

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE

PAR H. E. DESROSIERS, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame. (1)

Gélosine—Huile de vaseline—Théine et brucine—Acétanilide—Eau lithinée arsénicale—Opium et belladone—Santonine—Strophantus.—Colchicine—Mercure et mercuriaux—Ipecacuanha.

Les notes que nous avons l'intention de communiquer au lecteur dans cette revue auront trait exclusivement à la thérapeutique générale; nous étudierons les médicaments sous le triple aspect de leurs propriétés physico-chimiques, de leur action sur l'organisme et de leurs usages dans le traitement des maladies. Nous verrons les nouvelles applications des médicaments déjà anciens, en même temps que nous mentionnerons les remèdes nouveaux qu'un progrès toujours incessant livre chaque jour à l'expérimentation.

Les articles déjà publiés par nous dans ce journal (livraisons de février, mars et avril 1887) devront servir de point de départ à la présente revue trimestrielle. Nous y avons mentionné les principaux progrès de la thérapeutique depuis trois ans; aujourd'hui nous croyons mieux servir le lecteur en lui faisant voir, au fur et à mesure, tout ce qui se publie ou s'invente de nouveau dans une partie des sciences médicales qui, plus que toute autre, est soumise à de continuelles variations.

(1) Nous nous proposons de publier à l'avenir une revue trimestrielle des progrès faits dans le domaine de la thérapeutique générale, et avons lieu de croire que ces études seront de nature à intéresser nos lecteurs. L'article que nous livrons aujourd'hui était prêt pour la livraison d'avril de l'UNION MÉDICALE, mais n'a pu y trouver place faute d'espace. Les mesures nécessaires ont été prises pour que désormais cette revue paraisse régulièrement tous les trois mois. Le prochain article sera publié avec la livraison de juillet.

Gélosine.—Dans une note lue à la *Société de thérapeutique* de Paris, M. le docteur BEDOIN (1) conseille, pour la cure des rétrécissements de l'urèthre, la dilatation par les bougies en gélosine. On sait que cette substance est constituée par une gelée qui jouit de cette propriété particulière de tendre continuellement à se rétracter, et par conséquent à se débarrasser de tous les liquides qu'elle contient. Abandonnée à elle-même à l'abri de l'humidité, la gélosine perdant ainsi son eau d'hydratation, aboutit à un résidu sec, de volume extrêmement réduit, qui, au contact de liquides aqueux, s'imbibé et se gonfle graduellement à la manière des tiges de laminaria. De là l'auteur a été conduit à remplacer ces dernières par la gélosine façonnée sous forme de bougies de calibres différents. M. Bedoin insiste sur l'innocuité de l'introduction de ces bougies qu'on parvient à faire, dit-il, parfaitement lisses. Leur dilatation au contact des sécrétions uréthrales qu'elles absorbent s'effectue peu à peu et sans douleur.

Huile de vaseline.—M. DUJARDIN-BEAUMETZ a, le 26 janvier, communiqué à la *Société de thérapeutique* (2) les résultats obtenus par un pharmacien de Lyon, le Dr. Albin Meunier, dans l'emploi d'un nouvel excipient, l'huile de vaseline, comme dissolvant des médicaments destinés aux injections hypodermiques. Cette huile, que M. Dujardin-Beaumetz propose d'appeler vaseline liquide médicinale, est un hydrocarbure encore mal défini qui représente un état intermédiaire entre le pétrole combustible et la vaseline solide. Elle a la propriété de dissoudre un grand nombre de substances qui, insolubles dans l'eau, ne pourraient que très difficilement être administrées en injections sous-cutanées, comme par exemple l'iodoforme, l'eucalyptol, le menthol, la terpine, l'iode etc. Cette découverte de M. Meunier est destinée à rendre de grands services en autant qu'elle rendra applicable à un plus grand nombre de médicaments la méthode sous-cutanée.

Théine et brucine.—Ces deux alcaloïdes viennent d'être rangés parmi les analgésiques locaux par le docteur MAY, de Philadelphie (3). Sur trente-neuf cas d'affections douloureuses: sciatique, névralgie intercostale, sacro-lombaire, etc., où la théine a été administrée, non seulement le soulagement a été presque instantané, mais la guérison obtenue pour la majorité des malades. La dose employée a été de $\frac{2}{3}$ gr. à 3 grains, donnés en injections hypodermiques dans les points les plus rapprochés de l'origine centrale des nerfs intéressés. La théine paraît agir très rapidement.—La brucine a été utilisée comme analgésique dans le fu oncle douloureux du conduit auditif externe, les cautérisations de la gorge et des fosses nasales, etc.

(1) *Nouveaux remèdes*, 8 janvier 1887.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 15 janvier 1887.

(3) *Therapeutic Gazette*.—July 1887.

Acétanilide.—Les recherches continuent à se faire au sujet de l'acétanilide (antifébrine). Tout d'abord on a reconnu à ce médicament des propriétés antithermiques, et M. le docteur WEILL, à la suite d'un travail entrepris sous la direction de M. Dujardin-Beaumetz et publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, a présenté les conclusions suivantes : " L'acétanilide est un puissant antithermique et un nervin précieux. Elle est d'une haute utilité dans presque toutes les maladies où il y a indication de combattre le phénomène élévation de température. Elle agit efficacement dans les maladies nerveuses contre l'hyperexcitabilité morbide"(1). Dans une étude assez étendue publiée par la *Semaine médicale*, M. le professeur Lépine en arrivait à des conclusions identiques, et, le premier peut-être, parlait de l'antifébrine comme d'un puissant sédatif du système nerveux. Or M. Dujardin-Beaumetz, reprenant à la fois cette idée de M. Lépine et la thèse de M. Weill, étudie surtout l'acétanilide comme médicament nervin, et résume ses conclusions comme suit : 1. Chez les individus non fébricitants, l'administration de l'acétanilide à une dose variant de 26 à 30 grains par prises fractionnées de 8 grains, ne présente aucun inconvénient, même lorsque la médication est prolongée pendant des mois.

2. Cette médication paraît agir heureusement dans les cas suivants :

a. Dans les douleurs de nature rhumatismale, surtout névralgiques et musculaires ;

b. Dans certaines douleurs dues à la compression ou à l'altération des nerfs (névrite optique) ;

c. Dans les douleurs déterminées par les scléroses médullaires, et en particulier dans les douleurs fulgurantes ;

d. Dans l'épilepsie.

M. Beaumetz est d'avis de repousser, comme médicament antithermique, l'acétanilide de la thérapeutique, mais de lui accorder au contraire beaucoup de faveur comme médicament nervin.

Eau lithinée arsénicale.—M. le Dr. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, emploie (2) dans le traitement du diabète une méthode qui lui a permis de guérir 67 malades sur 70 diabétiques, et qui consiste dans l'emploi longtemps continué de l'eau lithinée arsénicale. Cette eau est simplement un mélange de carbonate de lithine et d'arséniat de soude, et se prépare comme suit : à 4 grains de carbonate de lithine on ajoute une cuillerée à soupe de la solution suivante : arséniat de soude, 4 grains ; eau distillée, 1 chopine. Cette dose renferme donc 4 grains de carbonate de

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1887.

(2) Comptes rendus de la *Société de thérapeutique*. séance du 23 février 1887, in *Progress médical*.

lithine et $\frac{1}{3}$ gr. d'arséniate de soude, et doit être prise dans les 24 heures. M. Martineau dit n'avoir pas beaucoup modifié l'alimentation de ses malades, se bornant toutefois à conseiller l'usage modéré des féculents. Le traitement doit être continué deux ou trois ans après que toute trace de diabète a disparu. Il réussit surtout, pour ne pas dire exclusivement, dans les diabètes arthritiques, et les trois insuccès qu'a constatés M. Martineau ont eu lieu chez des diabétiques non-arthritiques.—Cette communication de M. Martineau semble avoir pris la *Société* par surprise, et M. Dujardin-Beaumetz considère le résultat obtenu par la nouvelle médication comme un événement en thérapeutique, aucune méthode de traitement, dit-il, ne donnant une pareille statistique. Il ne reste plus qu'à voir comment l'eau lithinée arsénicale réussira entre les mains d'autres praticiens.

Opium et belladone.—C'est aussi contre le diabète sucré que M. Villemin (1) a récemment conseillé l'emploi simultané de la belladone et de l'opium. Ce traitement lui ayant réussi, comme on pouvait s'y attendre, du reste, dans un cas de simple polyurie, il l'a appliqué au traitement d'un cas de glycosurie arrivé à une période grave et n'ayant retiré aucun bénéfice du traitement classique. La guérison fut obtenue et se maintint tant que l'on continua la médication, le sucre et la polyurie augmentaient au contraire chaque fois qu'en la suspendait.

Santonine.—A la *Société nationale de médecine* de Lyon, M. le docteur LAURE a rapporté un cas intéressant d'empoisonnement par la santonine, survenu chez un enfant de trois ans et demi, à la suite de l'ingestion de 2 grains de santonine. Les symptômes observés consistaient en abattement profond, interrompu de temps à autre par des cris stridents, alors que l'enfant fléchissait les cuisses et portait les mains à son ventre qui paraissait être le siège de la douleur. visage pâle et livide, yeux excavés et cernés, pupilles dilatées, respiration fréquente, pouls rapide et irrégulier, température au-dessous de la normale, ventre ballonné et sensible à la pression, vomissements fréquents, urine fortement colorée et rouge. L'enfant guérit.—La *Tribune médicale* qui rapporte ce cas rappelle le fait que c'est probablement le mode d'élimination du remède, variable avec chaque individu, qui décide de l'innocuité ou de l'action toxique de la santonine, de la nécessité de toujours associer ce médicament à un purgatif pour en faciliter l'élimination par l'intestin. Au reste, on comprend qu'il est tout-à-fait inutile que la santonine soit absorbée. Son action doit être toute locale et limitée à la seule surface intestinale, siège des parasites. Quant à la dose, la règle formulée par Benzingen, qui fait donner autant de grains de santonine que l'en-

(1) Comptes-rendus de l'Académie des sciences (séance du 14 février) in *Progress médical*.

fant a d'années, est évidemment trop absolue. Wood et Meigs jugent plus prudent de ne donner que des doses fractionnées, de $\frac{1}{4}$ à 1 grain chez un enfant au-dessous d'un an.—Ce qui précède montre évidemment qu'il faut être prudent dans l'administration de la santonine et que le médecin a tort de laisser les mères juges de l'opportunité de donner ou non à leurs enfants les pastilles vermifuges, chocolats et autres préparations à base de santonine, que l'on peut se procurer dans toutes les pharmacies et même chez l'épicier du coin.

Strophantus.—Ce nouveau tonique cardiaque, préconisé par le professeur FRASER, d'Edimbourg, n'a pas donné entre les mains de tous les expérimentateurs, les succès que lui avait attribués son inventeur. Dans ses intéressants *Notes and Comments* adressés au *Canada Medical and Surgical Journal*, M. le professeur OSLER, de Philadelphie, dit avoir été très désappointé au sujet du strophantus qui, administré dans plusieurs formes de maladies cardiaques, a été à peu près inerte, la dose en ayant même été poussée au-delà de celle ordinairement conseillée, i. e. jusqu'à 25 et même 30 minimes de la teinture.

Colchicine.—MM. les Drs. MAIRE et COMBEMALE ont repris à nouveau l'étude de cet alcaloïde et ont présenté à l'Académie des sciences, en février dernier, les conclusions suivantes qui résument les résultats de leurs travaux.

Au point de vue physiologique :

1^o La colchicine se comporte comme un poison irritant, pouvant porter son action sur tous les organes, avec prédominance sur le tube digestif et les reins ;

2^o La dose toxique minima de la colchicine chez le chien et chez le chat est variable, suivant que l'on introduit cette substance par la voie hypodermique ou par la voie gastrique. Dans le premier cas, cette dose est de 0 gr. 000571 ; dans le second, de 0 gr. 00135 par kilogramme du poids du corps ;

3^o L'action toxique de la colchicine se produit plus rapidement par la voie hypodermique que par la voie stomacale ;

4^o La colchicine s'élimine par divers émonctoires et en particulier par les urines ; mais cette élimination est lente, et des doses non toxiques et relativement faibles (0 gr. 00016 par kilogramme du poids du corps) peuvent amener la mort dans l'espace de cinq jours ;

5^o La colchicine congestionne les extrémités articulaires et la moëlle osseuse.

