, le prurit est consécutif aux diverses vulvites primitives ou secondaires, simplement locales ou dérivant d'une cause générale diathésique ou constitutionnelle, telle que la tuberculose, l'arthritisme (eczéma, herpès, psoriasis, lichen). Il peut encore être produit par le zona vulvaire, l'épithélioma de la vulve. On observe encore un prurit

purement nerveux qui se montre en dehors de toute lésion apparente de la muqueuse ou du tégument externe chez des femmes arthritiques ou herpétiques; une influence morale quelconque, un simple changement de température peut le produire. N. Guéneau de Mussy a signalé des arthritiques chez lesquelles de véritables accès de prurit, assez violents pour causer l'insomnie, survenaient avec des changements de température et particulièrement sous l'influence d'un temps neigeux.

Le prurit vulvaire se montre à tous les âges, aussi bien avant la puberté et après la ménopause que pendant la vie génitale; d'une manière générale, il reconnaît plus fréquemment chez l'enfant des causes locales, et chez l'adulte des causes constitutionnelles et diathésiques.

Les symptômes du prurit vulvaire varient beaucoup quant à l'intensité et à leur modalité: dans les cas légers, le prurit est peu prononcé, tolérable, mais il peut devenir un véritable tourment par son intensité et sa persistance: la malade éprouve un besoin irrésistible de se gratter, d'exercer sur les parties des frictions rudes et répétées pour calmer ces démangeaisons auxquelles elle ne peut se soustraire. Ce phénomène morbide, parfois si intense, si pénible, ne peut se prolonger longtemps sans que la santé générale en souffre; aussi ne tarde-t-on pas à voir survenir l'insomnie, l'inappétence, la dyspepsie, l'hypochondrie et même des crises convulsives chez des femmes prédisposées; souvent le prurit est associé à l'hyperesthésie vulvaire et au vaginisme. — Sa durée varie suivant la cause, généralement passagère et à marche rapide dans les affections purement locales; il se montre souvent rebelle lorsqu'il se rattache à une cause constitutionnelle, surtout à l'herpétisme ou à un simple état nerveux. Dans certains cas, le prurit constitue un phénomène morbide qui, par son acuité, son intensité, sa tenacité, n'est pas sans perturber profondément l'organisme de la femme, d'autant plus qu'il suscite des troubles nerveux assez graves, qu'il conduit les malades à des manœuvres solitaires difficiles à déraciner. — Aussi ne suffit-il pas de reconnaître le prurit vulvaire, de savoir l'importance que ce phénomène morbide acquiert dans la recherche de la nature de l'affection qui le produit; il faut encore en diagnostiquer la cause; ce diagnostic pathogénique est, en effet, la source d'indications thérapeutiques très variées.

Il est tout d'abord indispensable de traiter la maladie constitutionnelle dont la vulvite est la conséquence; puis on traitera la lésion qui cause le prurit en même temps qu'on cherchera à atténuer ce prurit.

Dans le cas de lésion aiguë (vulvite à la première période, par exemple), on aura recours aux émoullients (cataplasmes de fécule), à des lotions avec une infusion de belladone, d'aconit, de têtes de pavots, ou à une solution légère de bromure de potassium :

Eau	300 grammes
Bromure de potassium	2 —

ou encore à une solution de chloral :

Eau	300 grammes
Chloral.....	2 —

Les lotions seront plutôt chaudes que froides. Au lieu de cataplasmes, on applique sur la vulve des compresses en linge fin, imbibées de décoction de feuilles de sureau ou de myrrhe.

Lorsque l'état aigu est atténué, on emploie des lotions avec une solution de sublimé :

Eau.....	100 grammes
Sublimé	2 —
Alcool	q. s.

deux ou trois lotions dans la journée.—S'il existe en même temps de l'eczéma, on fait usage de pommades au moment de se mettre au lit : 50 grammes de glycérolé d'amidon parfaitement neutre, unis à 1 gramme d'une des substances suivantes : tannin, calomel, extrait de belladone, huile de cade, selon les circonstances.

Parfois de légères cautérisations au nitrate d'argent seront utiles.—Les malades éprouvent souvent un grand soulagement par l'application de tranches de citron sur la vulve (Révillout).

Dans les cas chroniques, N. Guéneau de Mussy employait la pommade suivante, dont il prescrivait, matin et soir, une onction sur la vulve :

Glycérolé d'amidon.....	20 grammes
Bromure de potassium	} aa 1 gramme
Sous-nitrate de bismuth.....	
Calomel.....	40 centigr.
Extrait de belladone	20 —

En même temps, on fait des lotions avec :

Infusion de mauve	1 litre
Eau de laurier-cerise	50 grammes
Sous-borate de soude.....	10 —

Delicieux de Savignac fait suivre cette lotion de l'application de la poudre suivante :

Poudre de lycopode	30 grammes
Sous-nitrate de bismuth	10 —
Racine de belladone.....	2 —

On peut encore faire des lotions avec :

Eau	30 grammes
Nitrate d'alumine.....	25 centigr.

On bien, avec M. Besnier, recourir à la pommade suivante :

Onguent diachylum simple.....	} part. égales
Huile d'olive.....	

Lusk, contre l'eczéma vulvaire, emploie les lotions suivantes :

Eau.....	250 grammes
Teinture d'opium.....	8 —
Bicarbonate de soude.....	8 —
— de potasse.....	4 —
Glycérine neutre	6 —

Le Dr Tanski (de New-York) recommande le liquide suivant dont on enduit, au moyen d'un pinceau, nuit à dix fois par jour, les surfaces atteintes de démangeaisons :

Eau de roses	20 grammes
Huiles d'amandes douces.....	12 —
Poudre de gomme arabique.....	8 —
Baume du Pérou.....	4 —

Voici encore un topique dont M. de Sinéty donne l'indication dans son *Manuel de gynécologie* :

Huiles d'amandes douces.....	20 grammes
— de cade vraie.....	20 —
Chloroforme.....	3 —
Laudanum.....	1 —

Le même auteur conseille une mixture contenant de l'extrait d'opium et de belladone, à la dose de 20 centigrammes,—des solutions telles que :

Acide phénique.....	1 gramme
Acide thymique.....	2 —
Alcool.....	10 —
Eau.....	200 —

Ou bien :

Chlorhydrate de morphine.....	50 centigr.
Borate de soude.....	10 grammes
Eau chloroformisée (saturée).....	300 —

La cocaine est aujourd'hui employée avec succès dans les affections de la vulve et pourra l'être très avantageusement dans le prurit vulvaire.

On a aussi dernièrement tenté des opérations chirurgicales contre le prurit vulvaire; dans un cas, M. Rohlein excisa un lambeau qui avait les dimensions d'une pièce de cinq francs environ; les démangeaisons ont cessé et la guérison se maintient depuis plus de trois ans.

Dans quelques cas, on obtient de bons résultats en saupoudrant la vulve avec la poudre d'iodoforme. Toutes ces préparations ne s'adressent qu'à l'élément local; il est souvent indispensable, pour obtenir la guérison, d'instituer un traitement général; c'est ainsi qu'on prescrira avantageusement les eaux sulfureuses sédatives et les eaux chargées d'acide carbonique, sous forme de douches locales.

Dans les cas rebelles, M. Martineau emploie les bains de sublimé. On verse dans la baignoire la solution suivante :

Eau.....	10 grammes
Sublimé.....	10 —
Alcool.....	q. s.

C'est surtout dans le prurit herpétique que ces bains de sublimé rendent de réels services.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Des interventions chirurgicales dans les suppurations péri-utérines.—Clinique de M. TERRILLON à la Salpêtrière.—Les années précédentes, je vous ai parlé des affections ovariennes et utérines; dans ce semestre, tout en vous disant quelques mots sur ce sujet, mon intention est de vous entretenir spécialement des interventions chirurgicales que nous sommes appelés à faire à propos des maladies des femmes. Mais, me direz-vous, les affections des femmes sont entre les mains des médecins qui s'occupent de gynécologie. Cela est un tort, car le chirurgien, dans un grand nombre cas, peut intervenir sérieusement. C'est donc à propos d'exemples de ce genre que je vais vous faire aujourd'hui une leçon sur les interventions chirurgicales dans les suppurations qui existent autour de l'utérus, qu'on ait affaire à un phlegmon du ligament large ou à une pelvi-péritonite, et dans les hématoécèles qui provoquent des accidents graves.

