

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—M. LARAMEE.

De l'hémiplégie liée à l'hémorrhagie cérébrale, &c.

Le malade qui fait le sujet de cette clinique est celui que vous avez vu, il y a quelques jours, couché au No. 6 de la salle St. Joseph et souffrant d'hémiplégie du côté droit. Celui d'entre vous qui a été chargé d'établir le diagnostic a cru reconnaître que, dans ce cas, la paralysie avait pour cause une hémorrhagie cérébrale. C'est ce que nous examinerons plus tard.

La paralysie, en général, peut être due à plusieurs causes, dont l'hémorrhagie cérébrale est à coup sûr une des plus ordinaires. Quand la paralysie est liée à l'hémorrhagie cérébrale, elle affecte la forme hémiplegique, excepté dans les hémorrhagies du bulbe ou dans celles qui font irruption dans les deux hémisphères; les membres sont alors dans une résolution complète, parfois les membres du côté opposé à la lésion présentent plus ou moins de flexion rigide, mais le plus souvent la mort est instantanée.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, l'hémiplégie siège en général du côté opposé à la lésion. Dans certains cas exceptionnels de lésion du bulbe ou de la protubérance, l'hémiplégie, d'après Gubler, est *croisée* ou *alterne*, c'est-à-dire que la face est paralysée du côté opposé aux membres.

Comment distinguerons-nous cette hémiplegie d'origine hémorrhagique de celle liée à un ramollissement cérébral par thrombose? Ordinairement, la première est plus complète, plus absolue que la seconde, et les artères périphériques telles que la radiale ne présentent pas d'athérome, en un mot, il n'y a pas les signes d'une athéromasie généralisée comme dans le cas de ramollissement par thrombose. L'âge du malade doit aussi être pris en considération. Il est vrai que l'athérome peut aussi se retrouver chez des sujets, de tout âge comme chez des syphilitiques, des alcooliques, des rhumatisants, des goutteux, des individus souffrant de la maladie de Bright, &c., mais la vieillesse est la cause la plus commune du ramollissement cérébral par athérome ou *cette rouille de la vie* comme l'appelle Peter. L'hémorrhagie cérébrale se montre donc généralement chez des personnes plus âgées.

L'hémiplégie peut encore être due à une embolie cérébrale ou ramollissement par embolie. L'embolie se montre surtout chez des sujets relativement jeunes, tandis que l'hémorrhagie affecte de préférence, comme nous venons de le dire, les personnes âgées. Dans l'embolie, la paralysie se déclare soudainement et peut disparaître peu

de temps après l'attaque ou rester stationnaire, mais l'on n'observe pas l'amélioration graduelle de l'hémorrhagie cérébrale; elle siège habituellement au côté droit et est accompagnée d'aphasie; ce sont là les principaux points diagnostiques. En outre, il y a très-souvent, pour ne pas dire presque toujours, une lésion de la mitrale et en particulier le rétrécissement, quelquefois une endocardite aiguë, surtout la forme infectieuse; les lésions de l'aorte, les coagulations fibrineuses de l'auricule chez le vieillard, sont aussi, d'après Dieulafoy, les sources de l'embolie cérébrale. Dans quelques cas rares, l'embolie cérébrale a pour point de départ une affection pulmonaire, tuberculose, pneumonie, des noyaux cancéreux, &c. L'embolie ainsi formée dans le poumon passe, d'après Jaccoud, par les veines pulmonaires dans le cœur gauche pour être ensuite projetée dans l'encéphale et spécialement dans l'artère sylvienne, mais n'oubliez pas que c'est au cœur, la plupart du temps, que vous retrouverez le point de départ de l'embolie cérébrale.

La paralysie de cause nerveuse (hystérique) ne saurait être confondue avec la véritable hémiplegie. L'hystérique traîne la jambe au lieu de marcher en *fauchant* comme cela a lieu dans les cas d'hémorrhagie. En outre, dans l'hémiplegie de forme nerveuse, la malade peut présenter des accidents paralytiques siégeant ailleurs que dans la jambe ou le bras. Ainsi, on remarque surtout de l'aphonie (paralysie des cordes vocales), de la rétention d'urine (paralysie de la vessie), &c., &c. Chez les hystériques, la paralysie revêt le plus souvent la forme paraplégique. De plus, l'intelligence est intacte et la paralysie n'atteint pas la face contrairement aux lésions cérébrales dont nous venons de parler. L'hémiplegie peut encore reconnaître pour cause, une tumeur intra-cranienne, généralement d'origine syphilitique. Dans ce cas, il y a des douleurs de tête très fortes, souvent des convulsions épileptiformes, troubles de la vue, &c., et l'hémiplegie est ordinairement peu marquée. L'histoire du cas sera là, de plus, pour nous renseigner sur la véritable cause de la paralysie.

Certains empoisonnements chroniques sont aussi assez souvent accompagnés de paralysies, entre autres, l'intoxication saturnine. Mais ici, la paralysie affecte presque exclusivement les extenseurs et en particulier ceux de l'avant-bras et ne prend pas la forme hémiplegique. Il y a encore les paralysies consécutives à certaines maladies infectieuses, v.g. la diphthérie, fièvre typhoïde, scarlatine, etc., mais ces paralysies n'ont pas de prédilection pour la forme hémiplegique, et sont généralement fonctionnelles.

La paralysie du nerf facial pourrait peut-être faire croire à un commencement d'hémiplegie, mais le doute disparaîtra bientôt si on se rappelle que dans l'hémiplegie de cause hémorrhagique ou de ramollissement par thrombose ou embolie, l'orbiculaire de la paupière est respecté.

Notons aussi que dans les lésions cérébrales, mais surtout dans l'hémorrhagie, l'hémiplegie se manifeste par une déviation de la bouche, vû que les muscles sains attirent les muscles paralysés, aussi l'angle de la bouche est-il porté en haut et du côté sain. La pointe de la langue est dirigée du côté paralysé vû l'action du muscle génio-glosse.

Généralement l'hémiplegie est plus marquée au bras qu'à la jambe. Les causes de l'hémorrhagie cérébrale sont prédisposantes et déterminantes. Cette hémorrhagie résulte, dans la très-grande majorité des cas, d'un anévrisme dit miliaire, développé dans les petites artères du

cerveau, anévrisme qui est lui-même le résultat d'une péri-artérite accompagnée d'une dégénérescence de la tunique moyenne de ces artères. C'est cette couche moyenne dégénérée qui se dilate en anévrisme et qui se rompt sous l'effet d'une augmentation de la pression sanguine ou autre cause analogue.

Le foyer hémorragique peut bien occuper toutes les régions de l'encéphale, mais il se rencontre plus souvent dans la substance grise. Les artères qui donnent généralement origine à l'hémorragie cérébrale sont l'artère lenticulo-striée, la lenticulo-optique, la cérébrale antérieure, l'optique postérieure interne, branche de la cérébrale postérieure, etc., mais l'artère lenticulo-striée, d'après Dieulafoy est si souvent l'origine de l'hémorragie cérébrale, que Charcot l'a nommée *l'artère de l'hémorragie cérébrale*.

De toutes les causes prédisposantes, l'hérédité est celle qui, à coup sûr, joue le plus grand rôle, et l'on dit que ce rôle de l'hérédité est peut-être aussi grand, sinon plus grand qu'il ne l'est dans la production du cancer ou de la tuberculose.

Le tempérament pléthorique est pour peu de chose dans la production de l'hémorragie cérébrale. On a dit que les pléthoriques, dont le cou est court et la face enluminée, etc., sont presque fatalement prédisposés à l'apoplexie. Ces sujets sont, il est vrai, plus aptes que d'autres à souffrir de congestion cérébrale passagère, mais si leurs vaisseaux ne sont pas affectés préalablement de périartérite ou d'athérome, l'hémorragie cérébrale n'est pas alors ordinaire. Parmi les autres causes prédisposantes, mentionnons *l'alcoolisme, la goutte, le rhumatisme, le diabète, la maladie de Bright, la leucocrythémie, le saturnisme, l'abus du tabac, etc.* Ainsi, notez en passant, que ces maladies favorisent tantôt l'anévrisme miliaire, tantôt l'athérome, etc.

Les causes déterminantes sont toutes celles qui ont pour effet d'augmenter la tension intra-vasculaire dans le système cérébral, comme par exemple, les efforts d'expiration, ainsi que cela se voit chez ceux qui jouent des instruments à vent, chez les portefaix, et en général, tous ceux qui sont obligés de soulever de lourds fardeaux. Nous avons déjà eu dans nos salles un vieillard qui avait été frappé d'hémorragie cérébrale pendant des efforts de défécation.

Notons encore comme causes occasionnelles les émotions morales trop vives, surtout la colère, les excès de travail intellectuel, les veilles prolongées ou les variations atmosphériques, surtout aux équinoxes.

Les grands mangeurs et les grands buveurs d'eau y sont plus spécialement disposés et il arrive bien souvent que l'hémorragie cérébrale frappe ses victimes après un repas copieux; les restaurateurs qui ont l'habitude de boire beaucoup d'eau froide avec des boissons alcooliques et grâce à leur vie sédentaire s'exposent ainsi non seulement à la polysarcie mais encore à plus ou moins de tension vasculaire exagérée, et pour peu qu'il y ait chez eux prédisposition héréditaire, et même sans invoquer cette dernière action, ils sont fréquemment frappés par l'hémorragie cérébrale.

Avant de passer au traitement, voyons si le malade qui a occupé le No 6 de la salle St-Joseph a bien une hémiplegie liée à l'hémorragie cérébrale.

Le malade a 63 ans, les radiales ne présentent pas de rigidité appréciable; du côté du cœur il n'y a aucun bruit de souffle, rien indiquant

de l'athérôme des vaisseaux de cet organe, du moins de l'aorte, cependant il y a un commencement d'arc sénile aux deux yeux. Ce malade nous a dit qu'il n'a jamais eu de rhumatisme, ni d'habitudes alcooliques, mais quoiqu'il ne se souvienne pas que personne du côté de ses parents, ait été frappé de paralysie, son père était rhumatisant. D'après les renseignements fournis par ce malade, il n'y aurait pas eu non plus de paralysie ou d'hémorragie cérébrale du côté de ses antécédents, mais vous n'ignorez pas combien il est difficile d'obtenir les informations voulues de la part de nos malades. N'oubliez pas que cet homme a essuyé bien des misères, son métier de journalier l'exposant à bien des privations de toutes sortes, et un jour en l'interrogeant en votre absence, il m'a fait l'aveu qu'autrefois il avait fait usage d'alcool, cependant, à son arrivée à l'hôpital, il avait bien nettement déclaré qu'il n'avait pas fait usage d'alcool; du reste le père était un rhumatisant, avons-nous dit, et ce fait pourrait rendre compte de l'action héréditaire chez notre malade. Quoiqu'il en soit, l'hémiplégie était survenue la nuit, c'est-à-dire, le malade s'était *reveillé hémiplégique*, les artères paraissaient saines, l'intelligence était intacte, car vous savez que dans l'hémiplégie par athérôme, il arrive très souvent que le malade présente des troubles plus ou moins marqués de l'intelligence, des troubles psychiques, etc.. L'amélioration, enfin, ayant été graduelle, je crois que celui d'entre vous qui a diagnostiqué hémorragie cérébrale a bien probablement porté un bon diagnostic. D'après Trousseau, quand dans une attaque d'hémorragie cérébrale le bras recupère ses forces avant la jambe le pronostic est fatal. L'auteur n'explique pas le fait, mais le donne comme un fait clinique.

Le traitement de l'hémiplégie d'origine hémorragique varie suivant les diverses périodes de la maladie. Au début, c'est-à-dire alors que l'hémorragie vient de se produire, le traitement est palliatif ou expectant. Le malade doit être tenu dans un repos et un silence absolus, tête élevée, applications froides sur la tête, sinapismes aux extrémités inférieures.

Doit-on saigner dans un cas d'hémorragie cérébrale? Une saignée ne fera rien pour favoriser la résorption du sang épanché et ne remédiera pas à la lacération du tissu cérébral. Il est donc rationnel de donner au malade toutes les chances de résister au choc qu'il vient de subir. Quelques-uns conseillent la saignée en certains cas, non pas dans le but d'obvier à l'hémorragie qui s'est produite, mais afin de combattre l'hyperhémie consécutive, mais ces cas exceptionnels seraient le propre d'individus pléthoriques.

Au bout d'un certain nombre d'heures, la réaction se fait, le pouls et la température s'élèvent, la céphalalgie se déclare; elle est intense. On combat ces symptômes d'inflammation par des applications froides sur la tête et les autres moyens que nous avons vus. Un vésicatoire sur la nuque sera aussi avantageux. La diète sera tonique sans être stimulante. Il ne faut pas oublier qu'il y a toujours une prédisposition à une nouvelle attaque.

La paralysie persiste la plupart du temps pendant une période plus ou moins prolongée. Au bout de un mois et demi ou deux mois, il conviendra de faire usage de l'électricité pour combattre les contractures et obvier à l'atrophie qui menace les muscles frappés d'inaction. Il est bon d'observer que l'électricité ne devra pas être employée avant ce temps-là, c'est-à-dire avant que les symptômes inflammatoires soient passés, et que la réparation du tissu cérébral se soit faite.

Conjointement avec l'électricité on emploiera la noix vomique et la strychnin l'ergot, le phosphore et les toniques généraux. Le malade devra s'abstenir de l'usage de viandes à son repas du soir, ainsi que des stimulants v. g, café, dans tous les cas.

Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale par le procédé à lambeau postérieur unique ; (1)

par D. MARSIL, M.D., St. Eustache.

Opération.—Le malade, profondément anesthésié, est couché sur une table solide, le siège à l'extrémité; la jambe saine repliée et écartée, les parties génitales relevées et soutenues par une bande; le membre malade est supporté par un assistant ferme et intelligent; un aide éprouvé comprime, sur l'éminence iléo pectinée, la veine et l'artère fémorales. Enfin, tout ce qui peut être utile à l'opérateur doit être à sa portée.

Le tracé de l'incision antérieure ainsi que la limite du lambeau doivent être précisés; c'est pourquoi il importe de les figurer à l'encre afin de ne pas s'exposer à des mécomptes irréparables.

Premier temps.—*Incision antérieure.*—Cette incision doit commencer à un pouce et demi au-dessous du pli génito-crural et se continuer en décrivant une courbe à convexité supérieure dont le sommet touche le milieu de l'aîne, jusqu'en arrière du grand trochanter dont elle doit raser l'extrémité supérieure. Cette incision ne doit pas dépasser, en profondeur, le long abducteur afin de ne pas diviser les branches internes de l'obturatrice au début de l'opération. Avec cette première incision vous ouvrez largement l'articulation. Ordonnez à l'aide qui soutient la jambe de l'amener en abduction, de lui faire subir un léger mouvement de rotation en dehors et de l'abaisser jusqu'à ce qu'elle forme un angle d'environ 45° avec le tronc; la dislocation a lieu; au fond de l'articulation béante vous apercevez le ligament intra-articulaire que vous coupez d'un coup de pointe.

Deuxième temps.—Placez de champ la lame de votre bistouri de manière que la pointe dépasse d'au moins trois à quatre centimètres le côté interne de la base du lambeau que vous allez tailler. Faites relever la jambe toujours tenue en légère rotation externe, afin que votre couteau ne heurte le petit trochanter. Taillez le lambeau en ayant bien soin que l'instrument tranchant *reste en contact avec le fémur* tant que vous n'avez pas taillé les deux tiers supérieurs du lambeau. Achevez le dernier tiers comme dans les amputations à lambeau ordinaires, si ce n'est qu'il faut en arrondir l'apex le moins possible sans toutefois le faire carré. (fig. 1.)

Troisième temps.—*Hémostase.*—Si l'hémostase préalable n'en a pas été faite, il faut ligaturer les vaisseaux fémoraux, les divisions de la branche interne de l'obturatrice, et enfin les artérioles de la sciatique si elles donnent un peu sérieusement, puis panser la plaie suivant les

SUITE ET FIN.—Une erreur typographique s'est glissée dans la première partie de ce travail (livraison de mai). A la page 198, 4ème alinéa, ligne 6, au lieu de: *Ressemble à celui*, lisez *Ressemble peu à celui*.

règles prescrites. Dès que ce pansement est terminé, relevez le lambeau et suturez-le tel qu'indiqué au schéma (fig. 2).

Dans le cas de désarticulation que j'ai faite, je n'ai été obligé de ligaturer que les vaisseaux fémoraux. Il faut bien se rappeler que j'ai opéré sur un malade dont les vaisseaux étaient peu développés, puisque cet enfant n'avait que six ans et demi. Tout de même, je suis convaincu que si j'eusse suivi les procédés classiques, il m'aurait fallu appliquer un bien plus grand nombre de ligatures.

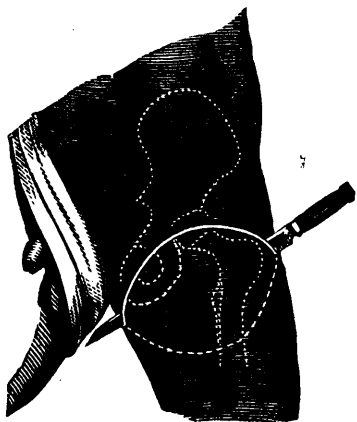


Fig. 1.

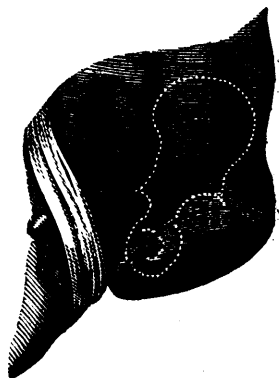


Fig. 2.

Par ce procédé si facile et si sûr, cette opération peut être exécutée en trente secondes. Le temps de l'opération est trop court pour nous faire redouter une hémorrhagie grave par régurgitation.

L'hémorrhagie directe n'est guère plus à redouter par mon procédé, tandis qu'elle a toujours été la terreur des chirurgiens dans les autres procédés—terreur bien grande, paraît-il, puisque Syme a failli en perdre momentanément la tête.

Pourquoi n'est-elle pas à craindre? Voici: En comprimant les vaisseaux fémoraux sur l'éminence iléo-pectinée, ou en les ligaturant préalablement, vous ischémiez toute la face antérieure, latérale, externe et même l'interne et la postérieure. En effet, en arrêtant le courant sanguin dans l'artère fémorale, vous fermez la voie à l'hémorrhagie dans presque tous les vaisseaux de la région supérieure de la cuisse, excepté l'obturatrice et la sciatique. Or, par mon procédé, vous n'atteignez ces dernières artères que dans leurs subdivisions insignifiantes. Pour vous en convaincre, il suffit de vous rappeler que les branches de l'obturatrice, l'externe exceptée, se rendent à la racine des adducteurs qu'elles nourrissent, et qu'elles descendent à peine à 0 m. 10 au-dessous du périnée. Avec mon procédé, devons-nous redouter la sciatique qui est une nuisance sérieuse dans les autres modes opératoires? Non, certainement, puisqu'elle ne peut être atteinte que dans ses anastomoses avec quelques petites branches de la circonflexe interne et les artérioles des perforantes qui sont impuissantes à apporter leur contingent à l'hémorrhagie à cause de la ligature de la fémorale.