Au point de vue thérapeutique :

1^o La colchicine agit, suivant la dose, soit comme diurétique, soit comme purgatif, et cela par suite d'une action congestive et irritative sur les reins et le tube digestif ;

2^o Les effets thérapeutiques sont les mêmes, que l'on intro-

duise cette substance par la voie sous-cutanée ou la voie stomacale ; mais les effets sont plus rapides par la première, et la dose nécessaire pour les produire doit être moindre. L'homme est trois fois plus sensible que le chien et le chat à l'action de la colchicine ; on peut fixer chez lui à 2 milligrammes ou 3 milligrammes la dose totale pour amener la diurèse et à 5 milligrammes la dose purgative ;

“ 3° La colchicine augmente l'excrétion de l'acide urique et produit, du côté des surfaces articulaires et de la moëlle osseuse, des congestions donnant lieu à deux ordres d'effets, intéressants à rapprocher des effets purgatifs, pour rendre compte du mécanisme de l'action de cette substance dans certaines maladies, la goutte en particulier. Elle diminue la quantité d'acide urique contenu dans le sang et produit une irritation substitutive au niveau des surfaces articulaires ; mais son accumulation dans l'économie et sa grande toxicité doivent rendre prudent dans son emploi. ”

Mercure et mercuriaux.—Les propriétés antiseptiques bien connues des préparations mercurielles ont, on le sait, conduit à l'emploi de celles-ci, et en particulier à celui du sublimé, dans la plupart des affections chirurgicales caractérisées par la septicémie ou la simple tendance à la putridité. Par extension, on a appliqué le traitement mercuriel (déjà universellement employé dans la syphilis, maladie parasitaire,) à la cure d'un grand nombre de maladies internes à caractère microbien, entre autres de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, etc. Les allemands, en ce point, ont pris les devants avec un enthousiasme et une ardeur dignes d'une meilleure cause. Disons tout de suite que les résultats thérapeutiques n'ont pas toujours confirmé en tous points les vues de la théorie, et pour cause. Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, on avait songé successivement au calomel à hautes et à petites doses, aux frictions mercurielles, au sublimé, etc., et des séries de succès plus ou moins évidents avaient été publiées. Mais toute médaille a son revers, et, soumises à une contre-épreuve, entre les mains d'autres allemands, ces diverses médications ont donné lieu à des insuccès (1). Le sublimé aurait été particulièrement inefficace, et cela ne doit pas surprendre si l'on songe avec E. Ricklin (2) que le bichlorure de mercure, administré aux doses recommandées dans ces cas, ne saurait exercer une action parasiticide. Car, dit cet auteur, 1 grain de sublimé dissous dans une chopine d'eau et noyé dans une quantité de sang qui, chez l'homme adulte, est au minimum 5000 c.c., cela équivaut à une solution au 1/104,000 dont l'influence sur les bacilles peut être considérée comme nulle.—Le calomel a été mis à l'essai par BOUCHARD, de Paris, qui n'a pas

(1) Voir *Gazette médicale de Paris*, 1er janvier 1887.

(2) *Ibidem*.

tardé à reconnaître les inconvénients de la méthode (épistaxis plus fréquents, hémorrhagies intestinales, selles dysenteriques, etc.) et qui a renoncé à l'emploi exclusif du mercure pour ne plus donner le calomel qu'au début de la maladie, c'est-à-dire jusqu'au commencement du deuxième septenaire.

Un médecin italien, SCARENZIO, a imaginé un nouveau mode d'administration du mercure dans la syphilis. Il recommande d'injecter sous la peau une préparation mercurielle insoluble qui deviendrait alors lentement et progressivement soluble, de telle sorte que le malade se trouverait longtemps ainsi sous l'influence du médicament. M. BALZER a expérimenté la méthode et en a retiré des services. La dose de calomel pour chaque injection varie de $\frac{3}{4}$ à $1\frac{1}{2}$ grain. Avec certaines précautions, on évite les accidents locaux. Enfin l'expérience a paru démontrer qu'il suffit de quatre ou cinq injections mercurielles pour guérir une syphilis. Qu'on vienne dire, après cela, que la thérapeutique ne progresse pas assez!

Ipecacuanha.—Dans le traitement de la dilatation de l'estomac, M. le Dr. Albert MATHIEU se propose, entre autres choses, de relever la tonicité de la couche musculaire, et, dans ce but, prescrit l'ipécac qu'il considère comme étant bien supérieur, sous ce rapport, à la noix vomique et à la fève de Calabar. Le remède réussirait surtout dans les cas où la flatulence vient se joindre à la gastralgie. L'auteur le donne à petites doses, de manière à amener un peu de salivation et une légère nausée (1 grain, le matin, tous les 2 ou 3 jours); jamais de doses vomitives.

De l'emploi du bandage abdominal durant la seconde période du travail, par le Dr. WELKER. — Jusqu'au début de la seconde période, l'utérus seul est mis en jeu dans la dilatation de l'orifice utérin. Mais, alors, la contraction des muscles abdominaux lui venant en aide, la douleur et les efforts d'expulsion se font sentir beaucoup plus activement. Les douleurs sont plus intenses, et cependant la femme est portée à les seconder en faisant contracter les muscles de l'abdomen; s'il arrive que, nonobstant, le travail n'avance pas beaucoup, la malade demande au médecin de lui venir en aide. Je crois qu'on peut aider beaucoup la femme au moyen d'un bandage abdominal appliqué durant la seconde période, et que, ce faisant, on abrège la durée du travail en même temps que l'on diminue les souffrances de la patiente. J'applique ce bandage suffisamment serré pour que la malade en éprouve du soulagement. En outre, je fais serrer davantage le bandage au moment des contractions utérines.—*Therapeutic Gazette.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Du coma diabétique.—Clinique de M^r le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je vous ai annoncé, dans ma dernière leçon sur le diabète, que je voulais saisir cette occasion pour vous entretenir de l'un des accidents les plus redoutables de cette maladie. Et de fait, dans un relevé fait par Frerichs, nous voyons sur 250 cas de mort par le diabète, le coma figurer à lui seul pour 153 cas. Vous voyez donc que, ne fut-ce que pour sa fréquence, cet accident mérite absolument d'être connu. Je vais, par conséquent, l'étudier avec vous en peu de mots, forcément, car son histoire n'est pas longue, lorsqu'on se place simplement au point de vue clinique.

On doit d'abord distinguer une forme normale, régulière et extrêmement nette qui donne au médecin le temps de se retourner. Il y a, dans cette forme, deux périodes qui ne se ressemblent pas du tout: une première où vous n'avez à constater que des phénomènes abdominaux, et une seconde qui est caractérisée par du coma. Les premiers symptômes sont des troubles digestifs qui, pendant un jour ou deux, peuvent très bien n'avoir rien de bien caractéristique, en ce sens que ce ne sont que des lenteurs dans la digestion. Après cela viennent des vomissements avec de la constipation, du météorisme, des douleurs dans l'abdomen, tantôt générales, tantôt localisées le plus souvent dans l'hypocondre droit. Bref, la phase abdominale ressemble au début d'une péritonite, sauf par un point qui à lui seul suffit pour éviter l'erreur, c'est l'abaissement de la température au dessous de la normale. A ces phénomènes s'ajoutent une dyspnée caractérisée par la profondeur des inspirations et un peu de cyanose aux extrémités. Puis, au bout de deux ou trois jours, le malade commence à ne plus se plaindre de son ventre, les vomissements diminuent et l'individu, après avoir été d'abord apathique, puis somnolent, entre dans le coma. La deuxième période, ainsi constituée, évolue, sachez-le bien, dans un espace de temps qui varie entre 24 et 48 heures au bout desquelles le malade meurt avec une température sous-normale de 36° à 35.5. Voilà la forme régulière et complète. En résumé, si vous prenez comme moyenne, trois jours pour la phase abdominale et un jour pour le coma, vous aurez la durée moyenne de cet état. Mais il faut savoir que le coma peut tuer en beaucoup

moins de temps, en 36 heures et même en 24 heures, et que, par conséquent, cette durée de quatre jours ne s'applique qu'aux cas les plus prolongés. J'ajouterai, en outre, que les malades qui tombent dans cet état, exhalent pour le plus grand nombre une odeur d'acétone.

Je dois vous signaler comme bien plus rare au point de vue clinique, une autre forme, tout à fait différente de la précédente, non pas pour l'aboutissant, le coma, mais pour l'absence de symptômes abdominaux et de dyspnée. Alors, de quoi sont-ils pris ces diabétiques? De phénomènes d'un tout autre ordre; de céphalalgie et de vertiges s'ils veulent se mettre debout. Maintenant, quand ils ont ainsi présenté pendant quelques heures ou une demi-journée au plus le tableau complet de l'ivresse, arrivent la somnolence, le coma et la mort. Telle est cette forme qui n'a de commun avec la première que la période terminale.

Je suis encore obligé, pour être complet, de vous parler d'une troisième, la plus rare de toutes. L'aboutissant est toujours le coma, mais les phénomènes qui le précèdent sont encore différents. Comme premier symptôme se montre un sentiment de fatigue extrême, voisin de l'impuissance; puis, en même temps qu'une diminution toujours croissante de la force du pouls, survient un refroidissement notable des extrémités et une teinte cyanique plus ou moins prononcée au visage et aux extrémités; enfin arrive la somnolence et le coma.

Voilà ce qu'est le coma diabétique cliniquement parlant! Que pouvons-nous ajouter pour achever la connaissance de cet état? Nous devons rechercher si cet état ne se manifeste pas dans certaines formes de diabète plutôt que dans d'autres. Eh bien, s'il n'y a pas grand'chose à vous dire à ce propos, le peu, cependant, offre une grande importance. Premièrement, vous noterez qu'il n'y a pas d'âge. En général, il est vrai, il s'agit de diabétiques déjà anciens, mais cela n'est pas constant. Chez un homme, par exemple, qui avait été emporté par un coma en sept heures, le diabète ne remontait qu'à une année. Il en est exactement de même pour la question de l'amaigrissement préalable. S'il est vrai qu'on a plus de chance de voir apparaître les accidents du coma chez les gens amaigris, il faut reconnaître que les diabétiques, en somme dans un bon état de nutrition, peuvent cependant être emportés par la même complication. En revanche, il y a, comme conditions occasionnelles, deux circonstances dont il faut que le médecin connaisse bien l'importance pour pouvoir conserver son malade. Dans la majorité des cas, les premiers phénomènes de cet accident suivent des fatigues excessives ou des écaris de régime. On peut encore examiner, lorsqu'on envisage ce groupe de coïncidences, s'il y a quelque rapport entre l'apparition du coma diabétique et l'abondance du sucre dans l'urine. Eh bien, je me hâte de vous le dire, il n'y a aucun parallélisme à

établir entre ces deux phénomènes. Bien plus, souvent on a constaté que c'était quand la quantité du sucre était tombée au minimum que l'altération en question était au maximum. Maintenant, d'après mon expérience personnelle, je vous dirai que la diminution de la polyurie au-dessous d'une moyenne en rapport avec le chiffre du sucre rendu par le malade est un indice de l'explosion des accidents comateux.

Voilà pour les conditions étiologiques ! De la terminaison, je ne vous en parlerai pas, puisqu'on ne connaît pas un seul individu qui ait échappé à la mort.

Y a-t-il des lésions particulières chez les malades qui meurent ainsi ? Parmi celles qui ont fait grand bruit, il y en a qui ne méritent aucune attention parce qu'elles ne sont pas propres au coma diabétique. Je fais allusion aux lésions rénales qui consistent surtout dans des altérations des tubes contournés de l'écorce.

Voilà au point de vue clinique et anatomique ce que j'avais à vous dire du coma diabétique. Il me reste à vous parler du traitement. Pour ma part, voici ce que je donne : des évacuants alcalins et des inhalations d'oxygène. Mais, une fois le coma arrivé, rien ne peut faire.