Commençons, d'abord, par les affections purement inflammatoires. Qu'est-ce donc qu'une pelvi péritonite et qu'un phlegmon du ligament large ? Des affections qui présentent trois états différents dans leur évolution. Au début, ces maladies sont caractérisées par une augmentation de volume remarquable et par des productions nouvelles ; plus tard elles subissent des modifications : ou bien elles se résolvent, ou bien elles se mettent à faire du pus qui a une tendance à sortir au dehors et à provoquer des accidents. Or, si, dans la première période, l'intervention chirurgicale n'a aucune raison d'être, il n'en est plus de même à partir du moment où le pus est formé, car, comme il est impossible qu'il disparaisse de lui-même, il peut quelquefois entraîner la mort. Pendant longtemps, on a repoussé toute intervention chirurgicale, et cela pour deux raisons : d'abord parce que la loi générale indiquant l'endroit où il fallait agir et le procédé à employer manquaient ; ensuite et surtout parce que ces foyers de suppuration étaient si anfractueux qu'ils donnaient lieu à des accidents graves. Aujourd'hui, avec de grandes précautions, on arrive à éviter tous les phénomènes d'infection purulente et à guérir ces malades très rapidement.

Eh bien, avant d'entrer dans les détails de l'opération, il est deux choses que tout le monde doit savoir ; ce sont : d'une part les rapports ordinaires de l'affection avec les parties voisines, et d'autre part les points sur lesquels repose le diagnostic. Voyons d'abord comment se présentent les choses dans le cas de phlegmon du ligament large : tantôt l'abcès va proéminer du côté du cul-de-sac vaginal et dévier l'utérus dont il est séparé par un sillon très net du côté opposé ; tantôt, au contraire, le pus va venir se collecter à la partie postérieure de l'arcade de Fallope et former un plastron qui, dépassant légèrement la ligne médiane, viendra mourir vers l'épine iliaque antérieure et supérieure ; quelquefois, il s'amassera sous l'arcade de Fallope ; enfin, dans certains cas, il se promènera dans la fosse iliaque. Maintenant, lorsqu'il s'agit d'une pelvi péritonite, les phénomènes ne sont pas très différents. Toutefois, la préminence de la tuméfaction se fait généralement, soit derrière l'utérus en portant cet organe en avant, soit derrière la paroi abdominale.

Ces points principaux établis, il faut que nous sachions, étant donné des affections comme celle-ci, faire le diagnostic de la suppuration. Le premier signe, qu'on rencontre très souvent, c'est la fluctuation dans les différents points dont je viens de vous parler. Très facile à saisir lorsque le pus proémine derrière ou au-dessous de l'arcade de Fallope, ce phénomène devient beaucoup moins net quand le liquide siège dans la fosse iliaque. Toutefois, en plaçant un doigt dans le vagin et une main sur l'abdomen, vous pourrez arriver à sentir la fluctuation à distance. Voilà pour les cas simples ; quant à ceux où l'abcès est entouré d'une gangue indurée, vous serez obligés, pour arriver à reconnaître du pus, d'avoir recours d'une part aux signes généraux et d'autre part à la ponction exploratrice. Supposez, par exemple, que vous ayez à soigner une femme atteinte d'inflammation pelvi-utérine : en présence de l'amaigrissement considérable, des petits frissons, de la température élevée (38°5 à 39°5) des douleurs localisées, des élançements intermittents, il est de votre devoir de faire intervenir la ponction exploratrice, moyen merveilleux qui, depuis que je fais de la chirurgie, m'a permis de faire des diagnostics très difficiles. Les conditions à remplir pour

faire une bonne ponction exploratrice sont les suivantes : d'une part se servir d'une aiguille dont l'antisepsie soit absolue, et d'autre part piquer sans crainte. Pour satisfaire au premier point sur lequel nous sommes tous d'accord, il suffit de flamber notre aiguille, de la tremper dans l'eau bouillante, et de bien laver la paroi abdominale. Quant au deuxième, lorsque vous avez une masse volumineuse que vous sentez avec votre main, je vous conseille d'aller hardiment au centre. En somme, que risquez-vous ? De perforer de part en part votre tumeur et d'aller percer le péritoine. C'est vrai ; mais vos notions d'anatomie sont suffisantes pour empêcher de commettre une pareille erreur. Il me reste encore, pour en avoir fini avec cette partie de mon programme, à vous indiquer une troisième précaution. Au début de la carrière médicale, on croit toujours bien faire en se servant de trocarts très fins ; c'est là une faute dans laquelle vous ne tomberez pas si vous prenez le numéro trois de l'appareil Potain. (à suivre).—Praticien.

SYPHILIGRAPHIE

De quelques notions récentes sur la syphilis et certains accidents vénériens ; par le Dr GRELLETY, de Vichy.—Les règles générales admises en syphiligraphie sont indispensables et excellentes en principe, à condition de réserver une place aux exceptions et aux surprises. En effet, dans la pratique, on se heurte à des cas bizarres, insolites, qui surgissent en dehors des données admises, d'une façon toute différente de ce qui se passe le plus souvent :

1^o Tout d'abord, la roséole est loin d'évoluer avec la régularité chronologique, classique, de quarante-cinq jours après le chancre, qu'on lui attribue dans certains livres. C'est tout au plus une moyenne, car elle peut apparaître dans les premières semaines où ne se montre qu'après cinq ou six mois, ce qui constitue la dernière limite de la roséole typique. Il n'est pas téméraire de penser que cette longue période d'incubation serait assez favorable à des essais de vaccination, analogues à ceux que M. Pasteur pratique pour la rage.

Mais il y a des sujets qui n'ont pas de roséole ordinaire et qui, vers le douzième ou le quinzième mois, offrent une roséole annulaire, circonscrite, qu'on a faussement appelée *roséole de récurrence*, *roséole de retour*, lorsqu'elle se produit chez des individus qui ont eu une première atteinte dans les délais réglementaires. Ces mots sont mauvais, car la syphilis n'a pas de récurrences ; elle a des poussées successives, ce qui n'est pas la même chose.

D'ailleurs, elle paraît être en rapport avec des excitations extérieures de la peau, avec une sorte de taxidermie consécutive à l'usage du bromure de potassium, du copahu, à l'application d'un thapsia, de la teinture d'iode, etc. Un simple refroidissement peut même être incriminé.

2^o Des plaques syphilitiques distinctes de la roséole et presque contemporaines du chancre, qu'il ne faut pas confondre avec les syphilitides, peuvent se réunir et sécréter de façon à faire croire, à première vue, à un eczéma et à un impétigo. Il importe de ne pas s'en laisser imposer par ces plaques externes qui sont identiques aux plaques des

marqueuses, ont une virulence accentuée et sont des agents féconds de transmission, bien qu'elles soient l'indice d'une syphilis bénigne. Il faut les traiter, les cautériser, pour prévenir toute contamination.

3° Chez les vieillards, la syphilis offre toujours quelque chose en moins; elle est incomplète, fruste. C'est surtout chez eux que les syphilitides papuleuses se développent d'une façon très irrégulière et fort discrète. La tonicité vasculaire différente des régions explique cette variété de prolifération et d'ensemencement local.

4° En revanche, dans la deuxième période de la syphilis, dans les six premiers mois et même dans la première année, on voit quelquefois se produire, surtout chez les femmes, une cachexie d'emblée, une sorte de chloro-anémie suraiguë, avec dépression cérébrale et prostration générale, qui offre une réelle gravité. Elle existe en dehors de toute localisation dans les centres nerveux et il importe, en pareil cas, de relever tout d'abord le sujet, avant de songer au traitement spécifique.