Si vous me permettez de vous rappeler que je vous ai dit qu'en taillant les deux tiers supérieurs du lambeau, il fallait tenir le couteau en contact immédiat avec la face postérieure du fémur, vous reconnaîtrez volontiers que par cette précaution, vous ne pouvez couper que les divisions ultimes de la branche supérieure de la sciatique qui longe le bord inférieur du pyramidal pour s'anastomoser par ses branches inférieures avec la branche supérieure de la circonflexe interne et fournir quelques petites artérioles au tendon du pyramidal et du moyen fessier.

Or, ces artérioles ne peuvent produire d'hémorrhagie à faire perdre la tête, à moins qu'on ne soit trop pusillanime pour être opérateur.

La branche antéro-inférieure de la fessière qui s'étend au voisinage de l'extrémité supérieure du grand trochanter, n'a pas assez d'importance pour que je m'y arrête un instant. Nous n'avons donc pas à redouter l'hémorrhagie de la fessière et de la sciatique dans mon procédé; cependant, c'est le plus redoutable dans les autres modes opératoires, surtout celui de Manec. Je laisse la parole à M. Farabeuf (Op. cit. page 639): "Ce sont les artères de la fesse qu'il faut ménager à tout prix. Par la multiplicité, elles sont autrement redoutables que la fémorale elle-même, quand elles ont été imprudemment et prématurément coupées en plusieurs points. Avec les procédés rapides, sans ligature préalable, c'était sur elles que le chirurgien aidé de plusieurs mains nues ou armées de tampons, d'éponges et de pinces, devait se précipiter d'abord, avant de songer à l'artère fémorale confiée à un aide éprouvé."

Mon procédé n'aurait-il d'autres avantages que d'éviter sûrement ces dangers que nous indique M. Farabeuf et que nos connaissances anatomiques nous font sagement redouter, qu'il mériterait d'être accepté comme procédé de choix. Mais il a encore d'autres attributs qui le recommandent favorablement à votre sérieuse attention. Les remarques et les citations que je viens de faire sur la section de la sciatique et de la fessière s'appliquent également aux branches de l'obturatrice. Ces petites artères ne peuvent produire une perte de sang inquiétante. Il est tout-à-fait aisé d'en avoir raison par la torsion, la forcipressure, ou enfin par quelques ligatures.

Quelle longueur doit avoir le lambeau postérieur? La règle générale trouve ici son application comme dans toutes les autres amputations. Sa longueur doit être égale au diamètre du membre désarticulé; plus un tiers pour parer à la rétraction.

Redoutant les effets désastreux de l'hémorrhagie, on a suggéré l'idée d'anémier le membre au moyen de la bande d'Esmarch. La bande peut toujours être appliquée, mais je ne conçois pas qu'avec les procédés à lambeau antérieur ou postérieur ou avec la raquette antérieure, on puisse utiliser le lien qui est le dernier mot de l'invention d'Esmarch. Ce lien devient un obstacle dans le champ de l'opération. Le procédé de M. Honzé de l'Aulnoit, ne doit pas être plus applicable dans cette entreprise chirurgicale. Au reste, serait-il prudent de répandre dans la circulation générale un quart du sang quand un quart du corps doit être enlevé. A moins que l'opéré ne soit anémié par hémorrhagie ou épuisé par influence pathologique, je pense que ce refoulement du sang peut occasionner une pléthore dangereuse, surtout chez un tempérament sanguin.

La cicatrice.—On le conçoit facilement avec le procédé à lambeau postérieur unique, le travail de cicatrisation se fera dans l'aîne. C'est là une des raisons majeures, qui encore doit faire préférer ce mode opératoire à tous les autres. Il est impossible que la cicatrice devienne tôt ou tard une cause d'ennui pour l'opéré; elle ne peut en aucune manière être contusionnée. L'ischion est richement étoffé; que l'opéré s'asseye, ou qu'il marche sur cet ischion avec un appareil prothétique, il n'est pas exposé à souffrir. Ce procédé est, dans mon humble opinion, au-dessus de toute objection sérieuse, et réunit tous les attributs de la perfection.

Cependant, il n'a pas été accueilli favorablement dans l'enseignement. On n'a pas cru qu'il était au-dessus de toute objection, au contraire, on l'a repoussé en déclarant qu'il ne pouvait être qu'un procédé d'occasion et non d'élection. Voici les deux principales objections qu'on a soulevé contre ce mode opératoire :

1^o Que ce lambeau postérieur devait être nécessairement entraîné par son propre poids, que conséquemment on courrait grand risque que la réunion n'eût pas lieu. Conséquence plus que grave!!!

2^o Que ce lambeau relevé formait avec le cotyle et la partie antéro-latérale du bassin un cul de sac où devrait nécessairement s'accumuler la sanie et le pus. Autre conséquence non moins terrible!!!

Voyons si ces craintes, ces appréhensions, ces terreurs sont justifiables.

Ce lambeau postérieur doit être rejeté parceque son poids l'attirera en bas et qu'ainsi sa réunion devient impossible. Pourquoi, je vous le demande, ne fait-on pas cette objection contre l'opération de Lisfranc pour l'amputation du métatarse, contre celle de Chopart, contre celle de Syme (tibio-tarsienne), contre l'amputation sous-astragaliennne, sus-malléolaire à lambeau postérieur (procédé de Guyon), contre celle de la jambe à lambeau postérieur ou latéral au lieu d'élection (procédé de Sédillot), contre celle du genou et de la cuisse à lambeau postérieur unique ou à deux lambeaux antérieur et postérieur. Pourquoi tous ces lambeaux ne subissent-ils pas l'influence néfaste de leur propre poids? Cette incompréhensible influence, cette loi inexorable et incontrôlable de la pesanteur n'exercera-t-elle donc sa tyrannie que sur mon infortuné lambeau? Il n'en est rien. A cette objection fantôme j'oppose les faits cliniques et l'autorité respectée de M. Fort qui dit: (Médecine opératoire, page 202) "Le lambeau postérieur a été longtemps délaissé, parce que son propre poids le faisait tomber et qu'il était difficile à maintenir en place; mais AUJOURD'HUI, grâce à la suture profonde et aux succès de la réunion primitive, on ne court plus le même danger, et il n'y a pas de raison sérieuse pour renoncer au lambeau postérieur si l'on croit qu'il puisse avoir quelque utilité."

En voilà plus, ou du moins tout autant qu'il en faut, de plausibilité, de raisonnement, pour avoir raison de la première objection.

La seconde—je veux dire ce cul de sac plein de pus à la base du lambeau relevé—ne peut être prise au sérieux.

Veillez vous rappeler, un instant, le procédé que je défends et il vous sera facile de vous convaincre qu'une fois le lambeau suturé, il existe à sa base une déclivité considérable de dehors en dedans qui permet au pus, s'il n'y a pas réunion primitive, de s'écouler facilement au dehors. Au reste, n'avez-vous pas pour éviter cet accident, si tant

est qu'il pourrait exister, la ressource si précieuse pour certains chirurgiens du drainage dont je ne suis pas, je l'avoue, un grand admirateur, tout en admettant qu'il peut avoir son utilité exceptionnelle. Je n'aime pas les corps étrangers dans les plaies. Qu'ils soient de fil, de fer, de bois ou de caoutchouc perforé, je le répète, je ne les aime pas. M. Guérin les a ostracisés de son ingénieux pansement ouaté et je ne sache pas qu'il n'ait pas obtenu d'aussi beaux succès que qui que ce soit. Lister ne leur accorde pas plus d'égards. Avec un pansement antiseptique parfait, je pense qu'on peut presque toujours se dispenser des services de ces bijoux élastiques.

Résumé.—Je me résume en disant que le choix du procédé étant laissé à l'opérateur, il doit préférer le procédé à lambeau postérieur unique pour la désarticulation coxo-fémorale, parce qu'il est infiniment plus rapide et plus facile que la raquette antérieure, de beaucoup plus sûr dans son exécution que celui à lambeau antérieur, et certainement supérieur dans ses résultats définitifs à tous les procédés connus.

Du cathétérisme de l'urèthre chez l'homme et de ses difficultés ; (1)

par A. T. BROUSSEAU, M.D.,

Prof. de Clinique chirurgicale à l'Université Laval, Montréal,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

On peut dire du cathétérisme ce qu'un accoucheur célèbre disait des accouchements : "rien n'est plus facile quand c'est facile, rien n'est plus difficile quand c'est difficile."

Le cathétérisme est une opération qui n'est bien et régulièrement faite que par les médecins qui ont sur les dispositions anatomiques de ce conduit les notions les plus exactes.

L'urèthre ne présente qu'une seule courbure lorsque la verge est maintenue relevée, comme cela doit être en pratiquant le cathétérisme.

La longueur de l'urèthre est variable suivant les individus. Sa largeur varie aussi suivant ses portions. Le méat est le point le plus étroit ; donc lorsqu'un instrument franchit le méat il doit franchir facilement toute l'étendue de l'urèthre si toutefois cet urèthre est normal.

L'urèthre présente trois *points rétrécis* qui sont le méat, le collet du bulbe et le col vésical, et trois *points dilatés* qui sont la fosse naviculaire, le cul-de-sac du bulbe et la dilatation prostatique.

La muqueuse de l'urèthre est criblée de petits trous, ce sont les orifices des glandules de Morgagni.

La plus grande de ces lacunes, dite de Guérin, peut recevoir le bout d'une sonde fine et en gêner l'introduction.

L'utricule prostatique est quelquefois si dilatée, que l'extrémité d'une sonde ordinaire peut y entrer sans peine, d'où obstacle au cathétérisme.

L'urèthre perfore l'aponévrose moyenne du périnée à environ un pouce en dessous de la symphise du pubis ; cet orifice correspond à la portion membraneuse de l'urèthre. La muqueuse uréthrale est blancheâtre.

Les malades se méfient beaucoup du cathétérisme. N'ont-ils pas sou-

(1) Résumé d'un travail lu devant la Société Médicale à sa séance du 12 avril 1883.

vent raison ? Le médecin doit prouver son habileté manuelle et ne pas chercher à briller en faisant le cathétérisme.

De même que c'est avec la pulpe du doigt qu'il exerce le toucher, de même il doit recueillir les sensations du cathétérisme avec l'extrémité de l'instrument.

Au niveau du bulbe, le canal présente une dilatation considérable qui porte surtout sur sa paroi inférieure, c'est ce qu'on appelle le cul-de-sac du bulbe.

En arrière de cette dilatation, le canal se rétrécit tout à coup, c'est le collet du bulbe.

Là les plus habiles sont obligés de tâtonner. L'obstacle provient, ou bien de ce que la sonde étant trop courbée, son bec arc-boute contre la portion de l'aponévrose moyenne placée au dessus du collet du bulbe, ou bien de ce que la sonde étant droite ou pas assez courbée elle s'enfonce dans le cul-de-sac du bulbe et le déprime en bas.

Si l'on continue l'effort dans cette même direction, on perfore le canal. Il faut retirer quelque peu la sonde et modifier sa direction en relevant ou abaissant le pavillon avant de chercher à la réintroduire. C'est à cet endroit que l'on rencontre le plus grand nombre de fausses routes.

Les obstacles au cathétérisme sont, à la paroi supérieure du canal : 1^o les lacunes de Morgagni (entre autres la *lacuna magna*) ; 2^o la saillie de l'aponévrose moyenne. A la paroi inférieure du canal : 1^o le cul-de-sac du bulbe ; 2^o le collet du bulbe ; 3^o l'élévation du col vésical, surtout chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, et la dépression de l'utricule.

Les grosses sondes ne pénètrent pas dans les lacunes ; les sondes à longues courbures franchissent aisément le col surélevé.

Le spasme urétral se manifeste lorsque la sonde pénètre dans la portion membraneuse ; il est passager et cesse après quelques instants, si l'on tient l'instrument en place, sans chercher à le faire avancer.

Thompson dit que souvent le *spasme* sert d'excuse aux incapables.

Jamais, au grand jamais, le cathétérisme ne doit être forcé,

Si le lobe moyen de la prostate est volumineux, c'est à la sonde à longue courbure, ou à la coudée, ou encore à l'introduction du doigt dans le rectum qu'il faut avoir recours.

Les chirurgiens diffèrent quant à la position à prendre durant le cathétérisme.

Les uns préfèrent se mettre à droite, les autres à gauche du malade ; d'autres se mettent à gauche pour pratiquer le cathétérisme *évacuateur* et à droite pour le cathétérisme *explorateur*, e.g. : constater un rétrécissement, chercher un calcul, faire la lithotritie.

Mais l'important, c'est de se placer de manière à pouvoir se servir de sa main la plus exercée.

On peut restreindre les temps du cathétérisme à trois—qui correspondent au passage du bec de l'instrument dans les portions anatomiquement définies : portions péniennne, membraneuse et prostatique.

Premier temps.—L'instrument d'abord parallèle au pli de l'aine est ramené vers la ligne médiane à mesure qu'il pénètre.

Deuxième temps.—L'instrument franchit la portion membraneuse qui est la première partie de l'urèthre profonde et fixe.

Troisième temps.—L'instrument traverse la portion prostatique et franchit le col de la vessie—alors liberté complète de l'instrument, écoulement d'urine.

Dans l'urèthre *normal*, le second et le troisième temps se confondent, mais les modifications pathologiques de cette portion du canal, si fréquentes chez les vieillards, font du 3^{me} temps l'un des plus difficiles (entre autres la déviation anguleuse causée par l'hypertrophie du lobé-moyen).

Le mouvement d'abaissement du pavillon de la sonde ne doit commencer que lorsque l'instrument demande à avancer, c'est-à-dire lorsqu'il pénètre dans l'orifice membraneux.

Il faut *guider, diriger* plutôt que *forcer* l'algalie.

Le *tour de maître* (qui consiste à tenir la sonde métallique avec sa *convexité* regardant le pubis) est justement délaissé de nos jours, dit F. Guyon. M. Guyon conseille, pour pénétrer plus facilement dans le collet du bulbe, d'introduire la sonde dans le sens transversal, le bec touchant la paroi latérale de l'urèthre. La coudure de l'instrument distend le cul-de-sac, et l'orifice membraneux s'entr'ouvre et laisse facilement passer le bec. Reliquet qualifie le tour de maître de *titre vaniteux*, manœuvre destinée à éblouir les assistants ignorants. Dans les deux derniers temps du cathétérisme, que la sonde suive la paroi supérieure du canal, afin d'éviter les obstacles qui sont à la paroi inférieure. *Debout*, le cathétérisme offre les mêmes temps que dans le décubitus dorsal.

L'introduction des bougies et des sondes sans mandrin est une opération bien simple.

La verge étant inclinée sur l'abdomen sous un angle de 45 degrés, le chirurgien la tend modérément de sa main gauche, et de sa main droite pousse doucement la bougie ou la sonde molle jusque dans la vessie.

Lorsqu'on se sert d'une sonde avec mandrin on opère comme avec les sondes métalliques. Les sondes en caoutchouc ne s'introduisent qu'en tendant la verge modérément et en les poussant pouce par pouce, tandis que les sondes en gomme s'introduisent mieux en deux ou trois mouvements, presque d'un seul trait. La sonde métallique coudée telle que modifiée par Thompson et Collin est le meilleur explorateur de la vessie. Son *extrémité* est en forme de bouton olivaire; c'est la partie sentante de l'instrument, c'est la pulpe de ce doigt artificiel; son bout olivaire la rend aussi moins offensive dans son contact.

La main du chirurgien est la principale et première garantie d'innocuité du cathétérisme; vient ensuite l'instrument bien approprié à chaque cas en particulier.

Les instruments flexibles sont ceux qui fournissent les meilleures garanties quant à la facilité d'introduction et leur innocuité. "Le cathétérisme n'est pas une arche sainte, dit Guyon, où le petit nombre seulement peut pénétrer, mais tout de même la pratique journalière ne cesse d'enseigner quelque chose de nouveau." Les étudiants et les jeunes médecins doivent s'exercer sur le cadavre pour arriver à une certaine dextérité manuelle. Les médecins doivent aussi avoir à leur disposition au moins une couple de douzaines de sondes de forme et de volume différents pour les cas les plus habituels de la pratique: mais celui qui veut traiter convenablement les cas difficiles doit avoir un assortiment complet et varié, des cathéters

métalliques, des sondes en gommés, de toute forme et de tout volume — cinq ou six douzaines ne sont pas de trop. Les bougies à boule dite exploratrice, les bougies filiformes sont indispensables dans un grand nombre de cas, *e.g.* les retrécissements. Combien de praticiens ne peuvent réussir à pratiquer le cathétérisme parce qu'ils n'ont à leur usage qu'un unique cathéter qui exige que tous les uréthres se soumettent à sa courbure et à son volume, et pourtant l'on sait fort bien que ce n'est pas l'urètre qui doit se conformer à la sonde mais bien la sonde à l'urètre. Nos pharmaciens nous importent depuis quelques années des bougies et des sondes françaises qui sont sans contredit les meilleures.

Les sondes en gomme ne sont pas très durables, mais le patient qui souffre préfère se les payer que de subir le cathéter métallique, à la courbure unique et rigide.

CHIMIE MÉDICALE.

Des fermentations ; (1)

par N. FAFARD, M.D., professeur à l'Université Laval, Montréal.

FERMENTATIONS PATHOLOGIQUES.

Il n'y a pas très-longtemps, les chimistes expliquaient les transformations journalières qui s'opèrent dans les substances organiques, par la tendance que ces substances complexes ont à revenir à la matière brute, à des composés plus simples et plus stables, et cela à partir du moment où la force vitale qui a présidé à leur formation vient à disparaître.

Ces transformations, toujours d'après les mêmes idées, étaient facilitées par le contact d'autres substances en voie de décomposition.

Aujourd'hui cette théorie est complètement abandonnée. Il est prouvé et admis sans conteste que toutes les modifications qui paraissent avoir lieu spontanément dans la matière organisée, reconnaissent pour cause, soit un ferment soluble ou non vivant, soit un ferment figuré vivant végétal ou animal.

Il est parfaitement prouvé aussi que ce ferment vivant ne naît pas spontanément, qu'il existe tout formé ou à l'état de germe dans l'air atmosphérique, qu'il exige pour se développer une matière favorable à son existence. Les transformations que subit la matière sont en rapport avec les actes vitaux du ferment, et le phénomène s'appelle fermentation.

Nous avons passé en revue un certain nombre de ces fermentations, ayant pour cause un être microscopique vivant végétal ou animal, et pour milieu une matière organique inanimée. À présent il serait curieux et très-intéressant de savoir si les microzoaires (microbes) ne peuvent pas quelquefois envahir le corps d'un animal vivant et engendrer des maladies spéciales.

Depuis longtemps déjà, et avant même que le microscope fut perfectionné comme il l'est aujourd'hui, plusieurs pathologistes inclinaient

(1) Suite.— Voir la livraison de mars.

à croire que les maladies épidémiques et contagieuses ont pour cause des germes vivants suspendus dans l'atmosphère; lesquels parviennent par un moyen ou par un autre à s'introduire dans l'économie. Ces idées ont été considérées comme ridicules par le plus grand nombre; on traitait de visionnaire le pauvre médecin qui avait le courage et la hardiesse de les émettre.