Je vous ai dit, au commencement de cette leçon, que le plus grand nombre de ces malades exhalaient l'odeur de l'acétone. Naturellement, de ce fait, on a conclu que ces accidents mortels résulteraient d'un empoisonnement par l'acétone. Eh bien, cette théorie peut-elle être soutenue ? Non, d'abord, parce que l'acétonurie n'est pas constante chez les diabétiques qui n'ont pas de coma, et enfin parce que cet état existe très fréquemment en dehors du diabète. Il est encore un autre point de contradiction irréfutable : c'est que l'acétone donné par la bouche à la dose de 25, 30, 35 et même 40 gram. par jour à un être humain n'a jamais produit d'accidents toxiques.

Comme terminaison à cet entretien, je vous indiquerai les caractères avec lesquels il est possible de reconnaître l'acétone dans l'urine. Étant donné une urine contenant de l'acétone vous aurez :

1° En l'additionnant d'une solution d'iodure de potassium et l'iode et en ajoutant de la potasse, un dégagement d'iodoforme reconnaissable à l'odeur.

2° Avec une solution de fuchsine décolorée par un courant d'acide sulfureux, une couleur comparable à celle de la solution primitive de fuchsine.

3° Avec le chlorure d'or et un peu de potasse, une coloration noire très prononcée.

4° Avec une solution de nitro-prussiate de soude et un peu de potasse, une coloration d'un rouge pourpre.—*Praticien.*

De l'action de quelques médicaments contre l'albuminurie, par M. Robert SAUNDBY.—Dans ces essais, cet observateur dosait l'albumine par la méthode d'Esbach. Il prescrivait les alcalins à la dose quotidienne d'une bouteille d'eau de Vichy, ou 10 centigrammes de bitartrate de potasse. De plus, il employait le citrate de lithine, les bicarbonates de potasse ou de soude et le benzoate de soude. Sous l'influence de cette médication, l'albumine diminuait dans la proportion de 88 à 21 grains, de 223 à 64 grains et de 52 à 48 grains, suivant les malades.

Le tartrate de soude en abaisse la quantité de 198 à 150 grains et de 165 à 96 grains dans les formes chroniques, et de 22 à 11 dans la forme aiguë.

La nitro-glycérine n'a donné de résultats manifestes que dans un cas aigu où le chiffre de l'albumine diminua dans le rapport de 26 à 11.

La fuchisine a échoué, contrairement aux mérites qu'on lui attribue: la quantité d'albumine éliminée par les urines a augmenté.

La digitale, la caféine, le strophanthus, le sulfate de spartéine, les sels de fer, possèdent une semblable action. La terpine et l'apocynum en ont tantôt augmenté, tantôt diminué la quantité. La térébenthine, essayée sans succès, a parfois provoqué l'hématurie.

Le bichlorure de mercure a échoué; les purgatifs et les diaphorétiques si utiles dans la maladie de Bright, ne modifient pas la quantité d'albumine contenue dans les urines. Enfin, M. Saundby déclare qu'on a exagéré les dangers de la prolongation de l'albuminurie pendant longtemps.—*British Medical Journal*.

De la pleurésie purulente latente et de son traitement.—*Société médicale des hôpitaux*.—M. DEBOVE rappelle qu'on désigne sous le nom de pleurésies latentes, des pleurésies à épanchement ordinairement considérable, apyrétiques, n'occasionnant que la dyspnée, et compatibles avec un état général satisfaisant. Les signes de la pleurésie sont tellement éteints que, suivant M. Peter, il s'agirait alors d'un hydrothorax.

La pleurésie purulente peut également être latente, c'est-à-dire provoquer peu de symptômes généraux. Elle est presque apyrétique et permet une longue survie. M. Debove en rapporte un cas, concernant un homme de 30 ans, admis dans son service en février 1884; il était malade depuis six mois; sa santé avait été bonne jusque-là, quand peu à peu il sentit ses forces décliner, et cracha quelques filets de sang; mais jamais il ne dut garder le lit, ni même interrompre son travail avant son entrée à l'hôpital. On constate alors qu'il est apyrétique, un peu amaigri, et qu'il présente, à une certaine pâleur près, l'apparence d'une bonne santé; il n'y a pas même d'anhélation lorsqu'on l'observe au repos. L'ex-

amen du thorax révèle l'existence d'un épanchement considérable du côté gauche. Le diagnostic pleurésie latente est posé. On fait la thoracentèse, et l'on retire un litre d'un liquide séro-purulent. Il restait bien deux litres de liquide dans la plèvre; suivant son habitude, M. Debove n'avait pas enlevé la totalité de l'épanchement.

Il est important de noter que la purulence s'est produite d'emblée, avant toute thoracentèse. Pour dire vrai, la purulence, légère au moment de la première ponction, avait un peu augmenté au moment de la seconde ponction, deux mois plus tard.

Dans l'année 1884, on fit quatre ponctions; chaque fois l'épanchement s'est reproduit; M. Debove se lassa et depuis dix-huit mois, il s'est abstenu de tout traitement.

Voici aujourd'hui l'état du malade: il y a un épanchement thoracique gauche très abondant, de trois litres environ. La pointe du cœur bat au niveau de la pointe du sternum, retenue qu'elle est par l'insertion du péricarde sur le diaphragme, mais la base du cœur a été rejetée à droite, et l'on sent un frémissement synchrone aux contractions cardiaques, qui se perçoit très nettement dans toute la région sous-mammaire droite. La fièvre est très peu marquée: 37 degrés le matin, 37.6 degrés le soir, rarement 38°. Le malade se promène toute la journée et travaille volontairement en aidant les infirmiers à faire le service des salles. Le liquide de l'épanchement est opaque, mais un peu épais; on y trouve les microcoques observés en pareils cas, mais beaucoup moins nombreux que d'habitude. Il n'y a aucun signe de tuberculose.

Le pronostic paraît très grave, mais il n'y a pas de moyen curatif, et l'on ne peut que pallier les accidents par des ponctions successives. Serait-il possible de pratiquer l'empyème? M. Debove ne le croit pas, et se base pour le soutenir sur deux faits analogues qu'il a observés et dans lesquels l'intervention chirurgicale a, suivant lui, accéléré la mort.

La première observation est celle d'un homme de 30 ans, à Bicêtre, en 1882. L'année précédente, il avait été pris d'une pleurésie aiguë, qui fut ponctionnée deux fois au dire du malade; la première fois le liquide aurait été clair, la seconde fois purulent. A son entrée dans le service, on constatait un épanchement purulent du côté droit; le pus était bien lié, sans caractère spécial; malgré l'abondance de la collection purulente, la température ne dépassait pas, le soir, 37°5. On pratiqua l'empyème le 9 novembre; il s'écoula trois litres de pus; les précautions antiseptiques les plus minutieuses furent prises. On fit un seul lavage, il n'y eût ni fièvre, ni aucune mauvaise odeur des sécrétions d'ailleurs peu abondantes; mais le poumon n'avait aucune tendance à se dilater pour remplir la cage thoracique, et le 17 janvier une opération d'Estlander fut pratiquée par un chirurgien des hôpitaux. Le

malade mourut quelques heures après l'opération. L'autopsie montra le poumon réduit à une sorte de moignon rétracté vers le hile, perdu au milieu des fausses membranes. Dans de telles conditions, l'accolement des deux parois pleurales était tout à fait impossible.

La seconde observation concerne un homme entré à l'hôpital en mars 1885, avec tous les signes d'un épanchement pleurétique abondant. Il avait déjà subi deux ponctions l'année précédente, à l'hôpital Saint-Antoine; trois litres la première fois, un litre la seconde; le liquide était transparent. Il se croyait guéri, lorsqu'au mois de novembre 1884, il fut pris de toux, dyspnée, douleur dans le côté droit, tous phénomènes qui, s'aggravant, l'obligèrent à entrer à l'hôpital. L'apparence du malade était alors assez bonne, il n'était pas amaigri, sa face était colorée; la température ne dépassait jamais 37°8. L'exploration physique du thorax fit reconnaître un épanchement énorme du côté droit; une ponction exploratrice montra que cette pleurésie était purulente. L'empyème, pratiqué le 5 mars, donna neuf litres de pus; on ne connaît pas d'exemple d'épanchement aussi abondant. L'autopsie fut aussi rigoureuse que possible. L'état général du malade resta satisfaisant, sans fièvre, jusqu'à la fin de novembre; il n'y eut que de petites poussées fébriles qui disparaissaient par un lavage avec des solutions faibles de bichlorure de mercure. Mais il n'y avait aucune tendance à l'accolement des parois pleurales. Une opération d'Eslander fut faite dans les conditions voulues de soin et d'habileté chirurgicale; le malade succomba quelques jours après.

M. Debove tire de ces deux cas l'enseignement que le traitement doit être seulement palliatif: des ponctions s'il y a menace d'asphyxie, mais pas de pleurotomie.

En Allemagne cependant, à l'heure actuelle, personne ne fait la moindre réserve sur la pleurésie purulente: il semble que partout où il y a du pus on doive l'évacuer, et que ce soit là un axiome qui ne puisse soulever aucune discussion.

M. Debove ne songe pas à nier le bénéfice de la méthode antiseptique, car il a publié en juillet 1883, le premier fait observé en France d'empyème antiseptique, avec un seul lavage. Le résultat fut merveilleux, la pleurésie purulente fut complètement guérie en vingt et un jours. Plusieurs faits du même genre lui firent croire que la pleurotomie pouvait être appliquée à des épanchements purulents considérables à marche chronique, malgré le peu de tendance du poumon à revenir sur lui-même en pareil cas. Mais après les insuccès qu'il a eu depuis lors, il n'opérera plus les malades atteints d'une pleurésie purulente à épanchement considérable.

M. GUYOT est d'avis que si le poumon se dilate, au moins en partie, après l'évacuation de l'épanchement, il serait utile de prati-

quer l'empyème. Il a opéré autrefois un malade pour une pleurésie purulente datant de dix-huit mois, et ce malade a guéri; dix ans après, il conservait une petite fistule, mais se trouvait dans un état très satisfaisant. M. Debove pourrait, sur son malade, faire au préalable une évacuation plus abondante et s'assurer du degré de perméabilité possible du poumon.

M. RENDU fait remarquer que les deux échecs rapportés par M. Debove sont consécutifs à l'opération d'Estlander. Les malades auraient peut-être survécu, même au prix d'une fistule, après une simple incision d'empyème. Une fistule ne donne-t-elle pas autant de chance de survie qu'un épanchement purulent considérable dans la plèvre?

M. RENDU a conseillé l'opération d'Estlander à un malade qui était, à la suite de l'empyème, dans un état satisfaisant, mais conservait une fistule pleurale; le malade n'a pas tardé à succomber.

M. BUCQUOY dit qu'en présence d'un malade comme celui de M. Debove, l'empyème donne une survie plus longue que l'abstention. On peut commencer par obtenir, au moyen de ponctions successives, jusqu'à quinze ou vingt, une dilatation assez marquée du poumon rétréci pour diminuer très notablement la cavité pleurale. A ce moment, l'empyème permet d'achever la guérison.

M. DEBOVE objecte que si la pleurésie purulente tend manifestement à guérir par ces ponctions répétées, il serait préférable de s'en tenir à ce mode d'intervention sans recourir à l'empyème.

M. DUMONTPALIER admet l'utilité des ponctions successives; mais pense qu'après la troisième ou la quatrième il faut faire l'empyème, surtout si l'épanchement devient fétide. Pour savoir si le poumon peut se dilater, il vaut mieux, au lieu de l'aspirateur, employer le trocart à baudruche de Reybard; la quantité de liquide qui s'écoule dans ce cas donne la mesure de la perméabilité du poumon, puisque c'est d'elle que dépend l'évacuation de l'épanchement.