Sous l'influence de la grossesse, en particulier, la syphilis intercurrente peut prendre un développement fort exagéré; on a vu des plaques syphilitiques devenir géantes; l'hypertrophie papillaire est telle qu'elle donne aux tissus un aspect velvétique, qui rappelle les grossissements du microscope. On en voit plusieurs échantillons remarquables au musée de l'hôpital Saint Louis.

Bien entendu, il ne faut pas confondre les éléments plats, caractéristiques de la syphilis, avec les condylomes acuminés, en choux-fleurs, très végétants, qu'on observe quelquefois à la vulve, vers le cinquième ou le sixième mois de la grossesse. car ils disparaissent après l'accouchement et n'ont aucune influence fâcheuse pour l'avenir.

La question de la syphilis contractée par la mère *post conceptionem* est vraiment d'actualité, à cause de la loi militaire qui sépare périodiquement les gens mariés. Un époux, pendant la période des vingt huit jours, est entraîné par ses camarades; il s'oublie à la suite de libations et contracte la syphilis. Il revient au logis; sa femme est déjà enceinte; il lui communique son mal. Il peut en résulter un avortement, lorsque le produit de conception est rapidement contaminé. Le fait est rare cependant.

L'alimentation de cet enfant, qui vient au monde sans rien présenter d'anormal, soulève plusieurs problèmes importants: si la mère le nourrit, il y a danger pour lui; si on le confie à une nourrice mercenaire, il peut la contaminer ultérieurement. Il est plus prudent, en pareil cas, d'avoir recours au biberon; mais il devient indispensable de surveiller le sujet, de le peser, de manière à être sûr que son poids se développe d'une façon normale.

La syphilis contractée par une femme dans le cours de sa grossesse n'entraîne pas fatalement une tare originelle pour le fœtus. Peut-être naîtra-t-il avec la syphilis, mais comme il n'a pas été conçu avec un germe syphilitique, ce fait seul établit une distinction importante.

On n'a jamais vu une mère contracter la syphilis d'un enfant contaminé, du fait du germe paternel. Les autres membres de la famille peuvent être atteints en soignant ce rejeton suspect, mais la mère reste indemne, quoiqu'elle l'embrasse, le couche avec elle et lui donne le sein. Cette immunité semble tenir au fait même de la conception; elle paraît syphilitisée et non syphilitisable. Il est probable que pendant la

vie intra-utérine du fœtus, il se produit par la voie placentaire une sorte d'absorption d'un virus syphilitique atténué. M. Besnier pense que, si l'inoculation pouvait être tentée, on pourrait arriver à trouver le degré d'atténuation voulu et le point d'élection. Il estime dès à présent qu'il y aurait probablement avantage à ne pas passer par la voie lymphatique, et se base pour cela sur une observation très importante qui s'est passée dans son service. Il y a un peu plus de trois ans, un malade, qui portait sur le gland et la région génito-crurale un psoriasis atypique, fut pris pour un syphilitique, de l'avis même de M. Fourrier à qui le sujet fut présenté. On ne s'aperçut de l'erreur que quelques jours après; mais dans l'intervalle on lui avait fait, sans précaution, avec la seringue commune, en même temps qu'aux autres syphilitiques du service, des injections de peptone mercurique ammonique dans la région dorso-lombaire. Dès lors, le malade fut surveillé pendant trois mois avec le plus grand soin, surtout aux points d'injection; mais on n'a jamais constaté aucun autre accident qu'une roséole typique et de l'anémie. Le traitement mercuriel fut donné et ce malade promit de se représenter à la consultation à l'apparition du moindre symptôme alarmant. Il n'a pas reparu, ce qui permet de supposer qu'il n'a rien eu et que le virus transmis par la seringue avait subi une atténuation réelle, pour n'agir que localement et ne pas s'accompagner d'autres accidents. C'est évidemment sur des données analogues que se sont appuyés les médecins qui ont caressé le rêve de la vaccination syphilitique.

Malheureusement, il y a une ombre à ce tableau: c'est qu'on voit quelquefois apparaître des accidents tertiaires graves chez les mères qui ont donné le jour à un rejeton syphilitique. Dans les syphilis ignorées, chez la femme, il faut se préoccuper de la possibilité d'une infection antérieure analogue et, lorsqu'on est fixé de bonne heure, prescrire le traitement spécifique, par prudence, pour prévenir les dangers futurs.

Ces théories ne sont encore qu'à l'état d'ébauche, mais quelque incomplètes qu'elles soient encore, elles constituent un pas en avant dans la solution des nombreux points d'interrogation qui restent encore à résoudre.

Dès à présent il est acquis que les fils de syphilitiques ou de tuberculeux n'héritent pas fatalement de la tare originelle, mais ce sont généralement des produits imparfaits, moins résistants, plus aptes que d'autres à la réceptivité morbide.

On peut dire qu'il existe deux sortes d'hérédité pour les maladies transmissibles, l'une complète, l'autre prédisposante; un père qui est atteint de ce qu'on peut appeler la *syphilis circulante*, c'est-à-dire en activité, la transmet *ipso facto* à son rejeton. Puis, il reste des années sans communiquer à ses descendants autre chose qu'une sorte de débilité primordiale.

Au point de vue du mariage et surtout de la procréation, des spécialistes admettent que la date arbitraire de cinq ans est nécessaire, avant que le sujet contaminé puisse songer à se créer une famille. Il s'agit bien entendu d'une personne qui se sera soignée et cela n'exclut pas des précautions ultérieures.

On s'occupe beaucoup de syphilis héréditaire depuis quelques années. On a trouvé entre la syphilis et la strume des points de contact, non

soupçonnés jusqu'à ce jour. Bien des lésions considérées comme scrofuleuses sont maintenant attribuées à la syphilis. On ne se contente plus, par exemple, de l'expression de *tumeur blanche*, employée couramment autrefois; on veut savoir si cette arthropathie est d'origine syphilitique ou tuberculeuse, et il dérive des indications curatives différentes.

Lorsque la syphilis est en cause, avec l'iodure de potassium, donné pendant trois ou quatre mois, on obtient la guérison là où elle fut trop longtemps considérée comme impossible. Ce n'est pas la syphilis seule qui est attaquée avec succès, les gommes scrofuleuses sont elles-mêmes guéries, à condition que la peau ne soit pas préalablement ulcérée, par des injections avec une solution de 1 gramme ou 2 d'iodoforme dans 10 d'éther, il ne reste qu'un nodule et une petite cicatrice. De pareils progrès sont la conséquence des découvertes micrographiques de ces dernières années.

Dans les cas embarrassants, le facies et l'habitus extérieur des sujets constituent un élément de diagnostic qui n'est pas à dédaigner. Ils paraissent plus jeunes que leur âge; ils sont atteints d'infantilisme, d'atrophie génitale, le nez est déformé, le front aplati, les bosses frontales saillantes. Les scissures dentaires, la convergence des incisives, certaines lésions oculaires (kératiques surtout), auditives, etc., peuvent dénoncer la syphilis héréditaire qui, cependant, est plus rare qu'on ne croit et peut rester vingt et trente ans sans se manifester d'une façon ostensible. La description détaillée de ces caractères se trouve dans les leçons de M. Fournier.

Lorsqu'il n'existe pas de renseignements sur la famille, les lésions rétrospectives ne donnent pas la preuve absolue de la distinction entre la scrofalo tuberculose et la syphilis héréditaire, mais il existe des raisons relatives, des probabilités, au sujet du siège et de l'aspect des lésions.

C'est ainsi que la lésion festonnée de l'angle de l'œil représente presque la signature de la syphilis. En outre, au point de vue des lieux d'élection, il faut savoir que la syphilis se fixe de préférence sur le tibia, sans qu'il soit possible de dire pourquoi.