Pourtant cette opinion a eu cela de bon que tous les praticiens se sont empressés de recourir aux antiseptiques pour combattre les épidémies. Depuis bon nombre d'années, la médication anti-fermentative est franchement entrée dans la thérapeutique contre les maladies contagieuses.

Voyons où nous en sommes rendus maintenant, et si des expériences concluantes ont corroboré les prévisions de la théorie.

Existe-t-il en réalité certaines maladies ayant pour cause unique un microbe?

D'abord le corps de l'animal sain contient-il des microbes ou des germes de microbes?

En avril 1863, Pasteur a démontré d'une manière irréfutable que dans l'état de santé le corps des animaux est fermé à toute introduction de germes extérieurs. Du sang, de l'urine, extraits directement du corps, à l'abri des poussières atmosphériques, se conservent indéfiniment sans putréfaction dans des vases contenant de l'air pur; bien plus, le microscope le plus parfait, possédant le plus fort grossissement, est impuissant à y faire découvrir le moindre microbe quelconque.

D'un autre côté, on trouve très-souvent, sinon presque toujours, ces petits êtres microscopiques dans le sang ou les sérosités d'un individu atteint de maladies contagieuses. Ces microbes sont-ils la cause ou seulement un épiphénomène de la maladie?

La question est résolue, du moins pour ce qui concerne certaines maladies. Tout le monde sait que la gale est due uniquement à l'acarus.

La trichinose est une maladie à ferment parfaitement étudiée dont la cause est un microbe (la trichine).

Vers 1865, Pasteur fit une importante découverte. Voici comment il s'exprime: " Je reconnus, dit-il, qu'une des affections les plus grandes du ver à soie était la conséquence de la fermentation anormale de la feuille du mûrier dans le canal intestinal, fermentation produite par des organismes divers, et notamment par ces mêmes vibrions, agents de la putréfaction des matières animales. Au sujet de ces vibrions et de leurs germes, je vis alors qu'il existe chez ces petits êtres une sorte de parthénogénèse. Après qu'ils se sont produits pendant un certain temps par division spontanée, on voit apparaître çà et là dans leur substance jusque-là translucide et homogène en apparence, un ou plusieurs corpuscules plus réfringents que le reste du corps. Celui-ci se résorbe peu à peu autour de ces noyaux.

" Dès lors, à la place de la multitude de petits batonnets simples ou articulés en voie de division spontanée qui composent un champ de vibrions-baguettes, on ne rencontre plus qu'un amas de points brillants, une poussière de petits grains de 1 à 2 millièmes de millimètre de diamètre. J'ai montré que ces corpuscules peuvent subir une dessiccation prolongée sans périr, et que la poussière infectieuse qui en résulte, répandue artificiellement sur la feuille du mûrier, peut aller faire fermenter celle-ci dans le canal intestinal et provoquer la maladie et la mort de l'insecte. "

CHARBON ET SEPTICÉMIE.—En 1850 Royer et Davaine en étudiant la maladie contagieuse appelée *sang de rate* (charbon) remarquèrent dans le sang infecté des petits corps filiformes immobiles ayant deux fois la longueur du globule sanguin. Ces deux savants émirent alors l'idée que le charbon pourrait bien avoir pour cause la présence de ces petits êtres microscopiques. Rapporter toutes les discussions auxquelles ces avancées donnèrent occasion serait trop long et inutile pour le moment.

Dans un mémoire publié en 1876, le Docteur Koch constata pour les petits corps filiformes (découverts par Davaine) les mêmes transformations que Pasteur avait observées dans les vibrions de la maladie du ver à soie. Ils se reproduisent par scission, se remplissent de fines granulations et se résorbent. Les corpuscules qui en résultent peuvent régénérer dans le sérum les petites baguettes filiformes immobiles, et de même que dans la maladie dite "bactéridie des vers à soie", il est à présumer, dit-il, qu'ils peuvent passer d'une année à l'autre sans périr, prêts à régénérer le mal. Telle était l'opinion de Koch à cette époque.

Malgré les observations si importantes de Davaine et de Koch, les opinions restaient toujours divisées sur l'étiologie du charbon. Les uns, enthousiasmés outre mesure, tirèrent des belles découvertes que je viens de signaler des conséquences exagérées pour le temps; selon eux, on devait attribuer aux microbes toutes les maladies épidémiques et contagieuses. Ces idées prématurément avancées, sans preuves à l'appui, eurent pour résultat de jeter du discrédit sur la théorie des fermentations pathologiques, et de pousser les autres, gens incrédules et trop positifs, dans des exagérations contraires non moins préjudiciables aux intérêts de la science. D'après ceux-ci il n'y avait pas plus lieu de faire intervenir les microbes pour le charbon que pour toutes les autres affections. "La maladie, disait un membre illustre de l'Académie de Médecine, est en nous, de nous, par nous." C'était, en peu de mots, résumer la manière de voir des adversaires de la théorie des fermentations pathologiques.

Au milieu de ces incertitudes Pasteur pose nettement la question :

"Existe-t-il une maladie ayant les caractères du *sang de rate* ou du *charbon*, qui soit causée par le développement dans le sang des animaux des petits corps filiformes ou bactéries que M. Davaine a découverts le premier en 1850 ?

"Cette maladie doit-elle être attribuée en tout ou en partie à une substance de la nature des virus ? En un mot, est-il possible d'écarter, touchant la maladie charbonneuse, tout doute possible ?"

(A suivre.)

Paralysie agitante.—Le prof. Brandes, de l'hôpital général de Copenhague, rapporte avoir guéri deux cas récents de paralysie agitante au moyen de l'application continue du froid sur la nuque. Dans les cas anciens, cette méthode ne fut d'aucune valeur.—*N.-Y. Med. Record.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'asthme permanent.—Clinique de M. le prof. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu.—Pour la plupart des médecins, l'asthme est une maladie intermittente, à accès paroxystiques se produisant surtout la nuit, et disparaissant au bout de quelques heures, sans laisser en général, à leur suite d'autres troubles de la santé qu'un certain degré de fatigue et d'énervement général. L'intermittence est pour ces médecins le fait caractéristique, et cette idée domine à un tel point les esprits, qu'on se refuse à accepter la notion d'un asthme à dyspnée continue. On admet bien que les accès d'asthme, en se répétant, finissent par déterminer une dyspnée habituelle qui persiste entre les attaques. C'est là ce que Van Helmont appelait *l'asthme mixte*. Mais pour peu que ces phénomènes d'oppression continuelle s'accroissent, vous voyez s'effacer l'idée d'asthme; le médecin, appelé à formuler un diagnostic, ne s'inquiète même plus de savoir si le malade a eu antérieurement des accès intermittents; il ne voit pas au delà de la lésion qu'il a sous les yeux, et il dit: emphysème pulmonaire avec bronchite chronique. A plus forte raison conclut-il encore ainsi, si, remontant dans les antécédents, il apprend que le malade n'a jamais eu d'accès nocturnes. Or, Messieurs, je veux établir aujourd'hui devant vous que non seulement l'asthme peut devenir continu après avoir été intermittent, mais qu'il peut d'emblée, et sans avoir passé par la phase d'accès à paroxysmes plus ou moins éloignés, constituer une maladie à dyspnée permanente et que l'asthmatique, si catarrheux et si emphysémateux qu'il soit, est toujours un asthmatique.

Il faut bien le dire, c'est Laënnec qui a détruit la notion de l'asthme au profit de l'emphysème. Avant lui, la maladie asthme était parfaitement établie et admise, non seulement au point de vue nosologique, mais dans la pratique, et cette tradition a persisté encore aujourd'hui parmi les gens du monde qui conçoivent l'asthme comme on le faisait avant Laënnec. Celui-ci démembra la maladie et en dispersa les éléments dans les catarrhes secs et piteux, l'emphysème pulmonaire, les névroses du poumon, et la place qu'il accorde à l'asthme est tellement restreinte, qu'il se demande si, en dehors du catarrhe sec et de l'emphysème, il existe véritablement une maladie nerveuse qui mérite ce nom.

A partir de Laënnec, on ne se préoccupe pour ainsi dire plus que de l'emphysème pulmonaire. Chomel, Louis, Grisolle, regardent l'asthme comme une rareté, et Louis fait de l'emphysème la cause même de l'asthme. Or, si grande qu'on veuille faire la part aux lésions anatomiques, il est impossible d'admettre de pareilles théories. Il est bien évident que l'emphysème du poumon peut se développer sous l'influence de causes très diverses et qu'il ne s'accompagne pas nécessairement des symptômes de l'asthme; il n'entre donc dans la constitution de l'asthme qu'au même titre que la dyspnée; il n'est qu'une lésion comme celle-ci n'est qu'un symptôme, subordonnés l'un et l'autre à l'essence même de la maladie asthme.

Je ne veux pas refaire ici la pathogénie de l'asthme ; je vous renvoie sur ce point à un travail que j'ai publié, il y a une quinzaine d'années, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Je vous rappellerai seulement que pour moi trois éléments entrent dans la constitution de l'asthme : une dyspnée nerveuse spéciale, un exsudat bronchique et un état emphysémateux du poumon. Si court que soit un accès d'asthme, ces trois éléments s'y rencontrent toujours. La dyspnée asthmatique s'accompagne constamment d'un catarrhe transitoire et d'un emphysème passager. Ne voir dans l'asthme que l'élément nerveux, c'est négliger deux termes de la question sur trois, c'est se refuser à comprendre l'évolution ultérieure de la maladie et les divers aspects qu'elle peut revêtir. Que le catarrhe, en effet, s'exagère d'une manière inaccoutumée, et vous aurez une forme nouvelle de la maladie sous le nom d'asthme *catarrhal*, et dans certains cas, rares à la vérité, où le flux bronchique devient d'une abondance tout à fait extraordinaire, l'asthme *pituiteux*. Si, au contraire, l'emphysème transitoire s'accroît, se développe et s'établit d'une manière définitive, vous aurez l'asthme à prédominance *emphysémateuse* ; c'est cette forme surtout qui répond à ce que j'appelle l'asthme permanent.

La plupart des médecins, je vous l'ai dit, ne raisonnent pas ainsi et considèrent, dans ces cas, l'emphysème comme la cause première de tous les accidents. Un médecin anglais, Waters, auteur d'un travail remarquable sur l'emphysème pulmonaire, consacre cette manière de voir, erronée à mon avis, dans la division qu'il propose des variétés de l'emphysème du poumon. Pour lui, il existe deux grandes catégories d'emphysème :

1^o Un emphysème secondaire, lobulaire, partiel, mécanique, qui apparaît dans le cours de toutes les maladies bronchiques, restant stationnaire et silencieux tant que l'évolution de ces maladies est elle-même arrêtée, grandissant au contraire et s'accroissant à chaque récurrence de l'affection bronchique, récurrence qu'il appelle en quelque sorte et dont il favorise le développement. Remarquez, messieurs, que je ne nie nullement l'existence de ces emphysèmes secondaires ; mais ils n'ont rien à voir avec l'asthme ;

2^o En regard de cette première catégorie, Waters admet une autre variété d'emphysème, qu'il appelle emphysème primitif, protopathique constitutionnel. Ici, l'oppression, l'haleine courte et les signes physiques de l'emphysème s'établissent et se développent en dehors de toute maladie ; ce n'est que plus tard qu'apparaissent les bronchites. Le symptôme le plus frappant de la maladie est une *courte haleine permanente* qui s'exagère sous des influences diverses, temps humide, bronchites intercurrentes, mouvements, travail digestif pénible. Pour Waters, cet emphysème est une maladie spéciale, absolument distincte de l'emphysème secondaire aux affections broncho-pulmonaires. Et il en voit la preuve non seulement dans le développement spontané, mais encore dans l'hérédité de cette forme.

Messieurs, j'accepte sans hésiter la division de Waters ; sa description est parfaitement exacte. Nous ne différons que sur un point ; c'est que, pour moi, sa forme protopathique, constitutionnelle, n'est nullement primitive ; c'est simplement un des éléments de la triade asthmatique méconnue, ou plutôt c'est l'asthme lui-même à prédominance emphysémateuse, l'asthme permanent.

Vous avez pu voir, dans nos salles, un jeune malade qui, pour Waters, représenterait à coup sûr le type de son emphysème constitutionnel, et que je vous donne comme l'exemple le plus net de l'asthme permanent.

*Asthme permanent, datant de l'enfance, avec exacerbations ;
emphysème pulmonaire généralisé.*

A..., âgé de 18 ans, entré le 21 mars, salle St-Christophe, n° 23, dans le service du prof. G. Sée.—Ce jeune garçon entre à l'hôpital en proie à une dyspnée intense ; la figure est anxieuse, l'inspiration pénible, l'expiration bruyante ; il reste assis dans le lit, appuyé sur ses mains, faisant effort de tous ses muscles thoraciques pour faire pénétrer l'air dans sa poitrine. De temps à autre, toux quinteuse, pénible, suivie d'une expectoration muco-purulente peu abondante. La poitrine est bombée ; voussure sous-claviculaire très marquée. Sonorité exagérée du thorax dans toute son étendue, en avant et en arrière. A l'auscultation, obscurité du murmure vésiculaire ; expiration prolongée accompagnée de sifflements et de râles sibilants secs qui remplissent toute la poitrine. Le pouls et les battements du cœur sont réguliers ; sous le sternum, on entend un souffle doux, systolique, très net, d'insuffisance tricuspide. Il n'y a pas d'œdème malléolaire. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

Ce malade raconte qu'il est né de parents robustes qui vivent encore, et ne sont ni catarrheux, ni asthmatiques. Quant à lui, il ne se rappelle pas avoir jamais fait aucune maladie sérieuse, ni coqueluche, ni rougeole. Mais depuis son enfance, si haut que ses souvenirs remontent, il a toujours eu l'haleine courte, ne pouvant jouer et courir avec ses camarades sans être aussitôt essoufflé. Cette oppression continue s'exagère par intervalles, surtout pendant l'hiver. Il y a deux ans, il dit avoir eu à diverses reprises des accès d'étouffement qui se produisaient la nuit et duraient plusieurs heures. Depuis le mois de décembre dernier, la dyspnée s'est aggravée, s'accompagnait de quintes de toux avec crachats muqueux, rares, et à plusieurs reprises d'épistaxis assez abondantes.— *Traitement* : 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

30 mars. La dyspnée est beaucoup moindre ; le malade peut rester couché sur le dos. L'inspiration est plus facile ; les sibilances moins nombreuses. Le souffle tricuspide a disparu.

5 avril. Le malade respire plus facilement ; l'expiration est toujours un peu siffante ; essoufflement à la moindre fatigue. La voussure thoracique exagérée, la sonorité anormale de la poitrine et l'obscurité du murmure vésiculaire persistent. Le malade sort sur sa demande.

En résumé, pour les médecins qui ne veulent voir que la lésion pulmonaire, ce jeune garçon est un emphysémateux, et pour Waters, il est atteint de la forme protopathique de l'emphysème, puisque cet emphysème ne paraît avoir été précédé ni de bronchite, ni d'aucune autre maladie capable d'en expliquer le développement. Pour moi, c'est un asthmatique. Il est un fait que j'ai, je crois, suffisamment établi dans un article du *Dictionnaire de médecine*, c'est que l'asthme est une maladie beaucoup plus fréquente dans l'enfance qu'on ne le pense généralement. Les accès d'asthme peuvent se produire dès l'âge de 18 mois, un an, prenant une intensité formidable et un aspect tout particulier en raison même de l'étroitesse des canaux bronchiques à cet âge. Je

ne doute pas que notre malade n'ait eu des accès de ce genre dans la première enfance, et l'emphysème qu'il présente actuellement n'est que la conséquence de ces accès répétés. La preuve que ce n'est là qu'un des éléments de la triade pathogénique de l'asthme, c'est que les deux autres éléments, nerveux et catarrhal, reparaisent de temps à autre chez ce malade pour constituer une de ces exacerbations dyspnéiques qui ne sont autre chose qu'une accès asthmatique prolongé. Vous avez assisté à une de ces exacerbations; si elle a duré trois semaines et plus, au lieu de s'effacer en quelques heures comme l'accès d'asthme classique, c'est sans doute à la prédominance prise par l'élément emphysemateux qu'il faut attribuer en grande partie cette persistance; mais vous avez vu que les effets de l'iodure de potassium n'en ont pas été moins heureux sur la marche de la maladie.

L'asthme permanent peut donc apparaître dès l'enfance; mais il n'en est pas toujours ainsi. Vous le verrez aussi débiter dans l'âge adulte.

(Ici M. Sée relate deux cas d'asthme permanent associé à de l'emphysème pulmonaire chez des sujets âgés tous deux de 37 ans et ayant débuté le premier à 22 et le second à 32 ans.)

Je pourrais vous citer d'autres observations analogues, car les malades de ce genre sont nombreux; mais l'évolution aussi bien que l'aspect de la maladie est toujours la même. Ces malades sont des asthmatiques chez lesquels, dès les premiers accès d'asthme, l'élément catarrhal et l'élément emphysemateux prennent une importance anormale. Dès lors, chaque accès nouveau tend à se reproduire avec les caractères de la première crise, c'est-à-dire sous la forme d'une bronchite sibilante plus ou moins prolongée. Les malades se trouvent peu à peu amenés, pour ainsi dire, à un état d'asthme permanent aggravé par des exacerbations plus ou moins intenses, la dyspnée propre de l'asthme venant en quelque sorte s'enter sur la dyspnée continue de l'emphysème.

Traitement.—La distinction que je cherche à établir entre l'emphysème simple et l'asthme à forme emphysemateuse, est plus importante que vous ne pourriez le croire de prime abord. Il ne s'agit pas seulement d'une simple satisfaction de diagnostic pathogénique; il y a encore là une question de traitement qui a bien sa valeur. On envoie indistinctement aux eaux tous les catarrheux et tous les emphysemateux. Combien n'en retirent aucun profit! C'est que, sauf peut-être le Mont-Dore et la Bourboule, les eaux ne valent rien aux asthmatiques; jamais, en pareil cas, vous n'obtiendrez rien des eaux sulfureuses.

Mais le vrai traitement de cette asthme permanent aussi bien que de l'asthme classique, intermittent, est l'iodure de potassium; et non pas, comme je ne cesse de le répéter, l'iodure de potassium à la dose de 25 à 50 centigrammes (5 à 10 grains) préconisé, puis abandonné par Trousseau, mais à la dose de 2 à 3 grammes (30 à 45 grains) par jour. A cette dose prolongée pendant un certain temps, les exacerbations disparaissent, la dyspnée continue se modère et s'efface, la toux et le catarrhe s'atténuent. Combien verrez-vous ainsi améliorés en quelques jours, par l'emploi de l'iodure de potassium, de prétendus catarrhes avec emphysème qui résistaient depuis des mois au traitement classique du catarrhe bronchique, par les sulfureux, balsamiques, opiacés. C'est que sous l'élément catarrhal et emphysemateux, le médecin n'avait pas su reconnaître la maladie véritable, l'asthme permanent. J'ajoute que les mélanges informes,

connus sous les noms d'élixir de Green, simple ou perfectionné, n'agissent qu'en raison de l'iodure, et que l'addition des narcotiques et de la lobélie est absolument inutile. C'est tout au plus si pendant les premiers jours il est nécessaire, pour empêcher l'iodisme, d'ajouter 5 ou 10 centigrammes (1 ou 2 grains) d'opium par jour.—*Union médicale.*

Influence de la névralgie sciatique sur le développement des varices.—Clinique de M. le prof. VULPIAN à l'Hôtel-Dieu.—Le malade qui est devant vous en ce moment vous a déjà été présenté, il y a quelque temps, pour une affection d'origine arthritique. Il s'agissait, vous vous en souvenez, d'une rétraction symétrique de l'aponévrose palmaire des deux mains. Dans la conférence de ce jour, je veux attirer votre attention sur un autre point très intéressant de son histoire clinique.