M. FÉRÉOL — Il est évident que, dans le cas de pleurésie purulente avec fièvre et accidents menaçants, on n'hésitera pas à faire l'empyème; mais quand il s'agit de pleurésie latente, comme chez le malade de M. Debove, il y a lieu d'hésiter sur le parti à prendre. M. Féréol a vu autrefois, à la maison Dubois, un malade atteint de pleurésie purulente latente et qui venait tous les trois ou quatre mois réclamer la ponction; dans les intervalles il vaquait à ses occupations et semblait jouir d'une bonne santé. En pareil cas, M. Féréol, comme autrefois Guéneau de Mussy, partage l'avis de M. Debove, et croit qu'il vaut mieux ne pas pratiquer l'empyème et se contenter de soulager le malade par des ponctions. — *Praticien.*

Diagnostic du cancer de l'estomac par l'examen chimique des sécrétions de cet organe, par M. le Dr DEBOVE.—Le diagnostic du cancer de l'estomac est entouré parfois de grandes difficultés; nous avons tous fait, à l'occasion de cette maladie, des erreurs de diagnostic; aussi tout nouveau signe qui peut contribuer à résoudre ce problème clinique doit-il être accueilli avec faveur. Dans ces dernières années, il s'est publié en Allemagne de très nombreux travaux tendant à démontrer l'absence d'acide chlorhydrique libre, pendant la période digestive, chez les sujets atteints d'une affection épithéliale de l'estomac. Ces travaux n'ont pas attiré l'attention des auteurs français, à l'exception de M. Dujardin-Beaumetz qui les a signalés sans d'ailleurs produire aucun fait qui puisse les confirmer ou les infirmer.

Si je vous entretiens aujourd'hui de ce sujet, c'est que mes recherches personnelles m'ont donné des résultats identiques à ceux annoncés par les auteurs allemands. J'ai examiné des types très divers d'affections de l'estomac, gastrites, ulcères, dyspepsies, dilatations, cancers, etc. Toutes les fois que cet examen a été pratiqué pendant la période digestive, j'ai trouvé de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique seul quand il s'agit d'une maladie non cancéreuse, l'acide chlorhydrique n'existait jamais dans le cas de cancer. Je sais que cette règle souffre des exceptions, mais jusqu'à présent je n'en ai pas rencontré, ce qui montre que ces exceptions sont peu fréquentes.

Je mets sous vos yeux aujourd'hui un malade présentant un type clinique tout à fait anormal de cancer de l'estomac, et chez lequel l'absence d'acide chlorhydrique libre m'a permis de faire un diagnostic impossible par tout autre moyen. Voici son histoire:

Le nommé F... est âgé de trente-quatre ans; il a été successivement maçon, soldat du génie, garçon de bureau, jouissant toujours d'une bonne santé jusqu'au commencement de cette année. En février 1886, il commença à éprouver une faiblesse générale, quelques douleurs dans le ventre, et son appétit diminua. Au mois d'avril, il ressentit une gêne douloureuse dans la région de l'épigastre. Vers le mois de mai, il fut pris de vomissements qui persistent depuis cette époque, et sont formés de matières alimentaires ou glaireuses. Le régime lacté, d'abord bien supporté, l'est ensuite très mal, et F... entre dans mon service le 18 septembre.

Le diagnostic de cancer de l'estomac ne pouvait guère être posé chez un malade qui n'avait pas de tumeur épigastrique, n'avait jamais eu de sang, ni dans les vomissements, ni dans les garde-robes, et, malgré un amaigrissement notable, n'avait nullement l'aspect cachectique. On essaya le lavage de l'estomac,

l'alimentation artificielle, les alcalins à haute dose, les régimes alimentaires les plus variés. Rien ne put mettre un terme aux accidents.

Faisant à cette époque la recherche des acides libres chez tous les malades atteints d'affection de l'estomac, nous fûmes frappés de cette circonstance que, chez cet homme, jamais le contenu stomacal ne présenta d'acide chlorhydrique, mais toujours de l'acide lactique. Nous suivîmes dès lors la marche de l'affection avec un plus vif intérêt, bien désireux de savoir si la règle établie serait infirmée. Or, dans les premiers jours de décembre, on sentait un léger empatement dans la région épigastrique. Aujourd'hui, 24 décembre, nous percevons de la façon la plus nette, dans la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un petit œuf, et le diagnostic de cancer nous paraît incontestable.

Cette observation nous a paru digne de vous être présentée, parce qu'elle montre bien l'importance de la recherche des acides de l'estomac. Espérons que, d'ici à peu de temps, l'expérience de nos collègues nous fixera sur la valeur définitive de ce signe diagnostique.

Les recherches en question n'étant pas encore vulgarisées en France, je signalerai brièvement le procédé employé en Allemagne et les réactions qui m'ont paru les plus faciles à appliquer cliniquement. On examine le liquide de l'estomac préalablement filtré aussi rapidement que possible. Pour la recherche de l'acide chlorhydrique, on emploie le violet de gentiane et l'orangé Poirier; pour celle de l'acide lactique, le perchlorure de fer et un mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique.

Le violet de gentiane (au 1/5000e) donne une coloration bleue en présence des solutions étendues d'acide chlorhydrique.

L'orangé Poirier No 1 (indiqué par M. Dujardin-Beaumetz), en solution saturée dans l'eau, donne une coloration rouge en présence de l'acide chlorhydrique.

Sous l'influence de l'acide lactique, le perchlorure de fer (solution du *Codex*) donne une coloration jaune; le mélange de 3 gouttes de perchlorure de fer et 10 gouttes d'une solution aqueuse sursaturée d'acide phénique passe du bleu améthyste au jaune.—*Gazette médicale et pharmaceutique de France.*

Traitement de l'insomnie.—Quand l'insomnie reconnaît pour cause une douleur quelconque, l'opium est le meilleur remède à administrer; le chloral est indiqué quand il y a augmentation de la tension artérielle; si l'insomnie est due à quelque irritation périphérique, on prescrit les bromures.—*Péoria Medical Monthly.*

CHIRURGIE.

De la fracture oblique du tibia.—Clinique de M. le docteur TILLAUX, à l'Hôtel-Dieu. — Aujourd'hui, je désire appeler votre attention sur un certain nombre de malades que le hasard a amenés dans notre service. Il s'agit de quatre individus qui, tous, ont à la partie inférieure de la jambe une fracture avec un fragment supérieur et interne assez saillant sous une peau sans lésions, sauf pour deux. En résumé, ces blessés, dont le premier est couché au numéro 23 de la salle Saint-Côme, le second au 19, le troisième au 16 et le dernier au 6, sont à l'hôpital pour une fracture que l'on peut qualifier d'indirecte. Qu'avons-nous donc trouvé à l'examen de ces malades? Ceci, puisque les fractures indirectes sont soumises à des lois tellement précises qu'elles se ressemblent toutes à peu de chose près: au tiers inférieur de la jambe une fracture oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, de façon que le fragment supérieur tendait à se porter en dedans et en avant et le fragment inférieur en dehors et en arrière. Et maintenant, quelle forme ont ces fragments? C'est là un point très curieux qui a été étudié d'abord par Gerdy, puis par Gosselin. Le résultat de ces recherches a été de nous montrer que chacun des fragments ressemblait à un V. Y a-t-il encore autre chose? Oui. Nous n'avons plus depuis l'emploi des pansements antiseptiques l'occasion d'examiner ces fractures, mais autrefois, où beaucoup de ces malades mouraient d'infection purulente, nous constatons, à la condition qu'on ait bien enlevé le périoste par le grattage, sur le fragment inférieur, à partir de l'angle rentrant du V, une fissure qui, après un trajet plus ou moins oblique, se terminait à l'articulation tibio-tarsienne.

Voilà, il y a quelques années, où en était la question de ces fractures si graves que j'ai entendu, à la Société de chirurgie, discuter à quel moment il était préférable de faire l'amputation de la jambe pour éviter les accidents d'infection purulente; Gosselin, qui les avait nommées fractures en V à cause de leur forme, n'avait jamais pu, toutes les fois qu'il avait essayé de reproduire expérimentalement ce genre de fractures, y arriver. C'est alors qu'en présence de ces insuccès, nous nous mîmes à l'œuvre, M. Leriche, mon préparateur à Clamart, et moi. Avant de vous communiquer le résultat de nos expériences, posons d'abord comme un principe que, quand on veut rompre un bâton ou un tibia, on ne peut y arriver que de deux façons, soit par flexion, soit par torsion. Ainsi, si vous prenez un tibia par ses deux

extrémités, et si vous exercez un fort mouvement de flexion, il est certain que vous arriverez à le fracturer. Or, dans ce cas, la fracture est indirecte et toujours transversale. Comme exemple, je vous citerai le cas de cet homme qui, en descendant d'une échelle, glisse et tombe à la renverse de telle sorte que l'extrémité inférieure de sa jambe droite vient s'appuyer sur l'échelon supérieur et l'extrémité supérieure sur le barreau inférieur. Qu'au contraire, on vienne à immobiliser l'une des extrémités du tibia, et que, saisissant l'autre, on lui imprime un mouvement de torsion, il se produira encore une fracture dans le point le moins résistant. Où est donc ce point ? A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, puisque d'une part le tibia ressemble à deux cônes tronqués réunis par leur sommet, et que, d'autre part, son tissu est homogène dans toute son étendue. Ajoutez à cela, qu'après de nombreuses expériences, nous eûmes la satisfaction de constater qu'on produisait toujours par ce mouvement de torsion une fracture oblique avec fissure hélicoïde, et vous saurez pour quelle raison nos quatre malades sont tous atteints au même niveau.

Au surplus, voyez comment cette fracture, à laquelle j'ai donné le nom de fracture par torsion, à cause du mécanisme de sa production, se produit naturellement ; le sujet, qu'il marche ou qu'il se dispose à partir, tombe immédiatement après avoir imprimé un violent mouvement de rotation à son corps au moment où l'un de ses pieds reposait fortement sur le sol ou était maintenu par un corps étranger quelconque, deux pavés par exemple. Et cela est si vrai que j'ai pris en quelque sorte la nature sur le fait. Voici, en deux mots, l'histoire : un homme, porteur d'une charge de cent kilogrammes, avait senti, son pied étant maintenu, dans la jambe qui lui servait d'axe de rotation, un fort craquement qui le força à s'arrêter, à se faire décharger, ôter sa botte et amener à l'hôpital où, à notre grand étonnement, nous constatâmes l'existence d'une fracture oblique du tibia sans aucune solution de continuité du péroné. Cette observation si remarquable m'amène à vous parler d'un petit détail que j'avais oublié. Quand il s'agit d'une fracture directe du tibia, le péroné, s'il est intéressé, l'est toujours à l'endroit où a porté la cause, mais, dans les cas contraires, d'après l'expérience, la fracture du péroné siège toujours à une distance au dessus de celle du tibia.

Reste à expliquer le mécanisme de la fissure. Gosselin avait cru qu'elle était due à la pression que le V saillant exerce sur le V rentrant. Mais cela est impossible pour deux raisons : d'abord, comment expliquer, si cela était, que la pointe du V ne s'ébrèche jamais. Ensuite, avec nos fractures expérimentales par simple torsion sans aucune pression, nous avons toujours eu un écartement qui résultait de la pression exercée par le fragment supérieur sur l'un des bords, droit ou gauche, du V rentrant.

Et maintenant, que faire, en présence d'une pareille fracture ?

Quant à moi, voici ma conduite : mettre immédiatement un appareil inamovible à attelles plâtrées. Mais, me direz-vous, ne serait-il pas préférable d'attendre le gonflement. Non, attendu que je ne mets pas un appareil circulaire.