Une des pierres d'achoppement de l'étude de la syphilis est la difficulté de diagnostiquer au début un chancre syphilitique d'un chancre non infectant. Les spécialistes eux-mêmes, dans les hôpitaux, sont souvent embarrassés. Il n'y a plus d'*unicistes* à proprement parler et on s'accorde généralement à admettre trois espèces de chancre: le chancre syphilitique dit *induré*, le chancre simple vénérien, qu'on se figure à tort être toujours *mou*, et le chancre mixte de M. Rollet, qui a prouvé que les deux chancres peuvent apparaître sur le même terrain.

Il faut donc être toujours préoccupé de l'évolution possible d'un chancre syphilitique derrière un chancre vénérien et ne pas se prononcer d'une façon absolue avant plusieurs mois.

L'apparition d'un bubon n'exclut pas la coexistence d'un accident primitif suspect et l'inoculation elle-même n'offre que des garanties relatives.

On peut dire au malade, en s'appuyant sur les données connues. "Il y a des probabilités pour que votre chancre ne soit pas syphilitique", mais il serait imprudent de s'engager davantage. Cependant il peut être nécessaire quelquefois de se prononcer sur la nature d'un chancre. Un voyageur consulte en passant, il ne reviendra pas; on ne peut pas

tenter sur lui des inoculations ni le renvoyer à huitaine. Les inoculations sont d'ailleurs douloureuses et parfois longues à guérir. En les faisant au-dessus de l'ombilic, on est moins exposé à voir surgir des accidents phagédéniques et ganglionnaires qu'à la cuisse. Mais, d'après des recherches récentes de M. Balzer, il est possible de diagnostiquer un chancre mou d'emblée. En le raclant, on constate au microscope des fibres élastiques caractéristiques, qui ont été observées dans de nombreuses préparations.

L'induration typique du chancre syphilitique existe dans son atmosphère, dans son voisinage, et non sur le plateau de la lésion initiale, comme dans le chancre simple. Ce dernier présente souvent une certaine résistance à la main, une sorte d'empatement qui ne se distingue de l'induration que parce qu'il est plus restreint. Il faut, je le répète, une grande expérience pour ne pas être trompé.

Les chancres mous du fourreau de la verge sont excessivement rares; lorsqu'il en existe sur ce point, on peut tout d'abord les considérer d'un mauvais œil. Le chancre syphilitique ne laisse pas de traces visibles, de macules appréciables après lui, à moins qu'il n'ait été cautérisé ou traité intempestivement. Le néoplasme seul est détruit, mais les tissus sont respectés. Un œil exercé peut, pendant quelques mois, reconnaître l'empreinte du chancre; mais au bout de quelques années, c'est une illusion que de la rechercher.

Puisque j'ai parlé plus haut de bubons, on ne saurait répéter avec trop d'insistance que leur ouverture réclame beaucoup de précautions, un pansement par occlusion, afin d'éviter la contamination des bords de la plaie. Celle-ci peut en effet se faire par les poils, par les linges, avec la plus grande facilité.

En incisant un bubon avant son ouverture spontanée, on a remarqué que le pus n'était pas inoculable. Du reste, en détruisant le chancre mou dès l'origine avec le thermo ou l'électrocautère et en faisant un pansement antiseptique approprié, on empêche les auto-inoculations et toute éventualité ultérieure fâcheuse.

Le chancre mou détruit, il ne se produit pas de bubon virulent; car le mal vient du chancre même; la verge en effet, en se déplaçant, sème dans le voisinage le principe virulent. Pour peu qu'il y ait une érosion ou une plaie dans les régions inguinales, ce sont autant de portes ouvertes à l'ennemi.

Pour éviter ce danger, il faut faire des lavages phéniqués, raser la région et la recouvrir de collodion ou de traumaticine (dissolution de gutta-percha dans le chloroforme). Le contact devenant ainsi impossible, on n'a plus rien à redouter.

Ce sont les globules purulents du chancre vénérien qui sont contagieux et non la sérosité; on s'en est assuré en les filtrant. Ils pénètrent par l'intermédiaire des lymphatiques jusqu'aux ganglions, mais leur action nocive s'arrête généralement, d'une façon à peu près complète, à cette première étape. Ils ne gagnent qu'exceptionnellement les ganglions pelviens et peuvent donner lieu à de l'adénolymphite, à de la péritonite; mais leur absorption n'est pas suivie d'infection générale.

M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, à Lyon, prétend que le microbe, l'inconnu virulent du chancre vénérien, est détruit par la température des parties profondes de l'économie, qui oscille autour de 38°, et que c'est pour cela qu'il ne dépasse pas les ganglions inguinaux.

Cette théorie, assez plausible, est acceptable jusqu'à nouvel ordre et elle a reçu une espèce de sanction. Le bain à 40° facilite en effet la guérison et écarte les complications. On a essayé de divers procédés, des sachets de sable en particulier; mais on se heurte à une réelle difficulté en pratique.

Peut-on dire d'avance si une syphilis sera grave ou non ?

Il est difficile de se prononcer, en se basant simplement sur l'accident primitif; il existe cependant quelques données qu'il faut connaître: quelques médecins pensent que la syphilis contractée par l'intermédiaire d'une plaque muqueuse est plus bénigne que celle acquise au contact d'un chancre. Cela n'est pas démontré et paraît même faux.

En revanche, lorsque l'inoculation est courte et que le chancre apparaît dans la quinzaine qui suit l'infection, il y a de grandes chances pour que la syphilis soit sans gravité. Un chancre petit, bénin, douteux, sans adénopathies douloureuses, indique certainement un pronostic peu alarmant. Cela ne prouve pas que le virus soit atténué ou différent, mais que le terrain humain est peu propice. Au contraire, un chancre très accusé, avec phagédénisme et pléiade ganglionnaire intense, doit faire redouter l'avenir.

La vigueur ou la faiblesse du sujet ne paraissent pas avoir une action significative; on voit des jeunes gens débiles être beaucoup mieux partagés que d'autres qui paraissent avoir un physique irréprochable. La scrofule paraît cependant aggraver la situation; la syphilis survenant chez un sujet offrant des manifestations scrofulo-tuberculeuses comporte un pronostic pessimiste et exige l'usage de tous les toniques capables d'accroître la résistance.

Il ne m'est pas possible d'entrer dans de longs détails et surtout de parler amplement des déductions plus connues qu'on peut tirer plus tard de l'aspect des syphilides, de l'intoxication alcoolique, de l'état athéromateux des artères, etc.. Je me contenterai d'indiquer comme favorables les symptômes suivants:

1o Je citerai d'abord la roséole érythémato-maculeuse annulaire, qui ne survient qu'à une période relativement éloignée, un an ou deux, de l'infection syphilitique, ce qui la distingue de la roséole du début.

Ces efflorescences sont considérées comme bénignes; elles indiquent une sorte d'élection du poison spécifique pour la peau et fournissent l'indication de l'éliminer, par la sudation, les bains de vapeur, l'exercice, qu'on délaisse beaucoup trop, aussi bien que les diurétiques et les purgatifs, qui facilitent cette élimination par les reins et par l'intestin;

2o Lorsqu'il existe simultanément une roséole et des placards syphilitiques, déprimés au centre, avec anneau infiltré et bord rosé, on peut en conclure, bien que les avis ne soient pas unanimes à ce point de vue, que la syphilis est récente et qu'elle sera bénigne;

3o Les syphilides en corymbe peuvent durer plusieurs années et envahir de nouveau le tégument, quinze et vingt ans après; par conséquent, il ne faut pas les attribuer le plus souvent à un accident rapproché. Malgré cette circonstance singulière de récidive, leur bénignité est absolue;

4o Il ne faut pas se laisser épouvanter outre mesure par la présence de lésions au sommet du poumon d'un syphilitique; elles disparaissent quelquefois avec le traitement et en même temps que les autres accidents, ce qui permet d'établir une certaine parenté.

On peut également avoir, sous l'influence de la syphilis, une néphrite avec anasarque, donnant lieu aux accidents habituels de la néphrite; mais avec cette différence énorme qu'elle est curable et que l'iodure de potassium est toléré.