A la fin du mois de novembre dernier, cet homme a été pris d'une névralgie sciatique gauche extrêmement violente. C'était la sciatique classique avec ses points douloureux habituels au sommet de l'échancrure, derrière le grand trochanter, sur la partie postérieure de la cuisse, au-dessous de la tête du péroné, à la malléole externe. La sensibilité était intacte. Nous constatâmes aussi que le malade avait aux deux jambes des varices dont il ne s'inquiétait aucunement d'ailleurs. Il fut soumis au traitement suivant: injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, salicylate de soude, iodure de potassium, électrisation au moyen des courants interrompus.

Au bout de trois semaines, les varices de la jambe gauche avaient augmenté d'une façon notable: elles étaient deux ou trois fois plus volumineuses qu'à droite et le membre inférieur commençait à s'œdématiser. Cependant chaque application d'électricité était suivie d'une amélioration dans l'état du malade; debout, il se trouvait assez bien; mais, au lit, sa jambe devenait rouge, chaude, douloureuse, et la souffrance était si vive qu'il était obligé de se lever. Je lui fis porter un bas lacé et lui ordonnai des frictions avec la pommade iodurée belladonnée. Le soulagement ne se fit pas attendre: aujourd'hui le malade va beaucoup mieux, et j'espère qu'il pourra prochainement quitter l'hôpital, sinon guéri, du moins très amélioré. Toutefois il devra continuer à porter un bas lacé.

C'est peut-être la première fois que l'on constate l'influence de la névralgie sur les varices. A la vérité, on a bien pensé que les ulcères variqueux se rapportaient à des altérations nerveuses; jusqu'à leur niveau, les tissus avaient perdu la sensibilité au froid et à la chaleur. (Terrillon.) On a même reconnu que ces altérations des nerfs consistaient surtout en névrite interstitielle. (Quenu.) Mais on n'a étudié jusqu'ici que les ulcères variqueux seuls: rien n'a été dit des varices elles-mêmes.

Comment une névralgie peut-elle avoir de l'influence sur leur développement? Est-ce en vertu de phénomènes vaso-moteurs? Le sciatique est un nerf mixte renfermant toutes les fibres nerveuses: motrices, sensibles et vaso-motrices. En raison de l'excitation morbide de ce nerf, il serait possible que l'irritation directe des fibres dilatatrices amenât une diminution du tonus vasculaire. Ou bien faut-il croire à une action vaso-dilatatrice réflexe, consécutive à l'irritation des fibres sensibles? Je ne saurais accepter cette théorie. Si elle était fondée, s'il y avait réellement quelque phénomène vaso-moteur, soit direct, soit

réflexe, les désordres produits seraient passagers. Or, ce n'est point ce que nous observons.

Les varices ne sont pas de simples dilatations des veines ; les parois vasculaires n'ont plus leur intégrité : elles sont le siège d'une lésion sub-inflammatoire qui détermine un affaiblissement de la tunique élastique et de la tunique musculaire. C'est cette irritation des tissus veineux qui, dans le cas actuel, a été augmentée sous l'influence du système nerveux. Il s'est produit une excitation trophique inflammatoire dans ces foyers d'irritation primitivement modérée que présentaient les parois veineuses : conséquemment, les altérations vasculaires préexistantes se sont accrues et les veines se sont laissées dilater.—*Le Praticien*.

Dyspepsie d'origine cérébrale.—M. le Dr JOHN S. MAIN publie dans la *British Medical Journal*, un article où il insiste avec force sur l'origine purement cérébrale de certains cas de dyspepsie, dans lesquels le malade n'est ni surexcité, ni intempérant, ni habitué à manger trop vite ou à user d'une alimentation grossière et malsaine. La forme cérébrale de la dyspepsie s'observe souvent chez un homme en bonne santé, jouissant d'un bon appétit, et ayant reçu à l'improviste de mauvaises nouvelles pendant le cours d'un repas. Mais peut-être l'inquiétude persistante joue-t-elle un plus grand rôle encore, surtout chez les sujets naturellement impressionnables et nerveux.

En résumé, c'est cette forme que l'auteur a le plus fréquemment observée.

Dans ces cas-là, dit-il, il existe de l'excitation cérébrale, le système nerveux semble avoir perdu l'équilibre et l'innervation gastrique s'en ressent. Mais la surexcitation cérébrale persistante produit un effet identique, c'est-à-dire la fatigue cérébrale, l'épuisement, l'irritabilité exagérée. Ces conditions tôt ou tard ont un retentissement marqué sur les organes de la digestion. Il s'ensuit que ces formes de dyspepsie se rencontrent plus fréquemment chez ceux que la "lutte pour l'existence" ou la "bataille de la vie" contraignent à un labeur incessant, ainsi que chez ceux que des procès ou le souci des affaires contraignent à une contention cérébrale continuelle. Il en est de même de l'ambition et des espérances déçues. L'auteur dit avoir observé récemment plusieurs de ces cas, où l'origine cérébrale était indiscutable et où tout traitement de la dyspepsie était impuissant.

Le seul traitement qui ait réussi dans ces cas-là a été le repos, l'abandon des affaires ou de l'étude et les distractions, en un mot, tout ce qui pouvait calmer le cerveau, et non pas l'estomac. L'auteur se loue de l'emploi du bromure d'ammonium, ou du bromure de potassium, donné le soir en se couchant, à dose suffisante pour favoriser le sommeil, car l'insomnie est souvent une complication de cet état morbide. On peut dans la journée, conseiller l'emploi de médicaments également sédatifs. L'emploi de l'huile de foie de morue, de l'arsenic, de la quinine, du phosphore, des hypophosphites, est malheureusement contre-indiqué par l'état d'irritation de la muqueuse de l'estomac.—*France médicale*.

De la mort rapide dans la pneumonie.—Récemment les élèves qui suivent la visite de M. Hardy, à la Charité, ont pu voir une malade, entrée de la veille à l'hôpital pour une pneumonie, qui mourut pendant

qu'on l'examinait, alors que rien ne semblait faire prévoir une terminaison fâcheuse aussi prompte.

Cherchant la cause de cette mort, le professeur Hardy croit pouvoir l'attribuer à l'asphyxie déterminée par une congestion pulmonaire généralisée, intense, aidée d'une altération cardiaque préexistante.

Laënnec croyait que la mort était rare dans la pneumonie au premier degré et qu'elle arrivait surtout aux deuxième et troisième degrés. Il ajoutait que, si elle survenait au premier degré, elle était la conséquence d'une congestion survenue rapidement et généralisée, et qu'elle avait lieu, dans ce cas, non par le fait même de la maladie, mais par l'étendue de la lésion secondaire et par l'asphyxie rapide qui en résultait.

Pour M. Hardy la mort dans la pneumonie peut survenir à toutes les périodes, soit par asphyxie, soit aussi par la formation de caillots fibrineux, dans les cavités du cœur. Dans ce dernier cas la terminaison a surtout lieu par syncope.

A l'autopsie de la malade on trouva le lobe inférieur du poumon droit avec les altérations de la pneumonie au deuxième degré : hépatisation brune et surface de section granuleuse. Le reste du poumon droit et le poumon gauche entier étaient le siège d'une congestion intense, ainsi qu'avait pu le faire prévoir pendant la vie l'existence de râles fins, sous-crépitaux dans toute l'étendue de la poitrine. De plus, le cœur était gras, volumineux, présentant une hypertrophie concentrique très-marquée, avec une légère insuffisance des valvules aortiques athéromateuses. Ces dernières lésions n'avaient été que soupçonnées pendant la vie, l'auscultation du cœur était impossible, un œdème marqué des jambes avait pu seul les déceler.—*Le Praticien*.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'extension continue considérée au point de vue mécanique et physiologique dans ses applications au membre inférieur.—

Extrait d'un article de Mr le Dr HENNEQUIN dans le *Progrès médical*.

Quand on a recours à ce moyen de traitement pour séparer les surfaces d'une articulation douloureuse ou corriger les déplacements de fragments déviés, le membre inférieur, y compris le bassin, est divisé en deux segments limités par l'interligne articulaire ou le trait de fracture, centre d'action des forces extensive et contre-extensive, du mouvement et du déplacement cherchés.

L'extension, moyen mécanique, obéit aux mêmes lois que les autres moteurs, elle a les mêmes résistances à vaincre, les mêmes causes de déperdition à éviter.

Qu'est-ce que l'extension ? Si une puissance suppose une résistance, une extension suppose une contre-extension. Ces termes sont aussi inséparables que les idées qu'ils représentent. L'extension, force active, est la puissance qui tend à entraîner dans la direction de sa résultante le segment mobile.

La contre-extension, force passive, est la résistance qui immobilise le segment opposé et l'empêche de céder à l'action de la première. L'une produit le mouvement et le déplacement, l'autre assure l'immo-

bilité. Le mouvement a toujours lieu dans un point intermédiaire à la fixation de ces deux forces qui, pour entraîner le segment mobile ou immobiliser l'autre dans l'axe du membre, doivent être directement opposées, tant pour éviter leur déperdition que pour prévenir une fausse direction du déplacement.

L'extension et la contre extension sont *automatiques, mécaniques* ou *mixtes*. L'extension est automatique quand elle est faite par le poids seul du segment mobile, sans secours étranger. La partie supérieure de la cuisse et le bassin sont, dans le double plan incliné, les automoteurs de l'extension. La contre-extension est automatique lorsqu'elle est faite par le poids ou le frottement sur un plan incliné ou horizontal du segment chargé de cette fonction. Dans l'appareil américain sans attelles, le tronc, placé sur un plan descendant ou horizontal, fait la contre extension.

L'extension est mécanique quand la traction sur le segment mobile est opérée par des corps pesants ou élastiques. Ces moyens sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de citer des exemples. La contre-extension est mécanique si elle est faite exclusivement par des lacs, des courroies, des coussins cylindriques appliqués sur le segment à immobiliser et reliés à des points fixes, à des tuteurs de transmission, ou encore si ces tuteurs prennent directement leurs points d'appui sur le corps. L'appareil américain avec attelle externe et l'appareil à béquilles sont des exemples de contre extension purement mécanique.

L'extension et la contre-extension sont dites mixtes quand les deux modes précédents sont employés simultanément. Exemple : Des poids ou des corps élastiques sont fixés sur un des segments en déclivité ou bien des lacs sur le tronc d'un malade en décubitus dorsal dans un lit incliné. Le segment et le tronc, eu égard à la déclivité du plan qui les supporte, font, par leur propre poids, une extension et une contre-extension que les moyens mécaniques viennent renforcer.

Est-il indifférent de faire agir la traction sur le segment inférieur ou sur le supérieur ?—Les segments sont libres dans l'espace ou reposent sur des plans résistants. Lorsqu'ils sont libres, la traction peut être indistinctement fixée ici ou là. Mais s'ils reposent, comme c'est l'habitude, sur des plans résistants, ils sont soumis à des frottements, et alors l'extension mécanique doit être appliquée sur le moins lourd, le plus mobile, et la contre-extension sur le plus lourd, le moins mobile. Car toute traction mécanique se traduit par une pression sur la région qui lui sert de point d'appui. Or, le frottement d'une masse sur un plan donné étant en raison directe de son poids, il y a avantage, si on veut diminuer la pression, à faire agir la traction sur le segment le moins lourd ; le frottement étant moins intense, une force plus faible pourra vaincre les résistances au déplacement ; tandis que pour la contre-extension, le poids et les frottements sont des éléments de renforcement qui lui viennent en aide.

L'extension mécanique sera appliquée sur le squelette du segment le moins lourd, le plus mobile ; la contre-extension sur le plus lourd, le moins mobile.

Les moyens de fixation de l'une et de l'autre doivent être inoffensifs et tolérables, et ne jamais dépasser la limite du segment sur lequel ils prennent leurs points d'appui.

Dans les solutions de continuité, le foyer de la fracture ; dans les

arthrites, l'interligne articulaire sont les centres d'action des agents moteurs.

La force de traction devra être proportionnée aux résistances à vaincre et appliquée de façon à rendre possible l'évaluation de sa puissance absolue et de sa puissance utile. Il n'y a d'utile que la force employée à vaincre les résistances inévitables ; celle qui est dépensée en lutte contre les résistances accidentelles est absolument stérile.

Les résistances inévitables sont représentées par la tonicité musculaire et l'élasticité de la peau ; les résistances accidentelles, par divers éléments dont les principaux sont les frottements de toute nature et l'influence de la gravité sur les segments placés en déclivité.

Les résistances accidentelles seront supprimées ou diminuées autant que possible, et le segment soumis à l'extension placé de manière à ce que l'influence de la gravité sur lui soit utile ou nulle.

L'extension ou la traction sera faite par des poids à l'exclusion de corps élastiques, et appliquée de manière à rendre pondérable la force transmise au levier mobile.

La transmission des forces extensive et contre-extensive est habituellement médiante, rarement immédiate ; c'est-à-dire que, le plus souvent, elle est fixée sur les leviers contigus aux leviers à mouvoir ou à immobiliser.

La direction scientifique de tout traitement par l'extension continue exige la connaissance : 1^o de la valeur en poids de la force déployée ; 2^o de la force transmise au levier mobile ; 3^o des résistances à vaincre ; 4^o de la déperdition de la force extensive résultant d'un mode de fixation vicieux ; car il est indispensable, qu'après avoir éprouvé des pertes, la traction conserve encore une puissance suffisante pour vaincre les résistances inévitables. Le succès est à ce prix.

La valeur pondérable des résistances accidentelles est impossible à établir ; par conséquent, il faut les annihiler ; celle des résistances inévitables, chez l'adulte, quel que soit le développement des muscles, est comprise en 2 et 4 kilos. Donc, la force transmise au levier mobile ne devra jamais être inférieure à 2 ni supérieure à 4 kilos ; mais elle se tiendra dans l'immense majorité des cas, plus rapprochée du premier chiffre que du second.

La contre-extension, qui devrait toujours être ou automatique ou mixte, jamais purement mécanique, n'aura à déployer qu'une force égale à la partie de la traction transmise par l'intermédiaire des tissus mous, au segment à immobiliser, si ce dernier est placé horizontalement.

Ces conclusions peuvent se résumer en deux mots : *équilibre, tolérance.*

De l'urétrite chronique ; influence des diathèses sur sa marche et ses complications.—Tous les auteurs admettent que la blennorrhagie commence par la fosse naviculaire et que de là l'inflammation s'étend progressivement jusqu'aux parties profondes de l'urèthre. M. Guyon, tout en acceptant ce mode de début, ne croit pas que l'affection suive cette marche fatale et considère que, dans la grande majorité des cas, la blennorrhagie reste limitée à la portion antérieure du canal, c'est-à-dire à la partie qui s'arrête à la portion membraneuse. Il y a en effet une différence anatomique et physiologique bien tranchée entre ces deux parties de l'urèthre, différence qui justifie pleinement cette

division. C'est dans le cul-de-sac du bulbe que l'urétrite se localise principalement, et non dans la partie membraneuse, et c'est en ce point que se font plus tard les rétrécissements quand ils succèdent à la blennorrhagie; lorsque la région membraneuse est atteinte, cette propagation se manifeste presque toujours par certains symptômes, tels que la cystite du col et une modification particulière dans la nature des douleurs.

Cette propagation ainsi que celle qui se produit du côté du testicule, de la prostate ou des vésicules séminales, peut se faire sous différentes influences, au premier rang desquelles il faut mettre l'état diathésique du malade. La marche de la blennorrhagie peut en effet servir en quelque sorte de pierre de touche relativement à la constitution de l'individu qui en est atteint. S'il ne se produit pas de complications, le sujet peut généralement être considéré comme indemne de toute diathèse. Au contraire, chez les tuberculeux, les scrofuleux ou les arthritiques, les complications se produisent avec la plus grande facilité. Ce fait a donc une grande importance, mais il ne faut cependant pas lui attacher une valeur absolue, car une complication telle que la cystite ou la prostatite peut survenir chez un individu parfaitement sain, soit à la suite d'une injection mal faite ou intempestive, soit après le cathétérisme. Il arrive assez souvent, par exemple, que croyant à un rétrécissement on sonde des malades arrivés à la période chronique et que l'on amène ainsi une cystite aiguë. M. Guyon a vu ainsi des malades atteints d'épididymite après un cathétérisme fait dans le cours d'une blennorrhagie datant de plusieurs mois. Il cite également le fait instructif d'un jeune homme sur le point de se marier et qui, atteint depuis longtemps déjà d'un éger écoulement matinal, se fit sonder pour s'assurer de l'état de son canal et fut atteint d'une cystite qui dura plus de six mois.

La complication peut, il est vrai, se produire chez un individu sain, mais elle est infiniment plus fréquente et plus facile chez un diathésique. Le fait important à connaître au point de vue pratique, est celui sur lequel insiste M. Guyon : c'est, d'une part, qu'une blennorrhagie est d'autant plus longue à guérir qu'elle s'étend plus rapidement aux parties profondes : une orchite survenant au huitième jour, par exemple, indiquera à peu près fatalement la tendance à l'état chronique de la blennorrhagie qu'elle accompagne; et, d'autre part, la facilité avec laquelle se produisent les complications sera l'indice à peu près certain de l'état constitutionnel du malade.—*Jour. de méd. et de chir. pratiques.*

Différents modes de traitement des tumeurs érectiles en général.—Hôpital de la Charité.—M. DESPRÈS.—On a imaginé un grand nombre de procédés opératoires pour guérir les tumeurs érectiles.

Voici ces procédés, tous applicables aux tumeurs qui n'occupent que la peau et dont quelques-uns sont applicables seulement à quelques tumeurs érectiles profondes, telles que celles de l'orbite et celles de la langue.

On peut les résumer en trois mots :

- 1^o Enlever la tumeur ;
- 2^o Modifier son contenu pour en obtenir l'atrophie ;
- 3^o Faire suppurer la tumeur.

I. L'extirpation se fait avec le bistouri, l'écraseur, le galvano-cautère ou le thermo-cautère.

On agit absolument comme s'il s'agissait d'un lipome ou d'une tumeur quelconque.

Ce mode opératoire est bon quand la tumeur est petite et superficielle; mais, si elle est volumineuse et profonde, le procédé est dangereux.

II. Pour modifier le contenu de la tumeur, on cherche à coaguler le sang, et cette coagulation peut s'obtenir par plusieurs moyens.

1^o Ligature des vaisseaux.

Les vaisseaux désignés à la ligature sont tantôt les plus voisins de la tumeur, tantôt les vaisseaux principaux de la région.