Un mot, maintenant, sur la malade à laquelle nous allons pratiquer l'amputation du bras. C'est une femme de 46 ans qui, à l'âge de 11 ans, par conséquent il y a 35 ans, s'est brûlée une partie de l'avant-bras droit avec de l'essence minérale en voulant allumer sa lampe. Ce cas présente un grand intérêt parce qu'il nous montre la transformation d'une cicatrice ancienne en un épithélioma. Et, de fait, aujourd'hui, sur la face externe de l'avant-bras, existe une véritable ulcération sur la nature de laquelle nous ne pouvons malheureusement pas avoir l'ombre d'un doute. Malgré que sa main remue, il m'est cependant impossible de tenter l'extirpation locale parce que la masse épithéliale adhère aux tendons. De plus, au niveau du cubitus, il existe aussi un commencement d'adhérence avec le périoste et peut être avec l'os. Quant à la désarticulation du coude, il ne faut pas y penser, car ce ne serait pas sage de prendre dans un lambeau une partie de la cicatrice. En conséquence, je ferai l'amputation du bras par la méthode circulaire. Voici le procédé : en premier lieu faire une incision circulaire comprenant la peau, la couche cellulo-graisseuse et l'aponévrose à trois travers de doigts au-dessous du point à amputer, puis diviser avec le couteau toutes les fibres musculaires, et, dans un troisième temps, détacher le périoste et sectionner l'humérus.—*Praticien.*

Quelques réflexions sur l'arthrite blennorrhagique, par le Dr A. BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.—L'on voit quelquefois, pendant le cours d'une blennorrhagie, survenir tout-à-coup des accidents arthritiques plus ou moins aigus dans les jointures, du genou surtout, plus rarement du coude, etc.

- Pendant longtemps, on a admis qu'il y avait là ce que l'on appelait une *métastase* ; que, l'on ne savait pourquoi, l'inflammation passait subitement de la muqueuse uréthrale à la synoviale articulaire, et qu'au moment où l'arthrite s'établissait, l'écoulement blennorrhagique cessait de se produire. Cette doctrine ancienne trouve encore quelques défenseurs, mais elle ne saurait, pour nous, avoir la moindre valeur. Et cependant, le fait d'arthrites survenues dans le cours de blennorrhagies est indéniable. Mais sont-elles d'essence gonorrhéique ? Existe-t-il un microbe spécial à la chaudepisse et le microbe est-il capable de se généraliser dans l'économie ? On a décrit un *gonococcus* spécifique de la gonorrhée, on dit l'avoir retrouvé dans le pus des ophthalmies dites *blennorrhagiques* tout aussi bien que dans les liquides séro-purulents retirés des arthrites attribuées à la même origine.

Mais d'abord, tout le monde sait que la plus grande partie des blennorrhagies sont d'origine non virulente, et d'autre part le gonococcus ressemble beaucoup aux microbes que l'on rencontre dans toutes les suppurations même les plus bénignes. Comment alors admettre que le transport de cet élément, nocif rarement, dépourvu de virulence dans la majorité des cas, puisse être cause d'une arthrite spécifique? Au moins faudrait-il admettre que, dans ce que l'on appelle les blennorrhagies, il en est d'infectieuses et d'autres qui ne le sont pas. Si, en effet, à l'exemple de l'école syphiliographique actuelle, on voulait conclure à la spécificité de l'arthrite blennorrhagique; faudrait-il pouvoir démontrer que le malade qui en est atteint a été infecté par un pus virulent, tandis que la quantité énorme de gonorrhéiques chez lesquels jamais il ne s'est développé d'arthrites ont dû leurs chaudepissées à des causes non virulentes.

Un fait digne de remarque, c'est la manière dont toujours réagit la muqueuse urétrale contre une irritation traumatique ou autre; le passage d'une sonde dans un canal, même sain, détermine souvent des accès de fièvre violents, pourquoi une irritation persistante de la même muqueuse ne déterminerait-elle pas des accidents inflammatoires plus ou moins aigus dans des régions où, par suite de l'âge du sujet et des phénomènes évolutifs qui se produisent à ce niveau, il existe une suractivité nutritive et un point de moindre résistance? Or, c'est sur les sujets arrivés à peire au terme de leur croissance, ou encore chez des sujets de tempérament strumeux que s'observent surtout les arthrites blennorrhagiques. Quand, sur des sujets qui se trouvent dans des conditions générales de cette nature, survient un traumatisme articulaire, rien d'étonnant à ce que l'arthrite ne se développe rapidement, alors qu'à cet état général vient s'ajouter une inflammation urétrale.

Il est, en effet, bien constaté aujourd'hui que l'apparition de l'arthrite ne coïncide nullement avec la disparition de l'écoulement.

Quoi qu'il en soit de cette question fort obscure encore de pathologie générale, et sans rien préjuger de ce que nous enseigneront les cultures et les expérimentations ultérieures, lorsque dans le cours d'une blennorrhagie survient tout-à-coup un état fébrile plus ou moins intense, lorsque des douleurs, sourdes d'abord, plus aiguës ensuite, surviennent au pourtour d'une jointure. l'on rattache d'ordinaire l'affection articulaire à la gonorrhée.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

L'infiltration urineuse: mécanisme, anatomie pathologique, symptômes, pronostic et traitement, par le Dr Henri PICARD.—Pour que l'infiltration d'urine se produise, il faut que l'urètre soit rompu par l'urine faisant effort pour passer au travers d'un rétrécissement trop étroit.

L'infiltration urineuse consécutive à un traumatisme se compliquant d'épanchement sanguin se présentant avec des caractères spéciaux, nous la laisserons de côté, ne nous occupant que de celle qui complique les rétrécissements.

Pour en comprendre le *mécanisme*, d'ailleurs fort simple, il faut considérer le rétrécissement, la vessie, la partie de l'urèthre qui les joint l'un à l'autre. Un *rétrécissement* confirmé devient d'autant plus étroit qu'il est plus ancien, parce que le tissu fibreux qui le constitue s'organisant chaque jour davantage, se serre de plus en plus et atrophie le tissu normal de l'urèthre qu'il fait disparaître. De son côté, la *vessie* rencontrant, pour expulser l'urine, un obstacle dont la résistance augmente tous les jours, se contracte avec d'autant plus d'énergie qu'elle éprouve plus de difficulté à le surmonter; d'où résulte une hypertrophie de sa couche musculaire proportionnelle à l'étroitesse de la stricture. Mais, chose facile à comprendre, la portion de l'urèthre qui réunit la puissance qui résiste, c'est-à-dire le rétrécissement, à celle qui fait effort, la vessie, subit l'influence de ces deux forces opposées. Sa paroi inférieure se dilate sous la pression du flot urinaire, d'où les poches urineuses, et s'enflamme ensuite, comme on va le voir. En effet, après chaque miction, une petite quantité d'urine reste derrière le point rétréci; la preuve, c'est que quelques minutes après avoir remis la verge dans son pantalon, le malade se sent mouillé par le liquide qui en sort. Or, cette urine stagnante s'altère, desquame la muqueuse qui tapisse la poche, et l'enflamme. Sous l'influence de cette inflammation, cette muqueuse se ramollit, devient velvétique, fongueuse, et, par suite, friable et très facile à déchirer. Que les choses étant à ce point, le malade se livre à un excès quelconque, qu'il subisse un refroidissement, qu'il reste simplement longtemps assis, le rétrécissement va, pour ainsi dire, se boucher par suite d'un gonflement, suivant les uns, d'un spasme, suivant les autres, peut-être d'un simple bouchon épithélio-purulent. L'urine ne pouvant, dès lors, sortir que goutte à goutte, quelquefois même pas du tout, le malade se livre à des efforts d'autant plus énergiques qu'il est plus jeune, plus vigoureux, et doté d'une vessie plus hypertrophiée. Si, sous l'influence de la pression, le rétrécissement s'entr'ouvre, l'urine s'écoule et le malade est guéri. Dans le cas contraire, c'est la partie de l'urèthre située immédiatement en arrière du rétrécissement qui cède, parce qu'elle est la plus faible; elle se rompt, et l'urine passant par la rupture, l'infiltration est accomplie.

La longueur, la forme, la situation de la rupture, l'état des parties infiltrées, la marche de l'infiltration vont nous être fournis par l'*anatomie pathologique*. La rupture n'est pas transversale, comme on pourrait le croire, mais allongée d'avant en arrière, longue d'un demi-centimètre à un centimètre et demi, rarement

plus. Ordinairement large de trois à quatre millimètres, l'ouverture est, dans quelques cas très rares, énorme, parce que la rupture a amené une perte de substance qu'on a vu quelquefois entraîner la disparition complète du tissu cicatriciel formant le rétrécissement. Ses bords sont épais, irréguliers et souvent déchiquetés. La muqueuse circonvoisine est grise, noirâtre, ramollie, parfois détruite. La déchirure donne entrée dans un foyer anfractueux rempli d'un pus brunâtre, d'odeur urineuse et mélangé à des lambeaux de tissu cellulaire sphacéié. Ce n'est pas sur la ligne médiane, ni même directement sur la paroi inférieure de l'urèthre qu'a lieu la rupture, mais sur les côtés, là où le canal n'est plus renforcé par les corps caverneux.

Quant à la marche que suit l'urine au travers des tissus, il faut, pour s'en rendre compte, avoir présente à l'esprit la disposition des aponévroses du périnée. Enlevons donc, par la pensée, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de cette région, nous trouverons l'aponévrose superficielle qui s'insère à la lèvre externe des branches ascendantes de l'ischion et descendantes du pubis. En arrière, cette aponévrose se réfléchit derrière les muscles transverses pour s'unir au feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne; en avant, elle va se perdre sur l'enveloppe propre de la verge, dont elle a longé la paroi inférieure. L'aponévrose superficielle enlevée découvre les muscles transverses du périnée, bulbo-caverneux recouvrant le bulbe et ischio-caverneux les corps caverneux. Si nous enlevons ces muscles à leur tour, nous arrivons sur l'aponévrose moyenne (ligament de Carcassonne ou triangulaire) qui s'insère sur les côtés à la lèvre interne des branches ascendantes de l'ischion et descendantes du pubis, en avant à l'angle pubien, et dont en arrière le feuillet inférieur va s'unir derrière les muscles transverses, à l'aponévrose superficielle. On voit donc que les deux aponévroses superficielle et moyenne limitent une loge (loge inférieure du périnée) fermée en arrière, du côté du rectum, ouverte en avant, du côté de la verge. D'un autre côté, presque tous les rétrécissements d'origine inflammatoire ou traumatique siègent au niveau du bulbe qui est contenu, nous l'avons vu, dans la loge inférieure que nous venons d'étudier. Or, la rupture ayant presque toujours lieu immédiatement en arrière du rétrécissement, il en résulte que l'infiltration se fait presque toujours en avant de l'aponévrose moyenne dans la loge inférieure du périnée. L'urine ne pourra donc pas se répandre en arrière, grâce à la jonction des deux aponévroses, tandis qu'en avant rien n'arrêtera sa marche. Et, en effet, elle envahit le périnée et la verge qui se gonflent énormément. Arrivée à l'extrémité de ce dernier organe, elle suit un chemin rétrograde, inonde le tissu cellulaire des bourses, gagne celui du pubis, de la paroi abdominale, des parois latérales de la poitrine et monte quelquefois jusqu'aux omoplates et aux aisselles. La partie supé-

rière des cuisses est souvent préservée par l'adhérence de la peau au ligament de Fallope. Cependant, quand la paroi abdominale est largement envahie, on voit l'urine doubler l'épine iliaque antérieure et supérieure des cuisses. Une fois là, rien ne l'empêche de descendre jusqu'aux genoux. Toutefois, la marche que nous venons de décrire n'est pas absolue. L'urètre, en effet, dans quelques cas très rares, se rompt au niveau des bourses et de la portion libre de la verge. Le gonflement de ces organes est alors beaucoup plus rapide que dans le cas précédent et le périnée étant généralement épargné, les désordres sont d'ordinaire moins graves. D'un autre côté, quand l'infiltration est lente, elle frappe de gangrène le tissu fibreux lui-même, en sorte qu'il ne peut s'opposer à son passage et que, dès lors, l'infiltration n'a plus une marche aussi régulière.