L'iodure de sodium, qui est infiniment moins toxique que l'iodure de potassium, pourrait être prescrit de préférence, de façon à être administré et plus longtemps et à plus haute dose.

Du reste, les sujets atteints de syphilis grave supportent très bien l'iodure de potassium, à des doses variables de 4 à 8 grammes, sans complications oculaires, sans acné, et un mot sans intolérance.

Le médicament agit cependant, ce dont il est facile de se convaincre on l'interrompt.

Lorsque le chancre du début est insignifiant, peu développé, on a toutes les peines du monde à obtenir un traitement régulier, suivi, des intéressés; souvent même ils ne se préoccupent pas de ce qu'ils appellent un *petit bobo*. Cette indifférence est très regrettable et le médecin ne doit pas l'encourager; car, lorsque la syphilis n'a pas été traitée au début, c'est une lacune irréparable, qu'on parvient bien difficilement à atténuer plus tard. C'est même vrai pour les syphilis absolument bénignes d'emblée, triées en quelque sorte par M. Diday et non traitées systématiquement, de parti pris; ces privilégiés sont à l'abri des premiers accidents, mais ils ne sont pas garantis pour plus tard.

Si les lésions osseuses et péri-osseuses de la syphilis ont beaucoup diminué, cela tient à ce qu'on traite mieux et plus tôt la maladie primordiale. Lorsqu'on a péché par incurie, on est obligé de surveiller alors le sujet et d'élever les doses médicamenteuses. Lorsqu'il n'y a pas eu de traitement mercuriel au début, le traitement mixte s'impose dans les phases ultérieures de la maladie.

Pour rendre le mercure tolérable, on peut l'associer à l'opium et à la gentiane de la façon suivante :

Protoiodure de mercure	5 centigrammes.
Extrait thébaïque.....	2 —
Extrait de gentiane.....	10 —

Il ne faut pas en commander cent pilules à la fois, car elles se durcissent ou se décomposent avant leur emploi. Mieux vaut renouveler les doses.

En outre, pour éviter la stomatite, il est indispensable de toucher les gencives, plusieurs fois par jour, avec un mélange à parties égales de poudre porphyrisée impalpable, faite avec du chlorate de potasse, du charbon de peuplier et du quinquina.

Pour le plus grand nombre des syphilitiques, le mercure administré en solution (20 grammes de liqueur de Van Swieten dans un demi litre de lait bouilli) paraît plus efficace qu'avec la forme pilulaire. Il y a avantage à traiter les malades de très bonne heure. On ne réserve plus comme jadis l'iodure de potassium pour les accidents ultimes; sans doute les préparations hydrargiriques doivent prédominer au début et l'iodure, dans les dernières phases de la maladie; mais enfin les deux médicaments paraissent se compléter mutuellement et être plus énergiques, lorsqu'ils sont administrés simultanément.

1 gramme d'iodure associé à 10 grammes de liqueur de Van Swieten paraît agir aussi bien que 3 grammes administrés isolément. Ce mélange rend l'action du mercure plus incisive, plus complète et répond

d'une façon assez heureuse, au reproche que nous font les étrangers de ne pas donner le mercure à dose assez élevée.

La médication mixte divisée (liqueur de Van Swieten le matin, iodure de potassium dans la journée, donné selon la tolérance) est particulièrement indiquée dans les petites tumeurs nodulaires ou gomme hypodermiques, qui surviennent dans les premières années de la syphilis. Il faut les traiter pour que la peau ne se perforé pas et que les ulcérations ne grandissent pas.

Grâce aux injections mercurielles, qui sont actuellement acceptées d'une façon unanime, dans certains cas déterminés, et dont je me contenterai de faire mention, nous sommes vraiment armés contre la syphilis.

L'épreuve thérapeutique nous permet même de diagnostiquer complètement les affections similaires: le psoriasis annulaire par exemple, connu sous le nom de *lépre vulgaire*, ressemble à une syphilide en cercle et il faut donner le plus souvent l'iodure de potassium (3 grammes dans un litre de lait bouilli), pour se faire une opinion.

Le traitement peut encore servir de pierre de touche, pendant une quinzaine de jours, pour distinguer le lupus tuberculeux des saillies de la syphilis en corymbe.

Un autre moyen de se faire une conviction en pareil cas, c'est de traverser le syphilome avec une aiguille, ce qui ne peut être fait pour le lupus, étant donnée sa dureté.

Les syphilides tertiaires, tuberculo-gommeuses, localisées térébrantes, sont presque toujours en rapport avec une syphilis ignorée ou se rencontrent chez des sujets qui n'ont pas été traités au début. Il importe de réparer sans retard le temps perdu et de prescrire simultanément le mercure (15-gr. de liqueur de Van Swieten) et l'iodure de potassium (2 à 3 gr.)

Dans certaines balano-posthites ulcéreuses, on est quelquefois obligé de tenter l'inoculation, pour savoir si on est en présence d'un chancre simple ou d'une syphilis ancienne ulcéreuse. Si un pansement à l'iodoforme, avec un peu de ouate par dessus, suffit pour entraîner une prompt guérison, il y aura lieu d'être rassuré.

L'iodoforme ne doit être appliqué que dans la période atonique des lésions; sans cela il peut les irriter.

Quelques médecins soutiennent actuellement, en Italie, qu'avec deux injections de 10 centigrammes, à quinze jours d'intervalle, dans la région fessière, qui est très tolérante, on peut, au début d'une syphilis, arrêter l'intoxication spécifique et prévenir les complications ultérieures.

Le mercure serait, en quelque sorte, emmagasiné et servirait à stériliser le terrain syphilitique. On comprend l'importance d'une pareille découverte, si elle vient à se confirmer: le tube digestif ne souffrira plus des traitements de longue durée et on ne sera plus obligé d'immobiliser les malades dans les hôpitaux; mais la théorie demande à être étayée sur un plus grand nombre de faits. En attendant, il faut ne rien négliger pour n'avoir rien à se reprocher; lorsque le chancre est en voie de guérison, qu'il bourgeonne, il doit être traité comme une plaie ordinaire. Il est parfois nécessaire de réprimer ces bourgeons avec le nitrate d'argent. Les cautérisations ne sont utiles qu'à ce moment.

C'est à tort qu'on abandonne à elle-même l'alopecie syphilitique; lorsqu'elle est bénigne, quelque soins de propreté, des lotions ou des

frictions avec une brosse douce imprégnée d'alcoolat de romarin ou de tout autre alcool, ou un mélange d'alcool et de soufre à 5 o/o suffisent pour l'arrêter. Mais lorsqu'elle est abondante, il faut couper régulièrement les cheveux, même chez les femmes. Elles portent alors une perruque, ce que beaucoup font du reste sans en avoir besoin, et on peut alors surveiller facilement le cuir chevelu. M. Besnier recommande en pareil cas les frictions avec un mélange à parties égales de chloroforme, d'acide acétique cristallisable et de teinture de cantharides.

Le soir, la tête doit être graissée avec une pommade à 5 ou 10 o/o de soufre précipité et d'axonge. Les onguents mercuriels sont réservés pour les syphilides tuberculeuses; appliqués sur la tête, contre l'alopecie, ils seraient plutôt nuisibles qu'utiles.

L'emplâtre de Vigo, qui est si fréquemment prescrit dans la syphilis, est de consistance trop épaisse, pour pouvoir être employé sans addition d'une substance oléagineuse. Il faut le diluer et l'étendre avant de s'en servir.

Ce n'est pas assez d'administrer des médicaments considérés comme spécifiques de la syphilis. Il faut en surveiller les manifestations et en favoriser l'élimination, chez les sujets dont les émonctoires naturels ne fonctionnent pas d'une façon irréprochable.

D'une façon générale, les préparations mercurielles facilitent les fonctions intestinales. On pourrait cependant interrompre le traitement, une fois par semaine, pour donner un léger purgatif. Comme je l'ai déjà dit, le rein doit aussi être stimulé par les diurétiques et la peau par des bains sulfureux.