Dans le premier cas, on liera les deux linguales, par exemple pour une tumeur érectile de la langue. Dans le deuxième cas, on liera les deux carotides internes et même les carotides primitives pour une tumeur de l'orbite.

Mais il faut savoir que la ligature des artères n'a chance de succès que s'il s'agit de tumeurs bien limitées.

Encore les exemples de guérison complète, pour les tumeurs profondes, sont très rares; le plus souvent, on ne fait qu'arrêter le développement de la tumeur.

2^o La compression est conseillée par les Allemands; mais c'est là, de leur part, une simple restitution. La compression avait été préconisée par les premiers chirurgiens connus, puis elle a été employée par Roger et par bien d'autres depuis. Roger nous raconte l'histoire de cette mère qui fut assez patiente pour exercer pendant quinze jours la compression digitale sur une tumeur siégeant à la lèvre supérieure de son enfant. C'est la compression digitale dans toute sa pureté.

Dans les mêmes circonstances, les chirurgiens ont appliqué la compression mécanique, à l'aide des différents appareils que vous connaissez.

Pour exercer une compression efficace sur le crâne, on a inventé une sorte de calotte hémisphérique, que l'on garnissait d'une couche d'amadou au niveau de la tumeur; mais elle ne convenait guère que pour les tumeurs siégeant sur la ligne médiane. De plus, vous savez qu'une compression très bien supportée sur le tronc ou les membres devient tout à fait insupportable quand elle s'exerce sur le cuir chevelu ou le front. Ce simple fait nous permet de prévoir que, pour notre malade, nous ne pouvons employer la compression mécanique; le traitement serait illusoire.

3^o L'électro-puncture et l'acupuncture ont été employées pour faire coaguler le sang dans la tumeur, et, comme toujours, on a publié des exemples de guérison avec ce traitement.

4^o Les injections coagulantes faites jadis avec des substances diverses et généralement des caustiques, ont été très employées depuis que l'usage du perchlorure de fer s'est répandu.

Ces injections se font à l'aide de la seringue de Pravaz. On injecte de 20 à 30 gouttes de perchlorure à 20^o ou 30^o. Elles ont donné de bons résultats dans les cas de petites tumeurs; mais quand les tumeurs étaient volumineuses, quand elles avaient de larges communications avec la circulation profonde, on a eu à enregistrer des accidents très graves. La mort subite est survenue, dans plusieurs cas, vingt-quatre heures après l'injection.

Vous comprenez que si la canule pénètre d'emblée dans la lumière d'un vaisseau, il se fait immédiatement un coagulum qui, emporté dans le courant sanguin, donne lieu instantanément aux accidents formidables de l'embolie pulmonaire. Dans quelques observations, on a noté aussi des accidents cérébraux immédiats.

Broca avait introduit dans le procédé opératoire une modification assez simple, qui avait pour but d'arrêter la circulation au niveau de la tumeur et de donner au sang le temps de se coaguler. Il exerçait tout autour de la tumeur une compression à l'aide d'un disque de cuir évidé à son centre.

La pratique n'a pas sanctionné ce procédé. Remarquez, en effet, que les communications vasculaires n'existent pas seulement sur les bords de la tumeur, mais aussi, mais surtout à sa face profonde, qui est inaccessible aux moyens de compression.

5^o Les inoculations et les injections de tartre stibié ont été employées par Young. Il se proposait d'amener une inflammation avec suppuration éliminatrice. Depuis, des imitateurs ont employé l'huile de croton tiglium, et nous ne sommes pas au bout des inventions de ce genre.

Depuis qu'on fait usage de la vaccine, l'idée est venue de l'inoculer sur les tumeurs érectiles. Vous avez pu voir à notre consultation un enfant que nous avons traité par ce moyen. Nous l'avons envoyé au bureau des vaccinations à l'Académie de médecine et nous sommes arrivé ainsi à faire disparaître une tumeur érectile qui siégeait au niveau du pli génito-crural gauche. C'est là un excellent moyen. La coagulation est obtenue immédiatement et le sphacèle consécutif entraîne la chute de la tumeur.

Ai-je besoin de vous dire qu'il est nécessaire que le sujet n'ait pas été vacciné antérieurement?

Je ne vous cite que pour mémoire les sétons enduits de toutes sortes de substances et en particulier de vaccin : ils agissent comme les injections coagulantes.

III. J'arrive au troisième groupe de procédés opératoires. Ils ont pour but d'amener la suppuration de la tumeur en masse.

1^o Les différentes espèces de ligature faites à l'aide de fils ou d'épingles qui traversent la tumeur dans tous les diamètres parallèles à sa base.

On peut ainsi quelquefois enlever la tumeur tout d'une pièce ; malheureusement le cas est rare.

Je place ici les ligatures, parce qu'elles ont pour effet réel de faire tomber la tumeur par suppuration et que c'est cette suppuration qui détruit généralement ce qu'on laisse de la tumeur sans le vouloir.

Mais en somme ce moyen a été à peu près abandonné depuis l'apparition de l'écraseur linéaire de Chassaignac dont l'action peut être très-rapide.

2^o Les cautérisations par les caustiques ou par le fer rouge.

Parmi les caustiques, je vous signale tout d'abord la pâte de Vienne pour vous conseiller de ne jamais l'employer.

La pâte de Vienne a précisément pour effet d'amener une hémorragie en ouvrant trop vite la tumeur et les vaisseaux qui la constituent.

Il faut donc vous adresser à un caustique *coagulant* : c'est le chlorure de zinc ou le perchlorure de fer qui vous donneront les meilleurs résultats.

Pour appliquer cette cautérisation avec fruit, il faut d'abord détruire la peau avec la pâte de Vienne, puis appliquer immédiatement le chlorure de zinc ou le perchlorure de fer.

J'arrive enfin au mode de traitement le plus ancien et encore le plus rationnel, c'est l'application du fer rouge.

Le fer rouge peut d'un seul coup enlever une tumeur érectile si elle est petite.

Est-elle volumineuse, au contraire? vous l'appliquerez en plusieurs fois.

Vous voyez que votre liberté d'action est beaucoup plus grande si vous utilisez le fer rouge. En procédant lentement, vous amenez successivement la coagulation du sang dans les vaisseaux—la formation d'une eschare—et enfin la suppuration qui élimine avec l'eschare tout ou partie seulement de la tumeur érectile.

De plus, et remarquez bien ceci, il vous suffira de cautériser simplement le centre de la tumeur pour en détruire une grande étendue. La circonférence enflammée causera l'oblitération des vaisseaux bien au delà du point brûlé.

En résumé: il importe de ne pas être trop exclusif; suivant les cas, c'est-à-dire suivant le volume et le siège de la tumeur, vous emploierez: ou l'ablation de la tumeur; ou les injections coagulantes; ou les cautérisations au fer rouge.

S'il s'agit d'un enfant tout jeune, vous devez penser immédiatement à la vaccine.

Dans le cas actuel, je vais employer le fer rouge, mais avec prudence, c'est-à-dire en plusieurs fois. J'attaquerai d'abord la partie centrale de la tumeur et j'attendrai huit, dix jours. Les eschares tomberont. Je ferai alors de nouvelles cautérisations au niveau des quatre diamètres principaux et j'aurai soin d'opérer à petits coups par cautérisations successives.

S'il y a hémorrhagie, j'aurai recours au perchlorure de fer.—*La France médicale.*

Moyen de contrôler l'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur l'articulation coxo-fémorale, par le Dr. Jordan Lloyd.—Après avoir préalablement refoulé le sang du membre que l'on veut amputer, on applique sur l'artère iliaque externe une compresse que l'on fixe par une bande double et plate de tourniquet qui, en dehors, s'applique au-dessus et parallèlement au ligament de Poupard jusqu'au point correspondant sur la crête iliaque; en dedans, croise le rameau du pubis de façon à passer en dedans de la tubérosité ischiatique, en arrière; passe au niveau de l'échancrure ischiatique et sur la fesse de façon à rejoindre le premier chef au dessus de la crête iliaque. La main d'un aide empêche le bandage de glisser. M. Lloyd rapporte sept cas dont trois désarticulations où cette méthode a été employée avec le succès le plus satisfaisant. Elle se recommande 1^o par sa simplicité, son application n'exigeant pas de connaissances spéciales; 2^o parce qu'elle n'expose les organes abdominaux et pelviens à aucun danger; 3^o parce qu'elle contrôle, sans l'arrêter, l'hémorrhagie plus près du champ opératoire qu'aucune autre méthode en usage.—*British Med. Journal.*

Plaies du testicule.—Dans une thèse fort remarquable, le docteur Arteaga expose ainsi les principaux préceptes chirurgicaux relatifs aux plaies contuses du testicule.

“ Il ne faut à aucun prix, dit-il, exercer les tractions sur les filaments qui se présentent aux bords de la plaie, sous prétexte d'en vérifier la nature ou d'en faciliter l'élimination; autrement on s'exposerait à vider complètement le testicule. Cela est arrivé à un chirurgien cité par J.-L. Petit, qui, tous les jours, enlevait une partie de la masse jaunâtre qui apparaissait aux lèvres de la plaie, dans le but, disait-il, de faciliter son élimination et de hâter la guérison.

Dans le cas de section nette de l'albuginée, on doit imiter la conduite de Kocher, c'est-à-dire pratiquer quelques points de suture sur l'albuginée de manière à rapprocher les bords de la plaie afin d'éviter la hernie de la substance séminifère et d'obtenir la réunion par première intention.

Quant aux plaies contuses, il ne faut pas se hâter d'enlever la glande alors même qu'elle est profondément atteinte. Si la plaie testiculaire s'accompagne de plaie scrotale étendue, et que le testicule a été entraîné au dehors, on s'empressera, après l'avoir préalablement débarassé des corps étrangers qui peuvent rester à sa surface, de le recouvrir par ses enveloppes normales.

Il est remarquable, en effet, combien le testicule supporte facilement l'action des agents extérieurs. Nous avons été frappé de cette particularité par le fait suivant: chez un chien sur lequel nous avons fait des expériences sur les plaies du testicule, un hasard fit que la glande sortit des bourses et restât exposée au contact de l'air et à des frottements multiples pendant dix huit ou vingt-quatre heures; nous avons examiné les parties avec mon ami Hartot, attaché au laboratoire de physiologie du Jardin des Plantes, et nous avons constaté un sphacèle de l'albuginée dans une partie de son étendue et du testicule lui-même; le reste de l'organe bien qu'enflammé était intact: nous avons enlevé une portion de l'organe malade et nous avons rentré le reste dans les bourses. Malgré des lésions si intenses, la plaie se cicatrisa. Le testicule, il est vrai, était réduit à une petite masse du volume d'un haricot, mais la guérison fut obtenue néanmoins. Ce fait prouve que l'ablation de l'organe ne doit être faite que dans des cas tout à fait extrêmes, c'est-à-dire lorsque les lésions ne permettent aucun espoir. On ne saurait trop insister sur ce fait que l'on doit conserver la glande, bien qu'elle doive s'atrophier complètement; il est bien préférable, en effet, de laisser au malade la conviction que ses organes génitaux sont en parfait état d'intégrité, que de l'exposer à tomber dans un état de mélancolie et de tristesse qui pourrait avoir un fâcheux retentissement sur sa santé générale.” Dr. E. MONIN.—*Revue de thérap. méd. et chirur.*

Nouvelles sondes et bougies pour le traitement des maladies des voies urinaires.—Parmi les multiples infirmités qui atteignent le genre humain, il en est peu d'aussi dignes de compassion que les *maladies des voies urinaires*. Aussi de tout temps, les chirurgiens ont trouvé, comme modestes mais utiles collaborateurs, des fabricants ingénieux tenant à honneur de ne pas rester dans l'exécution au-dessous de la conception des maîtres. Sur ce point, les fabricants français ont toujours eu la suprématie sur les rivaux étrangers, et la

dernière exposition de Bordeaux nous prouve bien qu'ils ne sont pas près de la perdre.

Un des principaux fabricants de Paris, M. Vergne, a exposé des bougies et des sondes vraiment ingénieuses et utiles, absolument supérieures à tout ce que l'on a fait jusqu'à ce jour. Elles sont constituées par un tissu de soie ou de coton recouvert d'une composition telle, qu'elles ne sont pas ramollies, même après un séjour de plusieurs mois dans le canal de l'urèthre (une sonde ayant, par incurie du malade, séjourné trois mois et demi dans le canal, a néanmoins pu être retirée par le professeur Guyon à l'hôpital Necker, absolument intacte au point de vue de la solidité.)

En dehors de leur confection soignée ces bougies présentent un autre avantage, c'est de pouvoir être remplies de grenaille de plomb ou de mercure, ce qui facilite leur introduction. Elles possèdent la souplesse des bougies dites de gomme et les poids des bougies d'étain de Béniqué, si appréciées pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre. De plus, étant faites de deux tissus différents; elles ont une grande flexibilité dans la partie correspondante à la région bulbaire (*partie blonde*) et une certaine rigidité dans celle qui correspond à la région pénienne (*partie noire*). Ce système ingénieux est absolument nouveau pour les bougies et sondes à contenu variable; il a été également appliqué aux sondes œsophagiennes qui, ainsi disposées, peuvent également rendre des services qu'on ne pouvait attendre des anciennes sondes, trop légères ou trop rigides. C'est un véritable perfectionnement et des plus utiles que M. Vergne a réalisé dans cette industrie spéciale, qui n'a point de rivale à l'étranger.

Aussi trouvons-nous que c'est à bon droit qu'il a obtenu la *médaille d'or* pour son exposition qui, à l'avis de tous n'aurait pu être décernée à un plus méritant.—*Médecin praticien.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Moyen de prévenir la déchirure du périnée.—Voici le moyen que conseille le Dr. Duke pour prévenir la déchirure du périnée pendant l'accouchement: Quand la tête est bien engagée dans l'excavation et qu'elle avance à chaque douleur, il introduit dans le vagin son pouce gauche ou les deux premiers doigts de la main droite, et dès que survient une douleur il tire sans secousses mais fermement le périnée en arrière vers le coccyx et relâche graduellement la tension à mesure que la tranchée diminue. Il répète les mêmes tractions à chaque douleur jusqu'à ce que le périnée se laisse distendre sans effort. Il épuise par ce moyen la contractilité musculaire et produit un relâchement suffisant pour permettre la sortie de la tête de l'enfant. Si l'arcade du pubis est étroite (ce dont il est facile de s'assurer) il élève la hanche gauche de la parturiente sur un oreiller dur et met les épaules basses; il frictionne les parties avec de la vaseline ou du saindoux et s'applique à repousser la tête en avant avec la main placée derrière le coccyx ou le doigt introduit dans le rectum, mais sans toucher le périnée. La rétraction du périnée étant pratiquée pendant les contractions utérines, n'augmente pas les souffrances de la patiente;

et si on apprenait aux élèves à prolonger ainsi la période de distension du périnée, les déchirures seraient certainement moins fréquentes.—*British Med. Journal.*

Moyen de prévenir les hémorrhagies post-partum.—Au cours d'un travail lu devant l'Académie de Médecine de New-York, le Dr. P. F. Mundé insiste sur les points suivants: Tenez toujours la main sur le fond de l'utérus depuis le moment où la tête apparaît à la vulve jusqu'à ce que le placenta soit expulsé. Ne hâtez pas trop l'expulsion du placenta. Surveillez l'état de l'utérus avec la main, et faites de temps à autre des frictions modérées pendant au moins une heure. Administrez toujours de l'ergot immédiatement après la naissance de l'enfant. Si l'utérus reste faiblement contracté, frictionnez-le doucement avec un morceau de glace, ou introduisez-en un morceau conique à l'intérieur de sa cavité. Assurez-vous toujours que l'utérus ne contient pas de caillots. Mettez l'enfant au sein aussitôt que possible. Appliquez un bandage abdominal bien également serré, et s'il y a menace d'hémorrhagie, appliquez une compresse sur le fond de l'utérus.

S'il y a déchirure du col ou du vagin, l'hémorrhagie qui en résulte peut être arrêtée par des injections astringentes faibles, ou par des applications de même nature à travers un spéculum. La suture immédiate pour remédier à la déchirure du col ne doit pas être tentée.

Ne permettez pas à la malade de sortir du lit avant le dixième jour. Assurez-vous que la vessie est vide et qu'elle n'empêche pas les contractions utérines. N'introduisez pas trop profondément le bout de la seringue et ne lancez pas avec trop de force les injections que vous pratiquez pour nettoyer le vagin.—*Gaillard's Med. Journal.*

Traitement de la mastite puerpérale par l'onguent d'iodure de plomb.—Le *British Medical Journal* reproduit du *American Journal of Obstetrics* une note du Dr Gaunt à propos du traitement de la mastite puerpérale. Nous avons nous-même essayé ce traitement et l'avons vu appliquer dans la clientèle de quelques confrères à qui nous l'avons recommandé. Le résultat en a toujours été magique. Nous engageons nos lecteurs à en faire l'expérience. Après avoir préalablement lavé et essuyé le sein, recouvrez-le d'une couche épaisse d'onguent officinal d'iodure de plomb et frictionnez-le doucement avec les doigts de manière à ce qu'une quantité considérable d'onguent soit absorbée. Recouvrez tout le sein d'un morceau de charpie imbibée de la solution suivante: Acétate de plomb zii à zss , Alcool ziv , Eau zxxii . Si vous voulez une préparation plus élégante, substituez l'eau de Cologne à la solution d'acétate de plomb. Si la douleur est très considérable, il sera bon d'appliquer un sac de glace par dessus la charpie. Celle-ci devra être fréquemment imbibée de solution de plomb.

Voici ce qu'on observera: d'abord, disparition de la douleur, de la tension et du gonflement qui fatiguent tant la malade; le plus souvent, la patiente, épuisée par la douleur et l'insomnie, s'endort paisiblement peu de temps après la première application. Dans l'espace de trois ou quatre heures les seins peuvent être complètement vidés si le traitement est appliqué d'une manière intelligente. En règle générale, deux ou trois applications par jour d'onguent d'iodure de plomb font tarir la sécrétion du lait en moins d'une semaine.

L'agent principal du traitement est l'onguent, la lotion n'est employée qu'à titre d'adjuvant. Je me suis convaincu par des expériences nombreuses que l'onguent seul suffit à tarir la sécrétion du lait. Je crois que l'iodure de plomb exerce dans ce cas une action spécifique. L'anesthésie partielle qu'il produit mérite de fixer l'attention, elle permet de frictionner le sein et de vider la glande lorsqu'au paravant la plus légère pression était insupportable.

Traitement de la fièvre puerpérale.—Depuis quelques années, la pratique des *injections vaginales et utérines* désinfectantes est devenue la base du traitement prophylactique et curatif de la fièvre puerpérale, comme les pansements antiseptiques se sont substitués aux autres moyens préventifs contre l'infection purulente des opérés. Il y a seulement divergence dans le mode d'emploi. Ainsi certains, à l'exemple de M. le professeur Depaul, pensent que les injections vaginales, dans les cas d'endométrite puerpérale, pénètrent parfaitement dans la cavité du col utérin, à cause de la béance de celui-ci. Pour le plus grand nombre des accoucheurs, au contraire, les irrigations vaginales sont insuffisantes, et l'injection doit être pratiquée dans l'utérus lui-même, au moyen d'une canule en gomme élastique ou en caoutchouc, ou d'une sonde à double courant.