Les individus atteints d'infiltration urineuse présentent des *symptômes subjectifs et objectifs*. Jeunes, en général, parce que les rétrécissements, cause de la rupture, sont ordinairement le triste privilège de la jeunesse et de l'âge mûr, ils vous racontent qu'éprouvant depuis longtemps des difficultés plus ou moins grandes pour uriner, ils ont été pris, à la suite d'une des causes occasionnelles énumérées plus haut, d'une rétention complète, et que sous l'influence des efforts pour satisfaire leur besoin, ils ont vu leur ventre s'affaisser, et éprouvé une sensation de déchirure et un soulagement immédiat sans avoir rendu d'urine. Quelquefois un frisson assez léger annonce l'irruption de l'urine dans les tissus; mais souvent aux efforts et aux angoisses de tout à l'heure a succédé un calme tel que le malade a pu parfois s'endormir, sommeil trompeur auquel le praticien ne se laissera pas prendre. Du reste, ce bien-être succédant à l'agitation du début n'est pas de longue durée. Un frisson beaucoup plus intense que le premier fait trembler le malade qui est glacé et qu'on ne parvient à réchauffer qu'avec les plus grandes difficultés. La coloration du visage, la céphalalgie annoncent la réaction et la fin de la crise qui se juge par des sueurs profuses et d'odeur urineuse. S'il n'y a pas intervention, la gangrène amène l'adynamie, précurseur de la mort. Au bout de quelques jours, la fièvre, devenue continue, se caractérise par une suite de frissons plus rapprochés et moins accentués, paraissant dépendre bien plus du phlegmon diffus que de l'empoisonnement urineux. On doit alors craindre la pyohémie. Avec ces symptômes subjectifs et généraux, on observe des symptômes locaux tout-à-fait caractéristiques. C'est d'abord une tumeur périnéale aplatie, transversale ou longitudinale, empiétant sur les bourses qui peuvent elles-mêmes devenir grosses comme la tête d'un fœtus à terme ou d'un adulte. La verge et le prépuce sont œdématisés, les aines, le pubis et la partie supérieure des cuisses tendus et gonflés. Il existe alors un œdème, analogue à celui de l'anasarque, mou, non douloureux à la pression, dont il garde l'empreinte, et une fluctuation pro-

fonue facile à sentir par la palpation. Bientôt la peau, qui avait conservé sa coloration normale, s'enflamme, rougit, devient dure et douloureuse. Ensuite elle se couvre, par place, de taches rouge-pâle, puis cuivrées et enfin noirâtres, plus foncées au centre qu'à la circonférence. Ces taches, plus ou moins étendues, à contours irréguliers, tendent à se confondre les unes avec les autres. La pression y fait sentir de la crépitation produite par des gaz développés dans le tissu cellulaire. Sous quelques-unes de ces taches, il se forme des phlyctènes remplies d'un liquide sanieux et brunâtre. Si on les déchire, on aperçoit au fond le derme rouge foncé, noirâtre et insensible. — *A suivre.* — *Progrès médical.*

Du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.—Les luxations de l'épaule,—et nous avons surtout en vue ici les variétés en avant et en dedans—peuvent être compliquées de fractures du levier huméral, tantôt c'est le corps de l'os qui est atteint, tantôt son extrémité supérieure, soit au niveau du col chirurgical, soit plus rarement au niveau du col anatomique.

Nous laissons de côté les luxations scapulo-humérales compliquées de fractures du corps; la lésion osseuse ne modifie presque en rien la physionomie de la lésion articulaire, et le traitement, grâce à la longueur du bras de levier, ne diffère en rien de celui des luxations sans fracture. Par quelques attelles appliquées sur le bras et par un bandage un peu serré, on arrive la plupart du temps, surtout avec l'aide du chloroforme, à réduire la tête humérale par les méthodes ordinaires.

Il n'en est pas de même pour les déplacements compliqués de fracture de l'extrémité supérieure. Ici le bras de levier est tellement court que les méthodes généralement employées n'ont aucune prise sur lui. de plus les symptômes de la luxation peuvent donner le change, surtout lorsque le gonflement est considérable, d'où, des hésitations souvent grandes dans le diagnostic, des difficultés quelquefois insurmontables dans le traitement, et en somme un pronostic beaucoup plus grave.

Malgré l'intérêt considérable qui s'y rattache, elles ont été relativement peu étudiées. Sans entrer dans une analyse historique peu profitable au lecteur, nous dirons seulement qu'il trouvera tous les documents utiles dans la thèse du Dr Oger (Th. Paris. 1884) sur les luxations scapulo-humérales compliquées de fractures, et dans un mémoire basé sur trois observations publié par M. Paul Berger. Nous venons nous-même d'en observer un cas remarquable dont voici l'observation résumée :

Un vieillard de 75 ans est renversé par une voiture; on constate chez lui tous les signes d'une luxation en avant et en dedans de l'épaule. Dans l'impossibilité de la réduire par les procédés ordinaires, le Dr Chisay nous fait appeler neuf heures après l'ac-

cident. Malgré la forte musculature du blessé et le gonflement, nous constatons tous les signes d'une luxation scapulo-humérale ; mais la tête est dans l'aisselle presque à fleur de peau, sans écartement notable du bras qui peut être complètement rapproché du tronc ; l'axe de l'humérus ne passe pas par la tête située dans l'aisselle, les mouvements sont impossibles, la douleur est violente. Après une tentative rapide de réduction, nous endormons le blessé et constatons avec certitude la coexistence d'une luxation avec une fracture détachant la partie supérieure de l'os audessous du col anatomique. La mobilité du fragment est telle qu'il se déplace de tous côtés et que nous le repoussons très facilement sous le deltoïde : un bruit de claquement nous indique que la tête est rentrée dans la cavité articulaire. On applique un appareil contentif qui est enlevé 12 jours après ; la luxation s'est reproduite.

Comme il y avait eu quelques accidents sous le chloroforme, nous faisons une nouvelle tentative de réduction, avec les tubes de caoutchouc ; on tire pendant 25 minutes à 12 kilog. et l'on refoule lentement la tête qui se déplace vers la cavité articulaire. On n'arrive pas à réduire complètement ; le méplat sous-acromial est cependant à peu près effacé, excepté en arrière, et nous sentons encore un peu la tête dans l'aisselle. Pour la maintenir, un gros coussin de ouate y est placé et le membre enfermé pendant 21 jours dans un appareil silicaté. À sa levée, nouveau déplacement, beaucoup moindre mais indiscutable ; il est évident que le méplat sous-acromial est en partie comblé par l'extrémité supérieure du fragment inférieur de l'humérus qui est remonté vers l'épaule ; la tête se sent dans l'aisselle, la difformité est plus considérable et doit être mise sur le compte de l'atrophie du deltoïde aussi bien que du déplacement. Quelques mouvements sont déjà possibles. Désormais il ne nous restait plus qu'à accentuer ces derniers, à rendre aux muscles leur force avec leur volume, et c'est ce que nous avons fait en mobilisant méthodiquement l'épaule et en prescrivant le massage combiné à l'électrisation par les courants continus.

Deux mois après l'accident, le blessé peut élever la main au niveau du nez, faire en dedans et en dehors des mouvements de rotation limités de ce dernier côté ; mettre la main derrière le dos du tronc, écarter le bras allongé, mais sans atteindre l'horizontalité. Il n'est pas douteux qu'il ne gagne encore, mais sans jamais recouvrer ses anciennes fonctions. L'âge du malade et la nature de la lésion nous avaient fait porter dès le début un mauvais pronostic.

On nous saura gré de formuler à la suite de notre observation quelques réflexions sur la ligne de conduite à suivre dans les diverses circonstances, si le praticien est appelé plus ou moins rapidement après l'accident, ou bien s'il intervient après la dispari-

tion du gonflement, la fracture n'étant pas encore ou étant vicieusement consolidée et le déplacement persistant.

Prenons d'abord le premier cas : l'accident vient d'arriver ; il n'y a pas ou il y a très peu de gonflement ; le diagnostic est relativement facile à l'aide des trois signes suivants ajoutés à ceux de la luxation : 1^o possibilité de rapprocher le coude du tronc ; 2^o dans cette situation, constatation que l'axe de l'humérus à partir du coude passe bien en dehors de la tête située dans l'aisselle ; 3^o indépendance des mouvements du bras et de ceux de la tumeur axillaire. Ce dernier signe peut manquer quand il a engrènement des fragments ; il existait nettement dans le cas que nous avons eu sous les yeux. Nous ajouterons que toutes les fois qu'une luxation ne paraît pas simple, il y aura tout avantage à donner immédiatement le chloroforme qui permettra de reconnaître la nature des lésions et de procéder séance tenante à la réduction. C'est surtout chez les individus fortement musclés que ce précepte semble indiqué. Nous n'insisterons pas plus longuement sur le diagnostic qui peut être rendu difficile lorsqu'un épanchement sanguin considérable masque la tête humérale et les saillies osseuses, et empêche la constatation des signes de la luxation. Celle-ci reconnue, le blessé étant en résolution, le chirurgien tentera la réduction par la méthode dite *du refoulement*.

Elle consiste, après avoir fait élever le bras, à tirer légèrement dans la direction de l'axe de la cavité glénoïde, pour ouvrir la déchirure capsulaire et la placer en face de la tête, à saisir celle-ci avec les doigts placés en crochet et à la repousser en dehors et en arrière dans la cavité articulaire. Quand il faut déployer beaucoup de force, l'on pourra embrasser la tête avec les deux mains appliquées par le talon sur la région acromio-deltoidienne.

Dans notre cas cette tête était tellement mobile qu'une seule main nous a suffi et que nous n'avons eu à faire presque aucun effort. Cette constatation doit rendre le chirurgien très réservé sur le maintien de la réduction ; la tête en effet se déplacera d'autant plus facilement qu'elle aura été plus complètement détachée des parties environnantes. La luxation réduite, on placera un coussin axillaire en l'absence d'épanchement de sang considérable ; il devra être enfoncé le plus haut possible dans l'aisselle pour servir de point d'appui à la tête, qui basculerait par-dessus lui s'il était placé plus bas.

Pour toutes ces raisons, nous ne sommes pas partisan des essais de réductions tardives, quand on a échoué immédiatement après l'accident et malgré l'observation des règles que nous avons indiquées.

Que faire alors ? Essayer d'établir une pseudarthrose comme Ribère ? Non, parce que la pseudarthrose est très difficile à obtenir à l'extrémité supérieure de l'humérus, et parce que les manœuvres pourraient irriter ce foyer traumatique complexe, provo-

quer des phénomènes inflammatoires graves, qui, retentissant sur les muscles, amèneraient une atrophie plus considérable encore que l'amyotrophie résultant de l'abandon de la lésion à elle-même. D'ailleurs, Ribère ne communiquait des mouvements au bras qu'après le vingtième jour, époque à laquelle le cal commence déjà à être solide et où ceux-ci agissent surtout pour la formation d'une néarthrose plutôt que d'une pseudarthrose. Le plus sage dans ces cas, est d'immobiliser le bras dans la meilleure position possible. Si le fragment supérieur est petit, et si la disposition des parties le permet, on ramènera l'extrémité supérieure du fragment inférieur en haut et en dehors au niveau de la cavité articulaire, de façon à produire, si possible, une nouvelle articulation entre lui et la cavité glénoïde. Cette méthode avait déjà été recommandée par Morel-Lavallée. Souvent le chirurgien voit cette terminaison se produire d'elle-même. Au bout d'une trentaine de jours on commencera à imprimer des mouvements méthodiques, à mobiliser et à compléter le traitement par les frictions, les massages, les douches et l'électrisation dans le but de combattre l'induration des tissus et l'atrophie musculaire.

Supposons maintenant l'intervention du chirurgien à une époque où la luxation ayant été méconnue ou non réduite, au début, la fracture est consolidée. Si les tentatives de réduction n'ont pas été dirigées méthodiquement avec l'aide du chloroforme, ou s'il y a eu abstention totale de tentatives de réduction, on se conformera aux règles du traitement des luxations anciennes. Le temps qui s'est écoulé depuis l'accident, les rapports plus ou moins éloignés de la tête, l'intensité des phénomènes inflammatoires du début, enfin l'état fonctionnel du membre motiveront la détermination du chirurgien. Telle luxation pourra encore être rationnellement réduite; telle autre sera abandonnée à elle-même; on cherchera à gagner tout ce que l'on pourra en tant que mobilité du bras et de l'omoplate sur le tronc. Nous sommes absolument opposé à toute tentative sanglante tardive pour créer une pseudarthrose au niveau du col huméral, ou immédiate pour extraire de l'aisselle la tête luxée et séparée de l'humérus, et transformer le foyer traumatique fermé en foyer ouvert.