On s'est demandé s'il y avait des rapports entre l'asphyxie symétrique des extrémités et la syphilis. Cela est probable; de même que les diathèses, les états constitutionnels, qui entraînent une dénutrition générale, peuvent être incriminés à bon droit. Dans ce cas, comme dans la gangrène symétrique, les inhalations d'oxygène amènent rapidement une modification favorable.

Les syphilitiques ont enfin besoin d'une bonne nourriture, d'un excellent régime, avec exclusion de l'alcool et de tous les mets trop excitants. Les vins généreux et l'alcool peuvent cependant être autorisés, en présence de la cachexie d'emblée, dont j'ai parlé précédemment. La suppression de l'alcool et du tabac devient indispensable, dans le cas de syphilis scléro-gommeuse de la langue.

Je m'arrête ici, car je n'ai voulu poser que quelques jalons et mettre en relief divers points qui ne sont pas suffisamment connus.

C'est ce qui excusera, je pense, l'espèce de décousu de ma communication. Je dois dire, en terminant, qu'elle est un écho, un pâle reflet, du moins dans ses meilleures parties, du brillant enseignement de mon excellent maître et ami, le professeur Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Je fréquente son service, pendant l'hiver, depuis de nombreuses années, et il est juste de reconnaître qu'on n'en sort jamais sans emporter quelque notion importante, des aphorismes précis, des règles bien nettes, qui méritent d'être vulgarisées.

J'ai recueilli de la sorte de précieux documents, dont je serai heureux de faire bénéficier nos confrères. Le bienveillant accueil de la société me prouve que je ne me suis pas trompé dans mes prévisions!

—*Journal de médecine de Bordeaux.*

FORMULAIRE.

Névralgie.

P.—Sulfate de quinine	1 drachme
Solution de morphine (B.P.).....	1 “
Esprit de chloroforme.....	2 drachmes
Sulfate de magnésie.....	2 “
Eau.....	q. s. pour faire 8 onces

M.—Dose : Une à deux cuillerées à soupe toutes les 3 ou 4 heures
p. r. n.

Constipation habituelle.—Skene.

P.—Sulfate de quinine.....	1 grain
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{10}$ “
Extrait de coloquinte comp.....	$\frac{1}{2}$ “

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour, jusqu'à purgation légère, alors qu'on diminue la dose à une ou deux pilules par jour, au besoin.

Diarrhée fétide.—Braithwaite.

P.—Sulfate de fer	1 scrupule
Salicylate de soude	1 “
Glycérine	3 drachmes
Eau	3 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les heures jusqu'à ce que les selles soient devenues très noires.—*Weekly Medical Review.*

Hémorrhoides.—Duval.

P.—Pommade camphrée.....	1 once
Noix de galle pulvérisée.....	15 grains
Acétate de plomb.....	15 “
Extrait de belladone	8 “

M.—Usage local—quatre fois par jour.—*Cincinnati Medical News.*

Gale.—Fournier.

1. Lotions sur tout le corps avec du savon de toilette, et prendre du savon avec ou sans parfum.

2. Un bain d'eau de son immédiatement après.

3. Friction avec la pommade suivante :

P.—Glycérine.....	200 gram.
Gomme adragante	1 “
Fleur de soufre.....	100 “
Carbonate de soude.....	50 “
Parfum.....	q. s.

M.—Usage externe.

4. Prendre un second bain.

5. Changer son linge de corps, ses draps de lit et brûler ses gants. Les jours suivants, prendre quelques bains émollients et se servir de poudre d'amidon ou de glycérolé d'amidon.—*Revue internationale des sciences médicales.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1886.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau e poste qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

L'Acte médical et ses amendements.

Ainsi que nous avons lieu de nous y attendre, le Bureau provincial de médecine a adopté la plupart des amendements élaborés par le comité et le sous-comité nommés à cet effet, et approuvés par l'assemblée triennale du mois de juillet dernier. Il ne reste plus qu'à donner à l'ensemble de ces amendements une forme légale, et de les soumettre à l'examen et à l'adoption de la Législature, ce qui sera fait à la session prochaine. L'Acte médical ainsi amendé et modifié aura force de loi le 1er janvier 1888, et le bureau central d'examineurs siègera pour la première fois le deuxième mardi d'avril de la même année.

Au nom de la profession toute entière, nous remercions le comité et le sous-comité des amendements, ainsi que le Bureau provincial d'avoir mené à bonne fin la tâche difficile qu'ils avaient entreprise pour le plus grand bien du corps médical de notre province. Nous ne nous faisons pas d'illusions à ce sujet. Il y aura peut-être, dans les détails, de petites lacunes et des points faibles, mais l'expérience et le temps ne tarderont pas, nous l'espérons, à faire disparaître les obstacles qui viendront entraver les rouages d'une organisation encore toute nouvelle pour nous.

Le Bureau provincial a cru devoir modifier le sens d'une des motions adoptées par l'assemblée triennale de juillet dernier, et fixer au mois d'avril l'époque des examens préliminaires. Nous avons déjà dit notre manière de voir à ce sujet et n'y reviendrons pas. Bien que nous eussions préféré voir les examens se faire en juillet, le bien et l'intérêt du plus grand nombre semblent exiger que ces épreuves aient lieu en

avril, nous n'hésitons pas un instant à approuver sur ce point la détermination prise par le Bureau. Les intérêts de la minorité doivent se taire en face des avantages dont doit bénéficier le plus grand nombre.

La clause XVI des amendements était des plus opportunes, et le Bureau a sagement fait d'obliger les élèves à suivre régulièrement les cours durant quatre années académiques. Nous allons de la sorte voir disparaître cette anomalie d'une année d'études médicales passée par les élèves, les uns à ne rien faire absolument, les autres à suivre *pro formâ* le bureau d'un *patron* dont le moindre souci était de prendre son rôle au sérieux en forçant son élève à se mettre sérieusement au travail. D'ailleurs, quatre années de cours ne sont pas de trop, bien au contraire, quand il s'agit de l'étude d'une science qui embrasse un si vaste champ.

Un autre bon point au Bureau qui a débarrassé le *curriculum* médical du cours de botanique. Celui-ci est désormais relégué aux études classiques et fait partie, du reste, du programme d'études de la plupart de nos collèges.

Le nouveau mode d'élection des Gouverneurs devra rencontrer l'approbation du plus grand nombre. Chacun pourra dorénavant prendre part à l'élection triennale sans être obligé de se transporter à Québec ou à Montréal, et cela met aussi fin au système de vote par procuration, système défectueux à plus d'un point de vue.

Il nous fait plaisir de voir la physique et la chimie faire désormais partie obligatoire du programme des examens préliminaires. Nous avons déjà démontré l'importance de l'étude de la physique pour ceux qui se destinent à la profession médicale. L'élève possédant, en outre, des notions élémentaires de chimie, celle-ci pourra, dans nos facultés de médecine, être enseignée à un point de vue essentiellement médical et pratique, ce qui augmente nécessairement l'importance de ce cours.

Somme toute, les amendements, tels qu'élaborés, sont très acceptables, et s'ils ne sont pas encore assez parfaits pour satisfaire tout le monde, du moins rencontrent-ils les besoins les plus pressants, et c'est tout ce qu'il nous faut pour le moment. La création d'un bureau central d'examineurs était absolument nécessaire, et il y avait longtemps déjà que cette nécessité se faisait sentir. Si nous obtenons enfin aujourd'hui ce que nous demandons depuis nombre d'années, l'UNION MÉDICALE peut se rendre le témoignage d'avoir, depuis plus de dix ans, contribué pour sa part au succès d'une entreprise que beaucoup considéraient naguère comme téméraire et hasardée, et qui devra rendre à la profession en général les plus grands services.

Trop de zèle.

Un de nos abonnés de la ville nous communique, à titre d'information, la circulaire suivante qui a, paraît-il, été distribuée très libéralement dans la partie Est.