Les craintes que l'on pouvait théoriquement concevoir, au sujet des accidents que cette pratique aurait pu faire naître, s'effacent devant la statistique des grandes maternités; Joanny Rendu consigne dans sa thèse, que, sur un total de plus de vingt-cinq mille lavages utérins, on n'a constaté que des accidents insignifiants. Les objections qui avaient été soulevées contre les lavages intra-utérins étaient: la possibilité d'injecter du liquide dans le péritoine par les trompes; de provoquer des hémorrhagies; de faire pénétrer de l'air dans les veines utérines, et par suite, dans les cavités cardiaques et les capillaires du poumon; enfin de déterminer la thrombose des sinus utérins par suite de l'introduction dans ceux-ci de liquides coagulants. L'inanité des trois premières objections est aujourd'hui démontrée; la dernière sera toujours écartée si l'on a la précaution de n'employer que des solutions étendues, détersives et antiseptiques, et non pas styptiques et coagulantes. L'opération sera toujours exempte de dangers si le col de l'utérus est assez dilaté pour permettre la sortie des liquides injectés, si on n'a pas injecté d'air avec le liquide, si l'injection a été poussée lentement et sans violence, si le liquide n'est ni trop caustique, ni trop astringent, et si la température est un peu moins élevée que celle du corps, enfin si l'accoucheur exécute toujours l'injection lui-même et ne la confie jamais à des mains inexpérimentées.

En revanche, les bénéfices obtenus par ces injections sont incontestables. Si on les a pratiquées dès que les lochies sont devenues fétides et que les accidents fébriles se sont montrés, au bout de deux ou trois jours, les lochies perdent leur fétidité et la température ne tarde pas à s'abaisser de 40° à 38° et même 37°, après quelques injections; le sommeil revient, des sueurs parfois abondantes sont suivies d'une sensation de bien-être accusée par la malade. Un abaissement de température considérable ne doit pas suffire pour rassurer, tant que les lochies restent odorantes, et que les observations thermiques varient beaucoup entre le matin et le soir; il faut une apyrexie persistante de deux ou trois jours et des lochies normales, pour écarter toute crainte de résorption.

Quant à la nature du liquide à employer pour pratiquer les injections vaginales et utérines, elle varie suivant les accoucheurs. Le plus grand nombre préconise les *injections phéniquées* à 2 0/0 : une solution plus concentrée, à 5 0/0, est caustique, et doit être rejetée, car son usage peut être suivi d'accidents nerveux réflexes, dyspnée, convulsions, pouls filiforme, menaces de syncope, ou simplement d'urines noires avec tendance au collapsus, attestant un certain degré d'intoxication phéniquée.

L'acide salicylique, le permanganate de potasse sont aussi très employés ; le dernier a l'inconvénient de tacher d'une façon indélébile les linges et les pièces de literie. On a encore utilisé la teinture d'iode et le perchlorure de fer à petites doses.

Mais il faut se garder de croire que l'on a tout fait pour le bien des malades qui présentent des symptômes de puerpérisme infectieux, en désinfectant les liquides utéro-vaginaux ; l'expérience des praticiens les plus renommés nous apprend qu'il faut instituer un traitement à la fois général et local, pour combattre à la fois le poison dans l'organisme où il a pénétré, et ses localisations sur les organes.

Le *traitement général* comprend l'administration des toniques les plus énergiques, l'alcool, l'extrait de quinquina, et des médicaments antiseptiques et antipyrétiques ; aucun ne vaut mieux, croyons-nous, que le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour au minimum, et qu'on poussera jusqu'à deux grammes sans inconvénients. M. Siredey emploie l'acide phénique.

Comme stimulant dans les cas de puerpérisme adynamique, nous ne saurions trop recommander de petites injections hypodermiques d'éther, faites par quart de seringue de Pravaz, et répétées plusieurs fois en vingt-quatre heures.

Quand c'est la forme péritonitique ou métrô-péritonitique que l'on voit apparaître, le *traitement local* antiphlogistique est parfois suivi d'admirables résultats : sangsues ou ventouses scarifiées sur l'abdomen, vésicatoire volant très ample, mais fortement camphré, pour éviter tout accident de cantharidisme, onctions avec la pommade mercurielle belladonnée, ou application permanente d'un sac de caoutchouc plein de glace pilée, sont d'excellents moyens.

Lorsqu'un état nettement saburral de la langue existait, j'ai vu M. Hervieux administrer successivement un émétique et un purgatif salin, et toujours le résultat était favorable.

On devra rechercher aussi à provoquer une diaphorèse et une diurèse constantes, bien que modérées, afin de hâter l'élimination de l'agent infectieux par toutes les émonctoires, sans cependant affaiblir trop l'organisme.

Enfin il faut toujours entretenir une aération active, et, sans exposer bien entendu la malade à des courants d'air, la placer dans une pièce vaste, cubant le plus d'air possible, sans rideaux à son lit, afin qu'elle ne respire pas à nouveau l'air vicié par ses expirations, et l'odeur de ses sécrétions.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Tumeurs malignes des mamelles.—Le professeur Semmola prétend guérir les tumeurs malignes du sein au moyen de l'électricité et de l'iodure de potassium. Il introduit dans le néoplasme une aiguille galvanique et y maintient pendant un temps déterminé un courant

électrique faible. On ne doit pas faire plus de trois séances par semaine. Dans les intervalles, on administre l'iodure de potassium à haute dose pour modifier la nutrition. La guérison est obtenue par formation de tissu cicatriciel, par dégénérescence colloïde ou graisseuse, par eschare.—*Chicago Med. Rev.*—*Amer. Med. Journ.*

SYPHILIGRAPHIE.

Affection syphilitique psoriasiforme de la paume des mains et de la plante des pieds.—Leçon de M. le Dr MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.—Le psoriasis palmaire est une syphilide papulo-squameuse qu'on doit compter au nombre des affections les plus aptes à récidiver, les plus opiniâtres et les plus réfractaires au traitement spécifique.

La papule est souvent accompagnée ou précédée par une syphilide palmaire érythémateuse, qui se montre sous forme de taches disséminées, isolées ou confluentes, d'une teinte rouge sombre, sans altération notable de l'épiderme dans leur période d'augment et d'état, se couvrant d'une mince desquamation épidermique pendant leur régression, s'effaçant au bout de quelques semaines, pouvant laisser des macules pigmentaires plus ou moins persistantes.

Ces macules appartiennent aux premiers mois de l'intoxication ; à mesure qu'on s'éloigne de l'accident primitif, les poussées se modifient et la lésion devient papulo-squameuse. Mais le plus souvent celle-ci s'établit d'emblée, persiste et se reproduit par attaques successives. La papule débute, non par une saillie, mais par une tache arrondie, rougeâtre, qui peu à peu devient très légèrement saillante. Dès les premiers jours, le toucher plutôt que la vue la fait reconnaître ; le doigt perçoit une sorte de petite tumeur dure qui est comme enchâssée dans l'épaisseur de la peau. Bientôt l'épiderme se soulève, s'écaille, se détache dans ses couches superficielles et laisse apparaître, à travers les plus profondes, la papule plate qui semble dénudée et qui présente une teinte d'un rouge sombre. La sécheresse et la dureté sont ses caractères principaux ; mais au niveau des sillons et des plis articulaires, il lui arrive de se crevasser, et la fente profonde et douloureuse qui en résulte donne une sécrétion concrescible qui se mêle aux squames et les agglutine. L'éruption est discrète ou confluite ; elle est toujours symétrique, c'est-à-dire qu'elle occupe les deux mains à peu près dans la même forme.

Après avoir tracé les caractères généraux du psoriasis palmaire, l'auteur examine ses variétés : le psoriasis palmaire corné, constitué par de petites élevures coniques très dures ; celui qui s'étale sur de larges surfaces, dessinant dans la paume de la main des plaques irrégulières, disséminées ou juxtaposées en anneaux, en arcs de cercles ; enfin le psoriasis en nappe, où la fusion plus ou moins intime de tous les éléments générateurs convertit la paume de la main en une surface d'un rouge sombre, dont l'uniformité est interrompue çà et là par des taches un peu saillantes d'une teinte plus accusée.

Au pied, la lésion psoriasique, sauf quelques particularités de peu d'importance, présente la même physionomie qu'à la paume de la main. Les deux affections coexistent presque constamment. Lorsque la syphi-

lide plantaire se prolonge entre les orteils, sa surface s'ulcère et sécrète une humeur mucoso-purulente fétide. Dans cette région enfin, il se produit parfois une lésion plus grave, la papule végétante; la néoplasie dermo-papillaire fait hernie à travers l'épiderme sous forme d'une masse rouge, granuleuse, qui devient fongueuse, saignante et même parfois gangréneuse.

Le psoriasis palmaire ou plantaire est remarquable par son opiniâtreté, sa durée, ses récidives, sa résistance au traitement spécifique; aussi peut-on se demander s'il dépend uniquement de la syphilis. Pour l'auteur, il ne faut pas voir en lui un certificat de syphilis absolu; là comme à la langue, dont le psoriasis coïncide souvent avec celui des pieds et des mains, la syphilis ne joue souvent que le rôle d'une cause occasionnelle qui excite et met en jeu des dispositions psoriasigènes appartenant à une autre maladie constitutionnelle.

Il importerait beaucoup, mais il est très difficile de pouvoir distinguer sûrement les affections squameuses des mains et des pieds qui sont syphilitiques, de celles qui ne le sont pas, "que ces dernières proviennent de l'eczéma, de l'herpès, du psoriasis vrai, ou qu'elles soient, comme le veut Bazin, un mélange de psoriasis, de pityriasis et d'eczéma." Il ne faut pas avoir une confiance exagérée, au point de vue du diagnostic, dans la topographie de la lésion, ni admettre une opposition absolue dans la localisation, comme le veulent les auteurs, entre le psoriasis vrai (genoux, coudes, etc.) et la syphilide palmo-plantaire.—
Union médicale.

Paralyse générale syphilitique.—Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Ball a entretenu son auditoire d'un cas de paralyse générale d'origine syphilitique. On sait quel rôle on attribue depuis quelque temps à la syphilis dans la manifestation des affections cérébrales et cérébro-spinales chroniques. On n'a pas oublié les réserves que nous avons faites à cet égard, non pas sur la réalité des faits invoqués, mais sur la généralisation du fait lui-même. L'étude de ce sujet est trop intéressante, au double point de vue étiologique et pratique, pour que nous ne devions pas saisir toutes les occasions de réunir les documents qui se présentent.

Le malade dont M. Ball a fait l'histoire et qui a été présenté à l'assistance, est un homme de quarante-un ans, d'une taille et d'un développement moyens, ayant généralement joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque où il a contracté un chancre. Il a non-seulement complètement négligé de le soigner, mais il en a si peu tenu compte, qu'il s'est marié en pleine évolution syphilitique. Les conséquences de cette négligence n'ont pas tardé à se montrer. Trois enfants issus de ce mariage sont morts, l'un en venant au monde, les deux autres peu de temps après leur naissance. Après avoir été frappé dans ses enfants, cet homme n'a pas tardé à être frappé dans sa propre personne. La perte d'une personne qu'il aimait beaucoup fut l'occasion et le point de départ de la série de phénomènes morbides dont l'histoire va se dérouler. Ce traumatisme moral a eu pour premier effet de le faire entrer d'emblée dans l'aliénation mentale; il a été de suite en proie à un accès de délire ambitieux, achetant à tort et à travers, pour des sommes considérables, des objets dont il n'avait nul besoin. Bientôt il fut pris de strabisme avec chute de la paupière de l'œil gauche,

embarras de la parole. On l'a mis à l'usage de l'iodure de potassium, mais on a dû y renoncer au bout de quelque temps, parce qu'il ne pouvait plus le supporter. Un jour il fut pris d'une crise très-violente, avec hallucination de la vue et de l'ouïe. C'est à la suite de cette crise qu'il a été dirigé sur Sainte-Anne, où il est entré le 28 janvier de l'année dernière.

Il présentait alors les symptômes suivants: 1^o comme symptômes physiques, les troubles oculaires indiqués plus haut et de la paraplégie (ces symptômes toutefois avaient été un peu atténués par l'effet de la médication iodique; l'inégalité pupillaire que l'on avait constatée dans le principe avait disparu); 2^o comme symptômes intellectuels, le délire ambitieux le mieux caractérisé, il avait 100 millions, il était Gambetta, il était Dieu. Enfin, il y avait une tendance manifeste à l'affaiblissement croissant et à l'état cachectique.

Ainsi, pendant que quelques-uns des phénomènes cérébraux paraissaient avoir été un peu amendés par le traitement spécifique, tout incomplet qu'il avait été, l'état de l'intelligence et l'état cachectique général n'en persistaient pas moins et semblaient même s'accroître graduellement; si bien que le pronostic est toujours des plus graves et que tout tend à faire craindre une mauvaise fin.

A l'occasion de ce fait, M. Ball s'est posé les questions suivantes: La syphilis donne-t-elle lieu à la paralysie générale? Les uns disent jamais, les autres toujours, d'autres quelquefois. Ceux qui disent jamais, ne voient entre ces deux faits qu'une coïncidence, la syphilis n'étant point par elle-même une garantie contre la paralysie générale. Ceux qui disent toujours, seraient certainement fort embarrassés de prouver leur dire. M. Ball est de ceux qui disent: quelquefois. Pour lui, la paralysie générale ou pseudo-paralysie générale est une des formes que peut revêtir la syphilis. Ce ne sont pas, en général, les cas les plus graves de la syphilis qui empruntent cette forme, ce sont, au contraire, le plus souvent des syphilis bénignes qui, à cause même de leur bénignité, ont été négligées. C'est le cas du malade en question.

Parmi les propositions générales que M. Ball a énoncées au sujet de ce malade, nous avons retenu les suivantes:

La paralysie générale syphilitique peut quelquefois éclater d'emblée, sans prodromes; d'autres fois, au contraire, elle est précédée de divers troubles prodromiques tels que l'amblyopie amaurotique, des congestions, des troubles sensoriels, parfois des accès épileptiformes.

Le malade dont il vient d'être question est entrée d'emblée dans la paralysie générale, à l'occasion d'une émotion vive. La forme du délire dans la syphilis cérébrale n'a point de caractères spéciaux ni de signes absolus. Il y a, à cet égard, de grandes différences suivant les sujets. Celui-ci a présenté le caractère très net du délire ambitieux. Il est souvent beaucoup plus accentué que cela et plus effacé que dans la paralysie générale commune. Il y a aussi une certaine différence dans les troubles de la parole. Chez les sujets atteints de la paralysie générale commune, le trouble de la parole est une sorte de chorée, un état convulsif, tandis que chez les syphilitiques paralysés, c'est un véritable affaiblissement de la contractilité des muscles linguaux, une glossoplégie. Enfin les syphilitiques deviennent promptement paraplégiques.

Il existe encore une distinction importante à faire au point de vue du traitement. Dans la paralysie générale commune, l'iodure de potas-

sium seul peut être utile. Pour la paralysie générale des syphilitiques, il est nécessaire d'associer le mercure à l'iodure potassique. Or, cette association est très mauvaise dans la paralysie générale simple.—*Gazette des hôpitaux.*

Syphilis héréditaire et rachitisme.—M. Parrot, qui fait une magistrale exposition des rapports de la syphilis héréditaire avec le rachitisme, commence par dire qu'il ne décrira pas les lésions du rachitisme, parce que ces lésions sont bien connues. Les lésions de la syphilis héréditaire, au contraire, prêtent encore à la discussion. Au début de ses recherches, M. Parrot, trouvant des relations étroites entre les lésions du rachitisme et celles de la syphilis héréditaire, crut qu'il y avait des différences, et il cherchait ces différences. Mais ses efforts furent vains, et les différences n'existent que selon l'âge des sujets, c'est là un point important à saisir. En effet, les lésions du rachitisme constituent la lésion mûre; tandis que les lésions de la syphilis héréditaire sont des lésions en voie de développement: M. Parrot compare les premières à l'épi mûr qui procède du brin d'herbe représenté par les secondes.

M. Parrot expose les signes de syphilis héréditaire qui permettent d'établir le diagnostic en dehors des renseignements, le plus souvent erronés, fournis par les parents. Il y a tout d'abord à distinguer les lésions actuelles et les traces des lésions anciennes.

Les lésions de la syphilis héréditaire active consistent dans les syphilides cutanées et muqueuses, et dans les lésions viscérales surtout constatées à l'autopsie. Un troisième élément de diagnostic, c'est la syphilide desquamative de la langue.

M. Parrot attache beaucoup d'importance aux stigmates, aux traces cicatricielles que laisse la syphilis héréditaire en des points toujours les mêmes et qui présentent toujours les mêmes caractères. Il en est de même des érosions des dents signalées par Hutchinson, lésions atrophiques qui portent sur les deux dentitions, altérations en cupule, en sillon, en hache, en cuspide.

A partir des derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à l'époque de la deuxième dentition, on trouve des lésions de différentes sortes qui ont pour but final le rachitisme. Ces lésions, qui siègent sur les os, conduisent par des transformations successives au rachitisme. Il y a trois types principaux de lésions osseuses: les ostéophytes durs ou altérations chondrocalcaires, les atrophies gélatiniformes, et le tissu spongoïde ou véritable rachitisme. Un type quelconque retient du précédent des caractères qui unifient les lésions diverses. Tous les cas ne sont pas aussi clairs; quand un enfant est arrivé à l'âge de trois ans, c'est par le rachitisme qu'il commence, et on n'observe pas les autres lésions antérieures.

Dans le premier type, les os ont l'apparence à peu près normale, mais ils sont déformés par des ostéophytes considérables: on voit surtout ces ostéophytes sur la moitié inférieure de l'humérus, en arrière, et à la face interne du tibia. Les couches nouvelles, moins dures que l'os normal, s'en distinguent par la direction de leurs tubercules perpendiculaires à l'axe diaphysaire. Au voisinage de l'apophyse, on trouve un ou deux millimètres de substance crayeuse, friable, chondro-calcaire; c'est du tissu cartilagineux infiltré de sels

calcaires. On observe ces lésions sur des fœtus macérés et sur les enfants jusqu'à la sixième semaine.

Plus tard, on trouve l'atrophie gélatiniforme; certaines portions circonscrites de l'os sont remplacées par du tissu mou, jaune mais ou rouge cerise; les ostéophytes sont les mêmes que précédemment. Les os du crâne semblent parfois perforés par cette atrophie gélatiniforme. A l'extrémité des os longs, on trouve de véritables brisures juxta-épiphysaires; c'est une pseudo-paralysie syphilitique.

Dans le troisième type, les extrémités des os longs, qui avaient commencé à devenir malades, sont tout-à fait prises; c'est ce que Jules Guérin a décrit sous le nom de bourgeonnement du tissu spongoïde. Le tissu spongieux de la diaphyse tend à devenir spongoïde; autour de l'os, les ostéophytes deviennent spongoïdes. Les pièces que présente M. Parrot proviennent d'enfants syphilitiques, et cependant on constate que les lésions ne diffèrent pas de celles du rachitisme.