Si la luxation est irréductible, soit immédiatement, soit parce qu'elle s'est reproduite après une ou plusieurs tentatives, on immobilisera le bras dans la meilleure situation possible au point de vue du rétablissement de la forme et des fonctions; on cherchera si le fragment supérieur est petit et ne provoque aucune compression fâcheuse, et on relèvera l'humérus vers le moignon de l'épaule; on commencera rapidement les mouvements et on combattra les raideurs et l'atrophie musculaires.

Si la luxation compliquée est ancienne, si elle a été méconnue ou abandonnée à elle-même sans essais de réduction immédiate, on essaiera de la réduire; s'il y a contre-indication, il vaudra

mieux ne pas intervenir, et par la combinaison des mouvements communiqués, de l'électrisation, du massage et des douches, obtenir le plus de mobilité possible.

Les mouvements, même dans les circonstances les plus favorables, ne se rétablissent presque jamais en totalité; on comptera beaucoup sur ceux de l'omoplate et de la clavicule comme mouvements de compensation dans les cas de néarthrose après irréductibilité de la luxation.—E. SCHWARTZ, in *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Circulaires et rupture du cordon ombilical.—Clinique de M. le professeur EUSTACHE à la Maternité Ste-Anne, de Lille.—On a l'habitude de ne considérer comme intéressantes que les observations qui présentent des particularités extraordinaires ou une rareté excessive, et on n'accorde qu'une attention médiocre, ou parfois nulle, à celles qui sont journalières. C'est là une erreur contre laquelle j'essaie sans cesse de vous prémunir. En médecine et en obstétrique surtout, les connaissances les plus singulières et les plus nouvelles sont loin d'être les plus utiles à la pratique, but réel et définitif de vos études. Ce qu'il importe le plus de connaître, ce sont les faits les plus fréquents, les faits de la pratique journalière, et les moyens propres à les combattre, dès qu'ils peuvent devenir la source d'un accident quelconque.

C'est à ce titre que j'appelle aujourd'hui votre attention sur un accouchement qui a eu lieu ces jours-ci dans les salles de la Maternité, et qui a présenté cette légère complication, la présence de circulaires du cordon autour du cou. Mais ici l'obstacle dû aux circulaires n'a pas pu être levé comme il l'est d'habitude, et le cordon s'est rompu au niveau de son insertion à l'ombilic.—Voici, en quelques mots, le fait dont il s'agit :

Une femme se présente à la Maternité; le travail était commencé depuis la veille; la poche des eaux était rompue depuis deux heures; la dilatation presque complète: il y avait une présentation du sommet en première position. L'auscultation des bruits du cœur fœtal n'a fait remarquer aucun signe particulier.

La dilatation se compléta rapidement, et en moins de deux heures la tête entr'ouvrait la vulve et la franchissait sans trop de difficulté. Mais à partir de ce moment, et malgré la persistance et l'énergie des contractions, la tête resta appliquée contre la vulve et le tronc ne descendait pas. L'interne porte aussitôt les doigts sur le cou de l'enfant en passant par-dessus l'occiput, et constate la présence de deux circulaires du cordon.

Suivant la pratique adoptée en pareil cas, il accroche avec son doigt l'une de ces circulaires et essaie de la soulever pour la faire passer au-dessus de la tête du côté du plan antérieur; mais la circulaire résiste et ne peut être ramenée au-dessus de l'occiput; même impossibilité pour l'autre circulaire. Ces tentatives furent inutilement essayées à plusieurs reprises. L'accouchement était ainsi arrêté, et le fœtus courait risque d'être asphyxié par arrêt de la circulation.

C'est alors qu'il se décide à pratiquer sur place la ligature et la section du cordon; mais pendant qu'il cherche fil et ciseaux, un assistant, plus impatient et moins prudent, recommence à son tour les tentatives de déroulement des circulaires, y procède avec violence, de sorte que le cordon se rompt à un point plus ou moins éloigné du cou, et pend hors de la vulve.

Il y avait nécessité de terminer rapidement l'accouchement; quelques tractions sur la tête, accompagnées de malaxations de l'utérus, font descendre et dégager les épaules; l'accouchement se termine vite. L'enfant était congestionné, bleuâtre, mais au bout de quelques instants et sans intervention d'aucune sorte, la respiration s'établit, d'abord lente, puis régulière.

On examine aussitôt l'ombilic de l'enfant pour savoir ce qui en était du cordon, et on constate qu'il est rompu et déchiré au niveau de son insertion à l'ombilic: quelques lambeaux de la gaine amniotique et des vaisseaux adhèrent encore au pourtour de l'anneau ombilical. Quoiqu'il n'y ait aucune trace d'hémorrhagie (la rupture s'étant faite par arrachement), on n'en place pas moins, tant bien que mal, une ligature sur ces débris.

Les suites furent entièrement normales pour la mère et pour l'enfant.

Cette observation, quoique n'étant ni trop compliquée, ni trop extraordinaire, mérite pourtant certaines considérations qui ne manquent pas d'intérêt, surtout au point de vue de la pratique journalière.

Et d'abord l'existence de circulaires du cordon ombilical autour du cou. Ce fait est loin d'être rare. Assez fréquemment, le cordon s'enroule autour des diverses parties du fœtus: il présente alors des dispositions très diverses, simples ou compliquées, désignées sous le nom de circulaires, circonvolutions, enroulements, entortillements du cordon. Il existe des circulaires autour du cou, c'est le cas de beaucoup le plus fréquent; mais on en observe parfois autour du tronc et autour des membres. Quelquefois les enroulements sont multiples, et Scanzoni dit avoir rencontré un cordon enroulé quatre fois autour du cou, puis une fois autour du cou et de l'épaule, et deux fois autour du ventre de l'enfant.

Pour que ce fait puisse se produire, il faut de toute nécessité que le cordon ait une plus grande longueur que d'habitude; et, en effet, la longueur de la tige ombilicale, qui est en moyenne de

55 centimètres, est parfois beaucoup plus grande ; celui de notre observation mesurait 75 centimètres ; celui de Scanzoni atteignait 53 pouces, c'est-à-dire près d'un mètre 75 c. m.

Les circulaires sont fréquentes. Sur près de 1,500 accouchements que porte le cahier de statistique de notre Maternité, de date encore toute récente, nous relevons près de 200 cas où il existait des circulaires ; d'après des statistiques bien autrement étendues, il est admis aujourd'hui que les circulaires se rencontrent en moyenne une fois sur cinq accouchements. Cette grande fréquence mérite bien, ce me semble, que l'on prête une certaine attention à ce fait au lieu de le passer presque sous silence, comme font la plupart des Traités ou Manuels d'obstétrique.

Le fait de l'existence des circulaires ne peut être prévu, et j'ajouterais même ne peut être diagnostiqué d'avance.

Les causes qui y donnent lieu sont assez indéterminées. Si la longueur excessive du cordon et la grande mobilité de l'enfant par suite de l'abondance trop grande du liquide amniotique, de l'hydramnios, paraissent être les causes prédisposantes les plus certaines, on reconnaîtra qu'il est difficile, sinon impossible, de prévoir le premier cas, et l'observation journalière permet de noter que le second n'y donne pas toujours lieu.

Quoiqu'il en soit, il me paraît absolument certain que les circulaires s'établissent du troisième au septième mois de la grossesse, alors que le fœtus jouit d'une mobilité excessive, et je ne saurais admettre l'opinion d'un accoucheur allemand qui prétend que les circulaires ne se produiraient qu'au moment de l'accouchement, le cordon étant à ce moment sur le segment inférieur de la matrice, roulé à la façon des cordages de navire, et la tête ou les membres s'engageant à travers ces cercles et les entraînant avec elle.

Je vous disais aussi que les circulaires ne pouvaient guère être diagnostiquées d'avance. Ce n'est pas que les tentatives pour faire ce diagnostic aient manqué et que les signes donnés comme certains fassent défaut. On a conseillé le toucher rectal par lequel on peut dépasser la tête encore située dans l'excavation et atteindre le cou ; rien ne saurait autoriser une pareille pratique. On a dit également que le palper abdominal, en faisant parfois reconnaître la présence d'une bosselure demi-circulaire de la grosseur du doigt jetée en travers du tronc de l'enfant, révélait la présence des circulaires du cordon : mais les circulaires autour du tronc sont bien rares.

L'auscultation seule peut donner quelques signes de probabilité, mais point de certitude. On perçoit, dans quelques cas, un bruit de souffle isochrone au bruit du cœur fœtal, c'est ce que l'on appelle le *souffle ombilical* ou *funiculaire*. Mais ce souffle peut aussi bien avoir son origine dans le cœur fœtal que dans le cor-

don; il indique une gêne à la circulation fœtale sans qu'il soit possible d'en déterminer ni le siège, ni la cause exacte. S'il est arrivé à plusieurs accoucheurs de noter la coïncidence de ce bruit avec la présence de circulaires, il est arrivé souvent aussi de rencontrer ce souffle quand il n'y avait pas de circulaires, et bien plus souvent encore de ne pas l'observer, malgré la présence de circulaires plus ou moins nombreuses.

Il ne saurait donc être qu'un signe de présomption, pas même de probabilité, et il reste acquis que les circulaires, dans l'immense majorité des cas, ne seront soupçonnées et reconnues que lorsque la partie fœtale, qui en est le siège, est accessible aux doigts explorateurs, et, pour les circulaires autour du cou que nous envisageons seules ici, que lorsque la tête a franchi la vulve.

Mais, en se rappelant la fréquence de ces circulaires, on ne devra jamais manquer à ce moment de s'assurer de l'existence ou de la non-existence de cette disposition, et doit-il être de règle courante, absolue même, aussitôt après le dégagement de la tête, de passer les doigts au-dessus de l'occiput et de les porter jusque sur le cou qui est alors accessible, et où le cordon, s'il existe, sera facilement et rapidement reconnu.

C'est qu'en effet, la présence de ces circulaires peut occasionner certains accidents ou dangers, et nécessite une intervention immédiate: ce sont là les deux points pratiques de la question qu'il me reste à vous développer. — (À suivre) — *Journal des sciences médicales de Lille.*

Dé la rétention du placenta dans l'avortement.—*Écouvillonnerons-nous? N'écouvillonnerons-nous pas?* Tel pourrait être le titre de cette revue sur un sujet qui soulève encore à l'heure actuelle les controverses les plus vives et sur lequel plusieurs travaux intéressants ont été publiés dans le cours de l'année 1886.

Quelle est la meilleure conduite à tenir lorsqu'il y a rétention du placenta et des membranes dans l'avortement? Une femme, enceinte de 2 à 5 mois, expulse son produit de conception: la délivrance tarde à se faire et ne se fait pas. Quelle doit être la conduite de l'accoucheur?

Doit-il laisser les choses en l'état et se contenter d'avoir recours à une antiseptie minutieuse, prêt à parer aux complications qui peuvent survenir? Est-il autorisé, par crainte de ces complications, à intervenir énergiquement, à débarrasser, coûte que coûte, l'utérus du placenta et de ses annexes? Il y a là une question de pratique des plus importantes: la vie d'une femme, jeune souvent, mère ou appelée à le devenir, est en jeu.

Dans un judicieux article sur la conduite à tenir en cas d'avortement, notre excellent ami P. Le Gendre discutait déjà, en 1883, la plupart des opinions qui ont été émises récemment, lorsqu'un

accoucheur distingué des hôpitaux, M. Doléris a exposé son procédé d'*écouvillonnage* de l'utérus; nous indiquerons, aussi brièvement que possible, en quoi consiste ce mode d'intervention, tout en insistant sur la pratique la plus commune en France, qui se résume dans l'*expectation armée* d'antiseptiques et de *patience*; voyons auparavant pourquoi la rétention du placenta se produira volontiers dans l'avortement et quels seront les accidents à redouter ou à combattre.