CARTE.

Le Dr XXX informe respectueusement le public Montréalais, qu'à la sollicitation d'un grand nombre d'amis et de connaissances, il s'est décidé à laisser..... pour revenir à Montréal où il a élu domicile No..... rue.....

Par son assiduité aux devoirs de sa profession, son expérience basée sur vingt années de pratique, (surtout celle des accouchements, à laquelle il continuera à s'adonner particulièrement), la satisfaction qu'il a toujours su donner à ses clients, etc., il espère obtenir une large part du patronage public.

M. le Dr XXX peut avoir d'excellentes raisons de faire appel au public, mais il se trompe s'il croit réussir en s'y prenant de cette façon. Le procédé pouvait avoir du bon, là où M. le Dr XXX pratiquait naguères, mais nous le prions de croire qu'à Montréal on saura faire une distinction entre le médecin qui se contente d'apposer modestement son nom à la porte de son bureau, et celui qui, non content de cela, envoie des lettres circulaires absolument comme le font tous les jours les maisons de commerce. Le confrère a évidemment le flair émoussé.

Quant à la dignité professionnelle, si lestement mise en oubli par l'auteur de cette *carte*, M. le Dr XXX ne semble pas s'en soucier plus que de raison, cela est évident. Il ne saurait trouver mauvais, alors, que les confrères dont il vient de blesser l'amour-propre d'une façon si peu délicate, regardent à deux fois avant de lui faire accueil.

La mortalité chez les médecins.

Dans une communication faite à la *Société royale de médecine et de chirurgie* de Londres, et publiée dans le *British Medical Journal*, M. le Dr OGLE a présenté quelques statistiques en rapport avec le chiffre de la mortalité chez les membres de la profession médicale.

Il est universellement admis, ou le sait, qu'en règle générale les maladies font plus de victimes parmi les médecins que parmi les hommes du même âge appartenant à d'autres professions ou métiers. M. Ogle réitère cette assertion déjà passablement vieillie, et la fait suivre de quelques détails pouvant se résumer à ceci :

Chez les médecins, la moyenne annuelle de la mortalité est de 25.53 p. 100. La phthisie pulmonaire et autres affections des voies respiratoires font moins de ravages parmi eux que parmi le reste des humains, en revanche, ils meurent davantage par le fait des maladies contagieuses: fièvre typhoïde, diphthérie, etc.

Les décès par alcoolisme seraient fréquents parmi les praticiens séjournant dans les districts miniers et dans les ports de mer. Quant aux suicides, les chiffres seraient, toujours d'après le Dr Ogle, pour 1,000 médecins, de 9.35, et, pour les hommes de toutes les autres professions prises dans leur ensemble, de 0.23.

Le suicide présenterait en outre une augmentation graduelle de fréquence dans la profession médicale depuis plusieurs années.

Cette remarque du Dr Ogle n'a rien qui nous surprenne. Il nous a été donné d'observer nous-même, dans ces dernières années, quelques cas de suicide et de tentatives de suicide chez des médecins, et des confrères que nous avons interrogés à ce sujet ont fait de même. Nous ne comptons pas ici les cas ignorés, qui ne sont pas rares. Bien des cas de soi-disant apoplexie pulmonaire ou de maladie organique du cœur ne sont susceptibles d'être expliqués que par l'action d'une dose exagérée de chloral ou de morphine.

Ici, au Canada, l'alcoolisme fait bien aussi quelques ravages au sein de la profession médicale, et la chose s'explique amplement par le fait

d'habitudes contractées à l'école de médecine, et, plus souvent encore peut-être, par l'isolement plus ou moins profond dans lequel se trouve plongé le jeune médecin résidant à la campagne. Par contre, à la ville, les occasions sont plus fréquentes et plus nombreuses aussi, ce qui établit une compensation qui n'a, après tout, rien de bien consolant.

Le Dr Ogle attribue enfin la plus grande fréquence et gravité des maladies chez les médecins de campagne à l'existence plus précaire de ceux-ci, à l'irrégularité des repas et au surmenage physique d'une profession qui les appelle sur pied à toute heure du jour et de la nuit.

Nous avons essayé de contrôler cette statistique du Dr Ogle en recherchant les causes de mort chez 58 médecins dont nous avons pu enrégistrer le décès depuis cinq ans. Or voici ce que nous trouvons : tuberculose pulmonaire, 17 (dont 11 de la ville et 6 de la campagne); pneumonie, 6; maladie organique du cœur, 4; fièvre typhoïde, 4; hémorrhagie cérébrale, 3; sclérose cérébro-médullaire, 3; empoisonnement par le chloral, 3; mort accidentelle, 3; cancer, 6 (cancer du foie, 2; cancer du rectum, 2; cancer intestinal, 1; cancer du pharynx, 1); diabète sucré, 2; maladie de Bright, 1; cirrhose du foie, 1; diphthérie, 1; empoisonnement par la morphine, 1; aliénation mentale, 1; suicide, 1; débilité sénile, 1. Sur ce nombre il y avait 18 alcooliques, 3 morphinomanes et 1 cas de chloralisme chronique. Des 18 alcooliques, 4 seulement pratiquaient à la campagne.

Nous ne voulons pas tirer de ce qui précède des conclusions que la statistique ne saurait comporter. Mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer la fréquence relative, parmi les médecins, des affections cancéreuses, et de déplorer l'énorme pourcentage des cas de tuberculose pulmonaire. Pour ce qui est de ces derniers, il ne serait pas sage de croire, contrairement aux conclusions du Dr Ogle, que la profession médicale, en notre province, soit plus qu'ailleurs exposé aux ravages de la tuberculose pulmonaire. Au reste, dans la moitié d'es cas de cette maladie compris dans notre statistique, les sujets présentaient des signes de tuberculose alors qu'ils n'étaient encore qu'étudiants.

L'empoisonnement par le chloral comprend 3 cas sur les 58. C'est beaucoup trop, surtout si l'on prend en considération que ces accidents sont survenus par suite de l'imprudence de médecins qui se sont administré à eux-mêmes les doses mortelles aux effets desquelles ils ont succombé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

NEWMAN. — *Is Electrolysis a failure in the treatment of urethral strictures.* by Robert Newman, M. D. New-York, in 12o fol. 12.—New-York, 1886.

LABERGE.—Rapport sur l'état sanitaire de la Cité de Montréal, pour l'année 1885, par le Dr Louis Laberge, médecin de la Cité. Montréal, 1886.

PUBLICATION DU "PROGRES MÉDICAL", PARIS.—14 Rue des Carmes.—GALEZOWSKI.—Des cataractes et de leurs opérations. Conférences cliniques. Brochure in-8 de 52 pages.—Prix : 1 fr. 50

SNEGUIREFF.—Hémorrhagies utérines. Étiologie — Diagnostic. — Traitement—par le Docteur Sneguireff, Professeur de Gynécologie à l'Université Impériale de Moscou—Edition française rédigée par M. H. Varnier, Interne des hôpitaux de Paris, sous la direction de M. le Docteur Pinard, professeur agrégé à la Faculté de Paris, accoucheur de l'hôpital Lariboisière. Paris—G. Steinheil, éditeur, 2 Rue Casimir Delavigne, 1886—Grand-octavo de 271 pages. illustré de gravures sur bois.

Nous ne saurions donner une meilleure idée de l'ouvrage qu'en reproduisant un passage de la préface du Dr. A. Pinard.