En suivant cette série d'altérations, il est impossible de ne pas arriver à cette conclusion que la même cause produit les unes et les autres. La syphilis héréditaire est notoire 90 fois sur 100; pour les 10 autres cas, la syphilis peut n'avoir pas laissé de traces, elle peut se montrer sous la forme de lésions osseuses seulement. Si l'on considère qu'on peut suivre la lésion dans son évolution, qu'elle présente toujours les mêmes caractères histologiques à un certain âge de la vie, on doit admettre l'identité des affections dites "rachitisme ou syphilis héréditaire."

Le rachitisme était attribué par van Swieten à la jeunesse ou à l'ivrognerie des descendants; plus tard, on incrimina le lymphatisme et la scrofule; Jules Guérin accuse l'allaitement prolongé ou l'alimentation prématurée; Seeman dit qu'il n'y a pas assez d'acide chlorhydrique dans l'estomac pour dissoudre les sels calcaires des aliments; Broca invoque un trouble nutritif; Bouchardat l'entérite; on a encore parlé du manque de lumière, du froid humide. Toutes ces causes peuvent évidemment préparer le terrain, mais c'est la syphilis héréditaire qui est la véritable graine du rachitisme.—*Le Praticien*.

Syphilis de la glande lacrymale, par STREATFIELD.—Sur un sujet qui niait toute syphilis antérieure, mais qui portait une syphilde papulo-squameuse du front, l'élévation complète de la paupière supérieure gauche était entravée par la présence d'une petite tumeur dure, aplatie, lobulée, correspondant bien au siège de la glande lacrymale. Elle était d'ailleurs indolore. Dans l'angle interne de l'œil droit siégeait tout contre le canal lacrymal une petite tumeur du volume d'un pois, ayant l'aspect d'une papule plate. Le traitement mercuriel fit disparaître l'une et l'autre. *Brit. Med. J.*, 30 septembre.—*Union médicale*.

Des hypophosphites dans le traitement de la phthisie pulmonaire.—Thorowgood vante beaucoup les bons effets des hypophosphites dans le traitement de la phthisie et dit en avoir obtenu de bien meilleurs effets que de l'emploi de l'huile de foie de morue et du fer. Dans les cas de pneumonie caséeuse et scrofuleuse, ils agissent souvent comme un charme. Avant de les prescrire, il faut s'assurer s'il n'existe aucune complication rénale ou hépatique. On doit ensuite vérifier la pureté du remède; celui-ci doit s'enflammer facilement si on le chauffe. On l'administre dans de l'eau ou du sirop.—*British Medical Journal*.

FORMULAIRE.

Dyspepsie.—Hôpital de l'Université de Pensylvanie.

- 1° Sodæ bicarb..... ʒiii
 Acid. hydrocyanic dil..... gtt XLVIII
 Tinct. valerian..... ʒi
 Syrup. zingib..... ʒii
 M. Dose : une cuillerée à thé dans un peu d'eau, trois fois par jour.

- 2° Quiniæ sulph..... gr xvi
 Strychniæ sulph..... gr $\frac{1}{2}$
 Acid. muriat. dil..... ʒiiss
 Syrup. zingib..... q. s. ad ʒiv

M. Dose : Deux cuillerées à thé dans un peu d'eau, immédiatement après les repas. S'il y a trouble des fonctions hépatiques, on peut se servir des deux formules suivantes :

- 3° Acid. muriat. dil..... } aa
 Tinct. nucis vomicæ } ʒss
 Infus. gentian. co..... q. s. ad ʒvi

M. Dose : Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, après les repas.

- 4° Bism. subnitrat } aa ʒiiss
 Pepsinæ..... }
 Strychniæ sulph..... gr. i
 Tinct. cardam. co..... q. s. ad ʒiv

M. Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour.

S'il y a beaucoup de flatulence, on augmente la proportion de bismuth et de pepsine. S'il n'y a qu'atonie de l'estomac, on élève la dose de strychnine.

Dans les cas de gastralgie intense, on administre de deux à cinq gouttes de la solution de Fowler, durant le paroxysme douloureux. Si cela ne suffit pas, un vésicatoire de deux pouces carrés est appliqué à l'épigastre, et on le fait suivre d'un emplâtre de belladone ayant six pouces carrés.

Constipation chronique.

- R.—Pulv. aloë..... ʒss
 Ext. belladonnæ..... fld. m. xx
 Ext. nucis vomic. fld m. xxx
 Pulv. ipecac... gr. iii
 Tinct. gentian. co..... ʒ ii
 Syrup. simpl. ad..... ʒiv

M.—Dose :—Une cuillerée à thé le soir.—*Druggist's Circular.*

Broncho-pneumonie.—Hôpital Roosevelt.

- R.—Ammon. carb gr LXX
 Mucilaginis..... } aa ʒi
 Aquæ..... }
 Spt. vini..... ʒii

M.—Dose : Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Insomnie nerveuse.—*Farquharson.*

1o R—Extract belladonæ.....	gr iii
Gum camphor.....	gr xii
Extract. hyoscyami.....	gr xv

M—Ft. pil. no. 6.—Dose : Une pilule au coucher.

2o R—Tinct. hyoscyami.....	m xxx
Pot. bicarbonatis.....	gr x
Syrup, papaver (Br. Ph.).....	ʒii
Aquæ camph. ad.....	ʒiiss

M—A prendre en une seule dose, le soir au coucher.

3o R—Extr. hyoscyami fld.....	xvi
Pot. bromidi.....	ʒv
Syrup. simpl.....	ʒii
Aquæ ad.....	ʒiv

M—Dose : Une cuillerée à thé au coucher. Répétez la dose au bout d'une heure si cela est nécessaire.—*Dr. V. Vaughan in Physician and Surgeon.*

Prurit anal.—*Packard*

R.—Camphor.....	} ââ gr xvii
Chloral hydrat.....	
Vaselinæ.....	

M.—Fiat unguentum.

Extrait de noix longue pour prévenir l'avortement.—Le Dr Bell Morrelton rapporte (*France médicale*) plusieurs cas dans lesquels cet extrait (juglans cinerea) semble avoir été réellement efficace pour prévenir l'avortement. Il emploie la mixture suivante :

R—Ext. hyoscyam.....	ʒi
Ext. juglans cinerea.....	ʒi
Ol. sassafra.....	ʒss
Sodæ bicarb.....	ʒss
Syr. simpl.....	ʒvi

M.—Une cuillerée à thé trois fois par jour pendant toute l'époque de la grossesse, à dater du moment où les premiers symptômes de l'avortement se sont manifestés. Le Dr B. M. a aussi employé cet agent contre les affections scrofuleuses et en injections dans la leucorrhée.—*Med. & Surg. Rep.—Quart. Epitome.*

Colique des peintres avec constipation.—*Bartholow.*

R—Magnesiæ sulph.....	ʒi
Acidi sulph. dil.....	ʒi
Aquæ.....	ʒiv

M—Dose : Une cuillerée à thé toutes les quatre heures.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUIN 1883.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARE pour la ville de Montréal et la banlieue.

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

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produit^s qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont^t les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

La falsification des substances alimentaires et des médicaments.

Le Sénat a consacré une partie de sa séance du 1er mai dernier à la question de la falsification des substances alimentaires et des médicaments. Notre confrère, le Dr A. H. Paquet, en appelant l'attention de l'honorable Assemblée sur cette question si négligée, a su en faire ressortir l'importance et a réussi, croyons-nous, à convaincre le gouvernement de l'absolue nécessité d'amender la loi de 1874.

Nous sommes heureux que l'honorable sénateur ait pris l'initiative de cette importante question; son titre de médecin et sa longue expérience lui permettant de parler en toute connaissance de cause et de démontrer l'urgence des réformes qu'il demande.

La falsification des substances alimentaires et des boissons en est rendue à un tel degré que dans beaucoup de cas la simple inspection est plus que suffisante pour constater la fraude; le thé et le café, le lait et les boissons alcooliques, vû la grande consommation qui en est faite, sont les substances sur lesquelles s'exerce davantage l'art du falsificateur. A Montréal on a établi un système d'inspection du lait, système qui sans être parfait a eu au moins l'avantage de diminuer la fraude; quant au reste, chacun est obligé de s'en rapporter à la délicatesse de ses papilles gustatoires ou à ses facultés digestives, quand la fraude n'est pas assez concentrée pour s'imprimer au fond du verre

ou de la tasse. Nous avons vu, pour notre part, un épicier, afficher dans sa vitrine, en gros caractères : vieux vin de Porto à 25 centins la bouteille. Et le thé, c'est à soulever le cœur de dégoût. Personne n'ignore que dans beaucoup de cas, les épices que nous livre le commerce ont servi antérieurement à la fabrication des extraits et des huiles essentielles ; qu'on vend de la margarine pour du beurre ; que maint épicier fabrique ses boissons avec de l'alcool (souvent méthylique) et certaines huiles ou essences plus que suspectes, le mélange est étiqueté : Hennessey V.O., Rye, et en avant les affaires. Quant aux médicaments, c'est la même chose si ce n'est pis, l'autorité ne s'en est jamais occupé et Dieu sait ce qui se fabrique pour nous et nos malades dans les laboratoires du pays et de l'étranger. Le chimiste et le pharmacien pourraient nous dire bien souvent pourquoi certains médicaments n'ont pas produit l'effet qu'on en attendait, et si les morts parlaient, il y a bien des pharmaciens que cela n'accommoderait pas.

Un médecin achète de son pharmacien une once de citrate de fer et de quinine pour lequel il paie 90 centins ; plus tard, n'ayant pas le temps de se rendre chez le même pharmacien, il entre chez le premier apothicaire qu'il rencontre et demande le même médicament qu'on lui livre à raison de 30 centins l'once ; surpris d'une telle différence de prix il jure ses grands dieux qu'il ne retournera jamais chez le premier dont il croit les prix exorbitants. Cependant il n'en est rien, et voici pourquoi. Certains médicaments et le citrate de fer et de quinine est un de ceux-là, se préparent de deux manières différentes, dont l'une *officinale* est conforme à la pharmacopée, l'autre *commerciale* est de beaucoup inférieure à la première. Ainsi le citrate de fer et de quinine officinal contient 25 pour cent de quinine tandis que le commercial n'en contient que 10, d'où la différence de prix et d'action. Il en est de même de presque toutes les teintures. Il va sans dire que le médecin qui prescrit ou achète des médicaments a toujours en vue les remèdes officinaux, mais qu'advient-il si le pharmacien, pour charger moins cher sans faire moins de profit, livre un médicament commercial ? Si jamais l'Eglise canonise un pharmacien, elle dira comme du patron des avocats : *Medicamentarius sed non latro.* En attendant, le public et la profession verraient avec plaisir le gouvernement établir une surveillance active sur la préparation et la vente des médicaments. Il nous semble inutile d'insister sur l'immense avantage d'une semblable réforme.

Il est vrai que depuis 1874 nous possédons une loi ayant pour but de prévenir la falsification des substances alimentaires *et des médicaments*. Des analystes officiels ont été nommés à cette époque et ont soumis à chaque année leur rapport au gouvernement. Voici ce qu'ils ont permis de constater : nous traduisons des "Débats du Sénat." "En comparant ces rapports, dit l'hon. sénateur Paquet, je constate que pendant les deux ou trois années qui ont suivi l'adoption de l'ACTE, la falsification a diminué, mais que depuis 1877 elle a augmenté graduellement, au point que les choses sont pires qu'avant l'adoption de la loi. J'attribue ceci à ce qu'on n'a pris aucune mesure pour punir les coupables comme le gouvernement en avait le droit d'après l'Acte de 1874. On se contenta de menaces continuelles qui ne furent jamais mises à exécution et les gens finirent par se convaincre qu'ils pouvaient impunément falsifier les substances alimentaires : de 18 échantillons de café

analysés à Montréal, pas un seul ne fut trouvé pur ; la même expérience renouvelée à Toronto donna trois bons résultats." Ainsi donc, le remède a été pire que le mal et pour bonne raison.

Quant aux médicaments, on ne semble pas s'en être occupé, si on en juge d'après les mêmes rapports et les recherches de l'hon. sénateur Paquet. En outre, la loi de 1874 n'a trait qu'aux médicaments fabriqués en Canada. Or, on le conçoit, la loi fut-elle appliquée qu'elle serait manifestement insuffisante, car un nombre considérable de drogues nous viennent de l'étranger et sont aussi souvent falsifiées que les nôtres.

Aussi la suggestion de notre confrère est-elle des plus opportunes, et nous espérons avec lui que le gouvernement ne fuillira pas à son devoir en cette importante matière et que le rapport de l'an prochain accusera une diminution dans la proportion des aliments et des médicaments falsifiés ; ce sera, nous voulons bien l'admettre, une nouvelle charge pour le revenu mais elle est nécessaire aux intérêts du public.

Association Sanitaire du Canada.

M. F. N. Boxer qui à la suite des démarches faites par le comité provisoire de l'Association Sanitaire du Canada, en novembre dernier, auprès de l'hon. J. H. Pope, Sir Charles Tupper, l'hon. A. P. Caron et J. C. Taché, M.D., avait été chargé de rédiger un projet de constitution et de règlements pour la future association, a soumis son travail au comité qui l'a adopté à l'unanimité. Entre autres choses il est résolu :

1. Que pour atteindre le but du dit comité provisoire au sujet des statistiques vitales et mortuaires et pour promouvoir les vues du gouvernement fédéral au sujet de la santé publique il est opportun de former pour toute la puissance une association sanitaire ayant pour objet de promouvoir la science et l'éducation sanitaire.

2. Qu'un comité provisoire chargé d'organiser l'association soit formé et composé des médecins suivants : E. Playter et G. Wright, Toronto ; W. Marsden et F. E. Roy, Québec ; L. B. Botsford et J. W. Daniel, St. Jean, N. B. ; J. R. Almon et J. N. MacDonald, N. S. ; J. Grant et R. Grant, Ottawa ; P. Conroy, Charlottetown, Ile du Prince Edouard ; F. W. Campbell et J. W. Mount, Montréal, ainsi que des échevins : J. Taylor, Toronto ; W. Macoy, Q.C., M.P.P., Halifax, et des membres du conseil de salubrité de Montréal dont les noms suivent : J. H. Mooney, J. Fairbairn, J. A. U. Baudry et F. N. Boxer.

3. Que le Dr. Playter soit nommé président et F. N. Boxer secrétaire du comité provisoire. Le secrétaire est chargé de préparer un plan de constitution et de règlements pour l'association et de soumettre le tout au comité lors de la prochaine réunion de l'Association Médicale du Canada. Le but principal de l'Association est de promouvoir l'éducation sanitaire parmi toutes les classes et particulièrement dans les écoles publiques, les lois de l'hygiène ne pouvant être trop gravées dans l'esprit des enfants.

Pour intéresser le peuple à l'Association, on se propose de fonder un journal mensuel et illustré d'hygiène domestique que chaque membre de l'Association recevra gratuitement. Le chiffre de la contribution

des membres sera fixé par le conseil, mais ne devra excéder deux piastres par année, ce montant ne devenant exigible que lorsque 2000 membres se seront inscrits. En conséquence tous ceux qui désirent faire partie de l'Association sont priés d'en donner avis avant le premier septembre prochain au secrétaire provisoire F. N. Boxer, 243 Rue St. Denis, Montréal.

Les élections triennales du Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'assemblée triennale des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens—pour les élections—aura lieu à Québec le 11 juillet prochain.

Nous avons la confiance que tous les membres du Collège se feront un devoir de se rendre à cette assemblée ou au moins de s'y faire représenter. Il s'agit d'y déterminer la composition d'un bureau à qui la profession médicale devra confier ses intérêts les plus chers et qui devra les sauvegarder en toute occasion. C'en est assez, croyons-nous, pour que tous comprennent la nécessité qu'il y a pour chacun de prendre à cette élection une part aussi active que possible.

Quant à ceux à qui il sera impossible de se rendre à Québec à la date fixée, ils pourront et devront s'y faire représenter par un ami. Voici la clause du statut qui règle ce détail :

“ IV.—A chaque élection du Bureau des Gouverneurs, chaque membre “ aura le droit de voter par procuration ; un témoin devra attester la “ signature de la procuration. Toute procuration, pour être valide, “ devra être remise entre les mains du Régistrateur le ou avant le 1er “ juillet précédant l'assemblée triennale, et renvoyée certifiée par cet “ officier cinq jours après sa réception.”

On n'oubliera pas non plus que, conformément au même statut, “Aucun membre du Collège ne pourra voter aux assemblées triennales ni être éligible comme Gouverneur, à moins qu'il ait payé, le 1er juillet précédant l'assemblée, tout ce qu'il pourra devoir au Collège.”

La contribution annuelle doit être payée entre les mains de M. C. E. de Lamirande, 63 rue St-Gabriel, Montréal. Les porteurs de procurations devront adresser celles-ci, pour être certifiées, au Dr Léonidas LaRue, Régistrateur du C.M.C., rue St-Georges, faubourg St-Jean, Québec

Encore les étudiantes.

Au sujet des mutations qui viennent de s'effectuer dans le personnel des facultés de médecine McGill et Bishop, un journal de cette ville a laissé voir que l'on devait prochainement, dans l'une de ces facultés, agiter la question de l'admission des femmes à l'étude de la médecine, et il ajoutait que l'on s'attendait à une *majorité* dans le sens affirmatif.

Cette nouvelle ne doit être prise que pour ce qu'elle vaut, et pour notre part, nous n'y ajoutons pas entièrement foi. Nous espérons qu'il n'est pas entré dans la pensée des autorités universitaires en question, de renouveler dans notre pays le ridicule spectacle que nous offrent les écoles de médecine de la république voisine, ni de nous donner une seconde édition des scènes qui se sont passées à Kingston dans le cours de l'hiver dernier.

Les lecteurs de l'*Union Médicale* savent assez quelle est à ce sujet notre manière de voir. Nous sommes radicalement opposés à l'immixtion de la femme dans les choses de la médecine, et avons la conviction que toute tentative ou toute démarche ayant pour but de faciliter au beau sexe l'entrée de nos universités doit être considérée comme un attentat à la dignité de la femme autant qu'à l'honneur professionnel.

Maltine.—Nous nous permettons d'attirer de nouveau l'attention de nos lecteurs sur l'annonce des préparations de maltine.

Comme tonique reconstituant, la maltine a aujourd'hui droit de cité dans notre pharmacopée. L'expérience générale est là pour en prouver les bons effets dans les affections caractérisées par l'asthénie et la débilité, la convalescence des maladies graves, etc. C'est un aliment non moins qu'un médicament, et la grande majorité des praticiens la prescrivent de préférence à la plupart des toniques ordinaires.

Petite Correspondance.

Un Abonné, Québec.—Plusieurs dictionnaires de médecine, chirurgie, etc., ont été publiés depuis quelques années. Celui de JACCOUD: *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré, etc., se compose de 34 volumes de 800 pages chacun et se vend 10 francs le volume. Celui de DECHAMBRE: *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* se publie par demi volume de chacun 400 pages in 8-vo. avec figures et en deux séries simultanées. Le volume 28e de la 1ère série et le volume 32e de la 2e viennent de paraître. Chaque volume se vend 6 frs. Ces deux dictionnaires sont à proprement parler de encyclopédies et ne peuvent être à la portée de toutes les bourses. *Un abonné* trouvera dans le *Dictionnaire de médecine, de chirurgie*, de MM. Littré et Robin, 14e édition, un volume in 8-vo. de 1880 pages à deux colonnes avec 532 figures, le meilleur dictionnaire que nous puissions recommander. La dernière édition est de 1878. L'ouvrage se vend à Paris, chez Baillière, au prix de 20 à 25 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DUNGLISON. — *The Practitioner's ready Reference Book and handy guide in Office and Bedside Practice*, by Richard J. Dunglison, A.M., M.D.; third edition, thoroughly revised and enlarged. Philadelphia: P. Blakiston, Son & Co., 1883, in-octavo, 529 pages.

Voilà un ouvrage qui ne ment pas à son titre. La plupart des médecins canadiens français possèdent plus ou moins bien la langue anglaise, aussi voit-on les auteurs français, anglais et américains se partager les rayons de leur bibliothèque. A tort ou à raison on préfère les auteurs français pour l'étude des questions théoriques, pour apprendre le pourquoi et le comment d'une maladie, mais pour le traitement, pour le côté pratique, on suit de préférence les auteurs anglais et américains, surtout les derniers; une des raisons de cette préférence est que la pharmacologie américaine est la même que la nôtre. C'est par ce côté pratique que se recommande l'ouvrage de Dunglison. En de parcourant, on est surpris de la somme étonnante de connaissances usuelles que l'auteur a pu accumuler dans un espace aussi restreint. Il

y a bien peu de matière originale, s'il y en a, mais on y trouve réunis avec ordre et exposés avec clarté les mille détails pratiques qu'on ne pardonne pas au médecin d'ignorer, et que pourtant la mémoire ne peut retenir, tant à cause de leur nombre que parce qu'ils sont épars dans des traités spéciaux. Là où le chiffre de la population ne permet pas la pratique d'une spécialité, le médecin obligé d'embrasser un trop vaste champ a besoin tous les jours d'un aide-mémoire de ce genre. Bien peu d'entre nous pourraient, *ex abrupto*, nommer les antidotes de tous les poisons, tenir compte des incompatibilités des médicaments, prescrire chacun d'eux sous sa meilleure forme et établir le diagnostic différentiel des affections médicales et chirurgicales. Duglison a voulu combler ces inévitables lacunes, et il a réussi, comme l'attestent deux éditions rapidement écoulées, et comme pourront s'en convaincre tous ceux qui liront ce précieux manuel. Je ne regrette qu'une chose, c'est que l'auteur n'ait pas consacré un tableau, ou quelques pages, aux affections de la peau.

A. L.

The Transactions of the American Medical Association, volume XXXIII.

L'Association médicale américaine ayant l'intention de remplacer, par un journal, la publication de son volume annuel de *Transactions*, ce 33^e volume termine probablement la série. On se propose de publier un index général. Ce dernier volume renferme, comme tous ses prédécesseurs, un bon nombre de travaux importants, entr'autres : un mémoire sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé, par le Dr Shoemaker ; un travail sur le traitement mécanique de la délivrance du détroit supérieur, par le Dr Grainger ; sur la diarrhée séreuse et le choléra morbus des enfants, par le Dr Davis ; sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, par le Dr Marcy ; sur la résection de certaines parties du canal alimentaire recouvertes de péritoine, par le Dr Byrd, etc. Tous ces travaux témoignent que nos voisins des États-Unis ne restent pas en arrière du mouvement scientifique.

ROBERTS (John B.), M.D., de Philadelphie.—*Heart Puncture and Heart Suture as Therapeutic Procedures.*

The Clinical History and Exact Localization of Perinephric Abscesses.

PITZER (Geo, C.) M. D. *Alcohol as a Food, a Medicine, a Poison and as a Luxury.*

SELL (E. H. M.) A.M., M.D.,—*The Opium Habit. Its successful treatment by the Avena Sativa.*

GOUGENHEIM (DR A.)—*Névroses du Larynx.* Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, en 1882, recueillies par G. Morin, interne des hôpitaux.

ROBBINS (D. C.)—*Review of the Drug trade of New York for the year 1882.*

Proceedings of the Sanitary Council of the Mississippi Valley at its 5th annual meeting, Jackson, Miss., April 3rd and 4th, 1883.

One Hundredth Annual Catalogue of the Medical School (Boston) of Harvard University, 1882-83, with an illustrated description of the new building.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le Dr WILFRID PRÉVOST, s'est embarqué le 15 mai dernier pour Paris où il va compléter ses études médicales.

M. le Dr ISAIE CORMIER, ex-interne de l'Hôpital Notre-Dame a ouvert son bureau sur la rue St-Joseph à Montréal.

M. DUPONT, M. D. L. qui a son retour de Paris s'était fixé provisoirement à Lawrence, Mass. E. U. vient de s'établir à Montréal où il se propose de s'occuper spécialement des maladies des femmes et des enfants.

DISTINCTION.—L'Université Victoria de Cobourg, Ontario, a conféré à M. le Dr Ths. E. d'Odet d'Orsonnens de Montréal, le titre de L. L. D.

OBIT.—Nous regrettons d'apprendre la mort de M. le Dr W. E. Scott, professeur d'Anatomie à l'Université McGill, arrivée en cette ville le 24 mai dernier. Le Dr Scott était âgé de 63 ans.

POURSUITE.—Une poursuite vient d'être intentée contre M. A. Racicot, demeurant au No 220 rue St-Laurent, Montréal, pour pratique illégale de la médecine.

NOUVEAU JOURNAL.—Nous accusons réception de la première livraison d'une nouvelle revue publiée par l'importante maison P. Blackiston et fils, de Philadelphie, sous le titre de *The American Psychological Journal*. Elle se publie tous les trois mois, en livraisons de 108 pages chacune. Le journal est exclusivement consacré à l'étude des maladies mentales.

Va et vient.—La plupart des jeunes médecins qui ont récemment pris leurs degrés dans nos universités ont aujourd'hui définitivement choisi les localités qui leur ont paru offrir le plus de chances de succès.

MM. les Drs J. O. Gauthier, Jos Chaffers et G. F. Prévost se sont fixés à Montréal; M. le Dr G. Lafontaine, à St-Zéphirin de Courval; M. le Dr F. Gagnier, au village St-Gabriel, près Montréal; M. le Dr J. Leroux, à Ste-Thérèse; M. le Dr Edm. Bastien, à St-Etienne des Grès; M. le Dr Jos Bastien à St-George de Windsor; M. le Dr A. Leclair, à St-George de Henryville; M. le Dr J. F. Rioux à Sherbrooke; M. le Dr S. Brien, au Sault au Récollet; M. le Dr J. A. Salvail, à Helena, Montana E-U; M. le Dr J. O. Goyette, à Notre-Dame de Stanbridge; MM. A. Marsolais et A. Joyal. M. D. Laval restent à l'Hôpital Notre-Dame comme interne et assistant interne.

Mutations.—Université McGill.—Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre livraison de mai, M. le Dr Wright a donné sa démission comme Professeur de Matière médicale à l'Université McGill. Il sera remplacé par le Dr. James Stewart de Brucefield, Ont.

M. le Dr McCallum a aussi résigné comme professeur d'obstétrique. Cette chaire sera désormais divisée en une chaire de tocologie et une de gynécologie, la première étant confiée au Dr A. A. Browne et la seconde au Dr Wm. Gardner, ci-devant professeur de Médecine légale et d'Hygiène. Le Dr Geo. Wilkins naguère professeur de physiologie à l'Université Bishop remplit la chaire laissée vacante par la mutation du Dr Gardner.

Le Dr A. MacDonnell, assistant démonstrateur d'Anatomie est nommé *lecturer* d'Hygiène.

On ajoute que selon toute probabilité M. le Dr. Scott, professeur d'Anatomie, qui vient de mourir, sera remplacé par le Dr F. J. Shepherd, actuellement professeur d'Anatomie pratique. M. M. les Drs Sutherland et Mills sont attachés aux laboratoires d'Anatomie pratique et de Physiologie.

Université Bishop.—Un remaniement presque complet a été effectué dans le personnel de la Faculté de Médecine. M. le Dr F. W. Campbell est nommé doyen en remplacement du regretté Dr A. H. David, et le Dr Kennedy remplace le Dr Campbell comme Secrétaire de la Faculté. Comme à l'Université McGill, la chaire d'Obstétrique est divisée en une chaire de Tocologie et une de Gynécologie. M. le Dr Kennedy occupant la première, tandis que la deuxième est remplie par M. le Dr Trenholme.

Le cours de Matière médicale est également divisé en un cours de Matière médicale proprement dite et un cours de Thérapeutique. Le Dr McConnell a charge du premier, la Thérapeutique étant confiée au Dr H. L. Reddy. M. le Prof. Armstrong passe de la chaire d'Anatomie descriptive à celle de Physiologie ci-devant occupée par M. le Dr Wilkins, et M. le Dr Foley devient professeur d'Anatomie descriptive. La chaire d'Anatomie pathologique est remplie par M. le Dr Wood qui résigne comme professeur de Chimie et est remplacé par le Dr Young.

Nouveaux étudiants.—A la dernière réunion du Bureau des Examineurs pour l'admission à l'étude de la médecine, les messieurs dont les noms suivent ont été admis : H. A. Lafleur, E. H. Blackader, Wm. G. Stewart, A. W. Gardner, N. Beique, Wm Christie, Robert Kirkpatrick, Joseph Langlois, George C. Stephen, A. Couturier, Alex. Corvie, Theo. Mayrand, C. V. Poitras, Joseph F. Triganne, Adolphe Guy, Chas. J. Edgar, Jos. Edge, J. G. Lamarche, Paul Brière, L. J. A. Mignault, Joseph Cinq-Mars, Henri Marchand, J. B. Richard, Thos. C. Blondeau, C. A. Dugas, Geo. W. Lacombe, Damase J. Pagé, Edmond Bittner, Wilfred Joyal, L. Rochette, Honoré Garceau, Alphonse Hudon, Elzéar Labrecque, Charles V. Marsil, Joseph Michaud, Pierre Pelland et Pantaléon Pelletier.

Hopitaux de Londres.—La plupart des hôpitaux de Londres ont une existence propre : leurs ressources proviennent de fondations ayant pour objet le soulagement des malades et l'enseignement de la médecine, de souscriptions et de donations. Ils sont ou généraux, c'est à-dire appelés à recueillir des malades de toute sorte, ou spéciaux c'est à-dire appelés à une affection particulière. Les hôpitaux généraux sont les plus anciens et les plus riches ; mais ils traversent en ce moment une crise. Quatre des principaux ont dû l'an dernier, pour suffire à leurs dépenses, aliéner une partie de leur dotation, jusqu'à concurrence de 30,000 liv. Les souscriptions qu'ils reçoivent annuellement ont diminué de 2,000 liv. entre 1872 et 1882, et le chiffre des dotations a baissé de 4,000 liv. Le revenu des 17 hôpitaux généraux qui était 310,237 liv. en 1877, n'a été que de 270,159 en 1881. Au

contraire, les hôpitaux spéciaux sont en pleine prospérité. Le revenu de ces 14 établissements qui était de 155,055 liv. en 1877, s'est élevé, en 1881, à 173,746. On attribue cette différence de situation à ce que les administrateurs des hôpitaux spéciaux montrent plus d'activité dans leurs appels à la charité et plus d'exigence à l'égard des malades qui peuvent payer.

Cet état de choses est d'autant mieux de nature à préoccuper l'administration, que les hôpitaux actuels sont insuffisants pour la population. Plusieurs quartiers se plaignent avec raison de n'être point desservis. On demande qu'une commission royale soit instituée pour étudier la question du régime des établissements hospitaliers, et de bons esprits estiment qu'il serait bon de grouper tous les hôpitaux sous un même conseil qui, d'abord, n'aurait qu'un droit d'avis, et à qui, plus tard, pourrait être confiée la gestion des divers établissements. Ce conseil deviendrait alors, en ce qui concerne les hôpitaux, quelque chose d'analogue à notre administration générale de l'Assistance publique
France Médicale.

L'abus de la charité médicale à Philadelphie a fourni, récemment, le sujet d'une lecture et d'une discussion à la Société Médicale du comté de Philadelphie.

Le Dr. J. W. Walk, l'auteur de la communication, dit qu'il y a dans cette ville 32 dispensaires gratuits où on a traité dans un an 161,019 cas, soit un cinquième de toute la population. Le Dr. Walk est d'opinion que le système des dispensaires est pernicieux et préjudiciable à la profession et au public. Il rappelle que trois ans auparavant on a fait des efforts pour reformer cet abus, mais sans pouvoir y réussir. On vient d'établir un "Provident Dispensary" analogue à ceux de Londres. "Il reste à voir, dit-il, quel en sera le succès."

Le chiffre de 32 dispensaires pour Philadelphie est énorme et dépasse de beaucoup celui de toutes les autres villes de l'Union. New-York, avec une population plus élevée d'un tiers, n'a que 22 dispensaires dont plusieurs ne sont que fort peu fréquentés. Neuf dispensaires principaux occupent les neuf dixièmes des malades. D'un autre côté le service gratuit atteint le même chiffre dans les deux villes : 250,000 personnes (soit un cinquième de la population) reçoivent chaque année, des soins médicaux dans les dispensaires. Cette forme de charité médicale se prête à beaucoup d'abus et nous espérons que Philadelphie réussira à réformer cet abus.—*N. Y. Med. Rec.*

NAISSANCE.

MARIER.—A St. Joachim de Shefford, le 10 avril, la dame du Dr P. E. Marier, un fils.

MARIAGE.

GIROUARD-LAVIOLETTE.—A Montréal, le 15 mai, le Dr Jean Girouard de Ste Marthe à Mdle Marie Lydia Laviolette de Montréal.

LANDRY-BISAILLON.—A Crookston, Minnesota, le 15 mai, Jean Félix Landry, M.D. Laval (Québec) de St-Léon, Manitoba, à Mademoiselle Rose Anna Bisailon, fille de M. Jacques Bisailon de Montréal.

DÉCÈS.

MARIER.—A St. Joachim de Shefford, le 18 avril, Joseph-Paul-Eudore, âgé de huit jours, enfant du Dr P. E. Marier.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame—M. Laramée. — De l'hémiplégie liée à l'hémorrhagie cérébrale, etc., 241. — Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, par le procédé à lambeau postérieur unique; par D. Marsil, St. Eustache (<i>Suite et fin</i>), 245. — Du catathétérisme de l'urètre chez l'homme et de ses difficultés; par A. T. Brosseau, M.D., prof. de Clinique chirurgicale à l'Université Laval, Montréal, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame, 249.	Traitement de la mastite purpurale par l'onguent d'iode de plomb, 270. — Traitement de la fièvre purpurale, 271. — Tumeurs malignes des mamelles 272
CHIMIE MÉDICALE. — Des fermentations; par N. Fafard, M.D., prof. à l'Université Laval, Montréal, 252	SYPHILIGRAPHIE. — Affection syphilitique psoriasisiforme de la paume des mains et de la plante des pieds, 273. — Paralyse générale syphilitique, 274. — Syphilis héréditaire et rachitisme, 276. — Syphilis de la glande lacrymale 277
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — De l'asthme permanent, 255. — Influence de la névralgie sciatique sur le développement des varices, 259. — Dyspepsie d'origine cérébrale. — De la mort rapide dans la pneumonie 260	FORMULAIRE. — Dyspepsie. — Constipation Chronique. — Broncho-pneumonie, 278. — Insomnie nerveuse. — Prurit anal. — Extrait de noix longue pour prévenir l'avortement. — Colique des peintres avec constipation. 279
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — De l'extension continue considérée au point de vue mécanique et physiologique dans ses applications au membre inférieur, 261. — De l'urétrite chronique; influence des diathèses sur sa marche et ses complications, 263. — Différents modes de traitement des tumeurs érectiles en général, 264. — Moyen de contrôler l'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur l'articulation coxo-fémorale, par le Dr Jordan Lloyd, 267. — Plaies du testicule. — Nouvelles sondes et bougies pour le traitement des maladies des voies urinaires 268	BULLETIN. — La falsification des substances alimentaires et des médicaments, 280. — Association sanitaire du Canada, 282. — Les élections triennales du Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q. — Encore les Etudiants, 283 Maltine. — Petite Correspondance 284
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Moyen de prévenir la déchirure du périnée, 269. — Moyen de prévenir les hémorrhagies post-partum, —	BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. — Dunglison, 284. The Transactions of the American Medical Association. — Roberts. — Pitzer. — Sell. — Gougenheim. — Robbins. — Proceedings of the Sanitary Council of the Mississippi Valley at its 5th annual meeting. — One Hundredth annual Catalogue of the Medical School of Harvard University, 1882-83 285
	CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — Le Dr W. Prévost. — Le Dr I. Cormier. — M. Dupont. — Distinction. — Obit. — Poursuite. — Nouveau Journal. — Va et vient. — Mutations. — Université McGill, 286. — Université Bishop. — Nouveaux étudiants. — Hôpitaux de Londres. — Décès 287
	Naissance. — Mariages. — Décès 240

Avis aux Médecins !

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE - PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus acérés, aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

- L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,
- L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et
- L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

SPÉCIALITÉS.

JOHN WYETH & BRO., PHILADELPHIE.

P A P O M A

Le Papoma est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié ou rôti d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Les phosphates et tous les constituants du grain y sont conservés, le gluten est cuit et l'amidon transformé en dextrine, il en résulte un composé renfermant, sous une forme facile à digérer et propre à l'assimilation les éléments nécessaires à la nutrition et au soutien de l'organisme de l'enfant.

EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non-seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidés d'appareils de fabrication à nuls autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une constance d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigneux, convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament nature jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

PILULES PEPTOGENES (Peptonic Pills).

Pepsine, Pancréatine associée au Lacto-Phosphate de Chaux et Acide Lactique.

(Tous droits réservés.)

Cette Pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En suppléant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants que nous avons la conviction que l'essai qui en feront les membres de la Profession Médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

Trochisques Comprimées au Chlorate de Potasse

Contre l'Enrouement, l'Irritation Bronchique, les Inflammations de l'Arrière-Gorge, la Diphthérie, le Croup, Etc., Etc.

Le Chlorate de Potasse est un remède d'une efficacité reconnue dans les cas d'Inflammation Diphthérique de l'Arrière-Gorge, de Stomatite et de Maux de Gorge dus à l'épuisement de la constitution. Dans ces cas, comme dans les formes atténuées du Croup, il possède, à part ses effets désinfectifs et dépuratifs, une action dissolvante sur les dépôts caractéristiques de ces énuuyeuuses et graves affections. Il soulage l'Enrouement et agit efficacement comme correctif dans beaucoup de cas de Fétilidité de l'Haleine liée à un désordre des sécrétions. Ses bons effets dans l'angine simple sont reconnus par la plupart des médecins les plus éminents.

Echantillons expédiés gratuitement aux Médecins Praticiens qui en feront la demande aux Agents Généraux,

PERRY DAVIS & SON & LAWRENCE,
MONTREAL, P.Q.