“Le Traité des hémorrhagies utérines comprend l'étude des hémorrhagies qui peuvent survenir chez la femme pendant toute la vie. Il diffère donc essentiellement du traité d'Edouard Rigby et de Stuart Duncan, traduit par M^{me} Boivin, où l'on ne trouve que l'histoire des hémorrhagies pendant la grossesse. Le professeur Sneguireff a laissé de côté le grand chapitre des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta. Après avoir consacré une première partie à l'exposé de sa méthode générale de diagnostic des maladies des femmes, l'auteur étudie, dans une deuxième partie, l'étiologie des hémorrhagies utérines. Il divise les causes des métrorrhagies en organiques et en réflexes. Il classe ainsi les causes organiques : 1^o les dégénérescences malignes ; 2^o les dégénérescences bénignes ; 3^o les phlegmasies chroniques (métrite parenchymateuse et endométrite) ; 4^o l'avortement, la grossesse, les maladies puerpérales ; 5^o les déplacements de l'utérus ; 6^o les apoplexies des ovaires et les hémorrhagies du péritoine pelvien ; 7^o la ménopause ; 8^o les troubles de la nutrition générale.

“Un tableau montre la fréquence relative des causes des hémorrhagies aux différents âges. Un chapitre est consacré à chacune de ces causes, à propos du diagnostic.

“Le traitement est divisé en deux parties : 1^o traitement des hémorrhagies utérines en général, 2^o traitement des diverses affections qui causent les hémorrhagies.

“Cette énumération montre le plan suivi par l'auteur. Je ne crois pas qu'il en existe de plus logique. En effet, dès la première partie, le lecteur apprend non seulement à interroger et à explorer, mais encore il est éclairé à chaque instant sur des points de pathogénie dont l'importance est trop souvent méconnue. Il voit ensuite quelles sont les causes qui déterminent le plus souvent l'hémorrhagie suivant les âges. Il est guidé autant qu'on peut l'être à propos du diagnostic, et enfin il apprend quand et comment il faut avoir recours au traitement symptomatique ou au traitement curatif. Je ne sache pas que dans aucun livre cette méthode d'exposition ait été encore suivie, et cependant je la crois supérieure à toutes les autres.”

Petite correspondance.

MM. LES RÉDACTEURS.—Veuillez me dire ce que je dois penser du tour suivant qu'un confrère vient de me jouer. Il y a quelques jours, j'étais appelé auprès d'une de mes malades, Mme X. Je la vis et laissai une ordonnance. Le lendemain, je la visitai encore dans l'avant-midi. Dans le cours de l'après-midi, elle me fit mander en toute hâte, or comme je n'étais pas alors chez moi et qu'il y avait urgence, on appela mon confrère le Dr Z. A mon retour

moi, je fus informé qu'on était venu en toute hâte pour Mme X. Je m'y rendis immédiatement, mais mon confrère y était encore. Il sortit de la chambre de la malade pour me dire ces simples mots: *Vous voyez que j'y suis*. Je me retirai immédiatement.

Maintenant, croyez-vous que mon confrère, sachant bien que j'avais déjà cette malade sous mes soins, ait agi conformément à l'étiquette professionnelle en ne m'offrant pas de reprendre d'abord ma patiente, et surtout en me déclarant carrément son intention de la prendre pour sienne? Car pour moi, *vous voyez que j'y suis* ne pouvait se comprendre que d'une façon: *j'y suis et j'y reste*.

Dr ***, à Montréal.

Le Code de Déontologie médicale adopté par le Bureau provincial de médecine en 1878 dit :

“ Lorsque le médecin est appelé pour un cas pressé, vû qu'on ne peut avoir, dans le moment, les services du médecin ordinaire de la famille, il doit, à moins qu'on ne désire son assistance dans la consultation, laisser le soin du malade au dernier, aussitôt à son arrivée.”

Il suit de là que vous aviez parfaitement le droit de reprendre votre malade, et que votre confrère a fait preuve d'un manque évident de courtoisie professionnelle en ne cédant pas la place au médecin appelé le premier.

NOUVELLES MÉDICALES.

La variole sévit à Brooklyn.

On dit qu'un nouveau système de ventilation sera bientôt établi à l'hôpital Bellevue, à New-York, pour la modique somme de \$20,000.

Le 7^{me} volume courant, l'Université Harvard, de Boston, célèbre sa 250^{de} année d'existence. Harvard est l'aînée des universités sur ce continent.

M. le Dr A. JOYAL, agrégé de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, et actuellement à Paris, est attendu pour la fin de décembre.

Le retour de M. le Dr A. BRODEUR a été retardé par d'incontrolables circonstances, et n'aura lieu, en toute probabilité, que dans le cours de décembre prochain.

La *Science populaire* de M. Oct. Cuisset est passé de vie à trépas au moment précis où elle allait se manifester de nouveau dans un second numéro. La première livraison en aura aussi été la dernière. *Sic transit!*

La *Société Médicale de Montréal* a repris le cours de ses séances, après un repos de deux années. Il est à espérer que les forces qu'elle a dû reprendre ainsi ne lui feront pas défaut de longtemps.

Le rapport de M. le Dr Laberge sur l'état sanitaire de la Cité de Montréal pour l'année 1885 vient d'être distribuée. Le manque d'espace nous empêche d'apprécier aujourd'hui, comme le mérite de l'être, ce document réellement remarquable. M. le Dr Laberge voudra bien agréer, en attendant, nos félicitations les plus sincères.

Le Medical and Surgical Reporter, de Philadelphie, parle de certains remaniements que l'on serait à faire au sein de la faculté du *Jefferson Medical College*. L'office de doyen serait aboli, et remplacé par celui de président. Il y aurait aussi un secrétaire. Le Dr J. M. DACOSTA serait choisi pour remplir le premier de ces offices, tandis que le second serait confié au Dr J. M. HOLLAND.

Nécrologie. — A Londres, le Dr J. G. WAKLEY, éditeur et propriétaire du *Lancet*; M. le Dr Sampson GAMGEE, chirurgien anglais bien connu.

Association Médicale Vétérinaire Française.—Une société vient d'être fondée, sous ce titre, à l'École Vétérinaire Canadienne Française de Montréal. La première réunion a eu lieu le 23 octobre, et les officiers dont les noms suivent ont été élus pour l'année courante. Président honoraire: V. T. Daubigny, M. D., Président actif: A. R. Marsolais, M. D., 1er vice-président: H. E. Desrosiers, M. D., 2e vice-président: I. Cormier, M. D., Bibliothécaire: Geo. Barry, Trésorier: U. Masson, Secrétaire: J. A. Tellier.

Le *State Board of Health* de l'Iowa, refuse de reconnaître les diplômes émanés par les institutions suivantes:

American Eclectic College, Cincinnati; American Health College, Cincinnati; American University of Pennsylvania (Buchanan), Philadelphie; Beach Medical Institute, Indianapolis; Bellevue Medical College of Massachusetts; College of Physicians and Surgeons, Milwaukee; Eclectic Medical College of Philadelphia; Edinburg University, Chicago et St. Louis; Excelsior Medical College, Boston; Hygeo-Therapeutic College, Bergen Heights, N. J.; Joplin Medical College, Joplin, Mo.; Livingstone University, Haddonfield, N. J.; Medical Department of the American University of Boston, Boston; New-England University of Arts and Sciences, Manchester, N. H.; Penn Medical University, Philadelphia; Philadelphia University of Medicine and Surgery; Physio-Eclectic Medical, and Physio-Medical College, Cincinnati; St. Louis Eclectic Medical College; St. Louis Homœopathic Medical College; Physio-Medical Institute, Marion, Ind.; American Anthropological University of St. Louis; Medical Department of Drake University, Des Moines, et King Electric Medical College, Des Moines, Iowa.

NAISSANCE.

COTÉ.—A St-Paul de Chester, le 6 Octobre, la dame du Dr Camille Côté, une fille.

DECES.

MOLL.—A Montréal, le 18 Octobre, Dame Valérie Douaire de Bondy, veuve de feu L. J. Moll, M. D. de Berthier.

DUPLESSIS.—A Richmond, Qué., le 20 Octobre, à l'âge de 46 ans, F. X. Duplessis, Ecr., M. D.

CARTIER.—A St-Aimé, le 25 octobre, dame Marie-Libère Gosselin, épouse du Dr Sylvestre Cartier.

CARTIER.—A St-Aimé, le 27 octobre, à l'âge de 82 ans, Sylvestre Cartier, Ecr., M. D.