Mauriceau avait eu recours à une poétique et assez juste comparaison pour expliquer la rétention du placenta avant terme: "Il en arrive de même, disait-il, qu'aux fruits qui se détachent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs et qui au contraire en sont difficilement séparés lorsqu'ils sont encore verts; c'est ce qui fait que la femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme."

Cette comparaison est d'autant plus vraie que nombre d'accoucheurs qui ne veulent à aucun prix laisser dans l'utérus partie ou totalité du placenta à *terme*, n'interviennent pas lorsqu'il s'agit d'un avortement: le placenta à terme est caduc, il cesse d'avoir des connexions vasculaires avec l'utérus, nombre d'observations prouvent au contraire que dans l'avortement, après l'expulsion du fœtus, le placenta peut continuer à être en connexion intime avec la muqueuse utérine.

Souvent la rétention n'a lieu que lorsque l'œuf n'est pas arrivé à maturité, la matrice n'a pas atteint son complet développement, le muscle utérin est assez puissant pour expulser le fœtus, mais ses contractions ne sont pas assez efficaces pour décoller le délivre, pour lutter contre la rigidité et la longueur du col; celui-ci a d'autant plus de tendance à se refermer qu'il n'a pas subi les modifications importantes du complet ramollissement qu'on observe à la fin de la grossesse; il importe, en outre, de remarquer qu'en règle générale plus l'expulsion du fœtus sera brusque, plus la délivrance sera retardée: pour employer une expression vulgaire, mais qui se comprend bien, la porte (l'orifice utérin, se refermera d'autant plus vite qu'elle aura été moins longtemps et moins grandement ouverte. D'ailleurs, le volume du délivre étant proportionnellement plus grand que celui du fœtus, il ne pourra passer qu'au prix d'un déploiement de force considérable là où a passé facilement l'embryon.

Outre ces causes physiologiques, il en existe plusieurs autres, qui peuvent empêcher la délivrance à des titres variables: ce sont les anomalies du travail de l'accouchement: faiblesse des contractions utérines, déviation de l'axe de la matrice, contractions spasmodiques de la totalité ou d'une partie de l'utérus, rapidité du travail.

Les lésions de l'utérus, (tumeurs fibreuses, cancer, etc.), les maladies de la caduque, les diverses altérations (fibreuses, graisseuses,

seuses, kystiques), etc., du placenta sont autant de causes de rétention de l'arrière-faix.

La rétention d'urine suffira parfois pour gêner la contraction utérine ou l'engagement du cœlèvre.

Enfin il est un ordre de causes qui ne devraient pas exister et qui proviennent de l'intervention maladroite de l'accoucheur. Citons la rupture artificielle des membranes qu'il faudrait laisser intactes pour aider la dilatation. L'administration, du seigle ergoté n'a souvent d'autre résultat immédiat que d'enfermer plus énergiquement le placenta dans la cavité utérine. Ou bien l'accoucheur se hâte trop d'extraire le placenta qui n'est encore qu'en partie décollé : il s'expose ainsi à laisser une partie du gâteau placentaire ou une certaine quantité des membranes.

Lorsque la rétention est produite, les accidents peuvent être nuls, précoces ou tardifs : dans le premier cas, le placenta séjourne dans l'utérus sans grand inconvénient, pendant 8, 10, 15 jours, 1 mois ; la femme a repris ses occupations, tout à coup survient une hémorrhagie considérable accompagnée de douleurs expulsives : la délivrance n'a été que retardée.

L'hémorrhagie précoce peut être considérable ; elle variera d'abondance suivant que le fœtus sera mort ou vivant, suivant que le placenta sera plus ou moins décollé ; toutefois, la vie de la femme est rarement compromise par l'abondance de l'écoulement sanguin. S'il faut redouter l'hémorrhagie qui se produit à la suite d'une délivrance incomplète dans un accouchement à terme, on doit être moins effrayé par une hémorrhagie de même abondance lorsqu'il s'agit d'un avortement.

Les hémorrhagies tardives secondaires sont plus graves parce qu'elles se trouvent souvent liées à la septicémie qui peut survenir avec son cortège alarmant (frissons répétés, élévation de température, ballonnement du ventre.)

De plus, l'état général peut se ressentir pendant longtemps du contre-coup de l'hémorrhagie et de l'empoisonnement septique. L'involution utérine se fait lentement ; une métrite chronique peut, pendant de longues années, rappeler à la malade le danger qu'elle a couru.

C'est même là une question très importante qu'il faudrait élucider : laissant de côté les résultats immédiats que donnent l'une ou l'autre méthode, on est loin d'être fixé sur les résultats éloignés. En d'autres termes, une femme est atteinte de rétention placentaire ; elle échappe à la mort ; son utérus reviendra-t-il plus ou moins vite *ad integrum*, suivant que l'on aura employé l'une ou l'autre des méthodes que nous allons maintenant exposer ?

Un premier point sur lequel presque tous les accoucheurs s'entendent, c'est la *non intervention* pendant l'avortement, de manière à essayer d'éviter la rétention du placenta : si l'avortement

ne peut être enrayé, l'accoucheur ne doit rien faire, il doit s'abstenir en général de tous les moyens dits ocytociques.

S'il ne survient aucun accident, on fera des injections vaginales ou seulement des toilettes vulvaires; on aura soin de protéger la vulve contre l'introduction des germes du dehors, en la recouvrant d'un pansement antiseptique (compresse imbibée d'une solution phéniquée par exemple, ou mieux ouate phéniquée, gaze iodoformée).

En cas d'hémorrhagie, les injections chaudes de 48° à 50° suffiront généralement; il faut restreindre de plus en plus l'emploi du tampon. Il ne serait appliqué que lorsque les irrigations intra-utérines chaudes seraient impuissantes: elles ont généralement un effet certain, provoquant pour ainsi dire un second travail en réveillant la contractilité utérine et en amenant le décollement et l'expulsion du placenta, source de tout le mal. Il nous a été donné de voir les résultats excellents de cette pratique dans le service de M. Pinard, qui est partisan convaincu de l'*expectation antiseptique*.

Si les lochies deviennent fétides, les injections intra-utérines antiseptiques seront le plus habituellement suffisantes; si, malgré ces injections, des phénomènes septicémiques surviennent, l'*irrigation continue intra-utérine* rend les meilleurs services; elle agit à la fois en luttant contre les phénomènes d'infection et en amenant l'expulsion des produits putrésifiés.

Elle a les avantages des injections intra-utérines répétées sans en avoir les quelques inconvénients qui consistent dans les manœuvres répétées pour l'introduction de la canule.

Il faudra instituer en même temps un traitement général tonique et reconstituant, et dont le médicament actif, en cas de septicémie, sera le sulfate de quinine.

M. Budin a récemment publié à l'Académie les résultats du traitement suivi à la Maternité et à la Charité et qui consiste, sauf quelques nuances, dans l'*expectation*, telle que nous venons de l'indiquer; sur 210 avortements s'accompagnant 46 fois de rétention du placenta, il n'y a eu qu'un seul décès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement.

Ces résultats sont excellents: la méthode qui les fournit est à la portée de tous; en est-il de même des procédés d'intervention radicale, très-prônés en Allemagne, tels que le curage, le raclage, et du procédé introduit chez nous par M. Doléris sous le nom d'*écouvillonnage*?—(A suivre).—*Concours médical*.

Traitement des polypes fibreux de l'utérus.—Clinique de M. GALLARD à l'Hôtel-Dieu.—Je vous ai déjà entretenu de certains phénomènes qui se produisent au cours du développement des corps fibreux de l'utérus. Je reviens aujourd'hui sur cette question à un autre point de vue, celui du traitement.

Ce n'est pas toute la thérapeutique des fibromes utérins que je veux exposer, mais un point limité du traitement chirurgical.

Un femme de 40 ans est entrée en juillet dernier dans notre service; elle a eu plusieurs enfants et a toujours joui d'une bonne santé générale, mais depuis quelque temps elle a des métrorrhagies au moment des époques dont la durée est beaucoup plus longue.

On trouve, à l'examen, l'utérus très gros, entr'ouvert, et avec le doigt on constate l'existence d'une tumeur globuleuse. Puis, l'hémorrhagie a cessé et l'utérus s'est fermé.

Ce que l'on a senti chez cette femme était un corps fibreux de l'utérus, un polype. Chaque fois que la malade a eu ses règles, le col utérin s'est entr'ouvert et on a pu constater l'existence de la tumeur.

Il y a une vingtaine d'années que l'on a attiré l'attention sur ces polypes, que l'on a appelés polypes à apparitions intermittentes. Le polype tend à sortir de l'utérus, puis il y rentre et je ne puis mieux comparer ce qui se passe qu'au manège d'une souris avant de sortir de son trou.

Avant d'être bien connus, ces polypes ont souvent mis en échec la perspicacité des observateurs. Un premier médecin examine la malade et constate l'existence du polype; puis un autre médecin, ou un médecin consultant l'examine à son tour, ne trouve rien et en conclut que le premier a commis une erreur de diagnostic. Ces erreurs se produisent souvent, et ces cas sont la source de difficultés dans la pratique.

J'ai vu une malade que son médecin passait au spéculum tous les jours; elle avait un gros polype que ce praticien cautérisait, croyant avoir sous les yeux un col ulcéré.

Cette évolution des polypes utérins, qui avait déjà été signalée par Marjolin, nous est surtout bien connue depuis les travaux de Huguier et de deux de ses élèves, M. Berneudeau et M. Larcher.

Je me demande s'il faut en faire une espèce à part; je crois qu'il n'y a pas un seul polype utérin qui, à un certain moment, ne soit pas à apparitions intermittentes, jusqu'à sa descente dans le vagin.

L'apparition se fait surtout au milieu d'une époque menstruelle, et c'est à ce moment qu'il faut faire l'examen, parce que le col est alors plus mou et plus dilatable.

Ces polypes finissent quelquefois, en grossissant, par se montrer tellement bien qu'ils n'appartiennent plus à la cavité utérine que par leur insertion.

Quand ils arrivent ainsi dans le vagin, il n'y a aucune difficulté de diagnostic; on les reconnaît, on les contourne, et on voit qu'en un certain point il y a étranglement du pédicule par le col, mais prolongement de ce pédicule au delà du col.

Il y a une autre variété de tumeur fibreuse qui, au lieu de faire saillie dans le vagin, fait saillie du côté du péritoine; on l'appelle corps fibreux péritonéal.

Enfin, il y a ce qu'on peut appeler les polypes interstitiels ou muraux, fibrômes n'étant pas encore polypes, incrustés dans les parois utérines, dont ils finissent par se détacher et deviennent polypes avec un pédicule plus ou moins large, qui s'est formé peu à peu.

Ces tumeurs constituées, il faut les enlever, il n'y a pas autre chose à faire.

Quand le polype est dans le vagin, il est facilement attaquant; mais quand il est dans la cavité utérine, que faut-il faire?

Il y a deux lignes de conduite à suivre: s'il n'y a pas de métorrhagie sérieuse, s'il n'y a pas d'accidents, il faut attendre; mais si le col ne s'ouvre pas, s'il y a anémie par pertes sanguines, nous avons le droit et le devoir d'aller le chercher dans la cavité utérine.

On peut y aller en dilatant l'orifice au moyen d'éponges, de tiges de laminaria. Mais ce moyen n'est pas bien bon, il est lent, il réussit rarement; d'autre part, je ne sais pas ce que donne la dilatation forcée qui a été proposée récemment.

Vous savez que les lèvres du col sont peu vasculaires, qu'elles n'ont pas de connexions avec des organes importants, par conséquent, l'incision du col se présente naturellement à l'esprit. Je l'ai faite souvent, et je me rappelle l'histoire d'une malade, dont le col était complètement fermé et chez laquelle je diagnostiquai un polype utérin. Les deux confrères qui la voyaient avec moi étant incertains, je proposai l'incision du col, qui fut faite, et immédiatement le polype se fit voir et tomba dans le vagin.

Donc, il faut enlever ces polypes même en forçant la porte.

Comment les enlever? Il y a plusieurs procédés.

Le premier qui se présente à l'esprit est la section du pédicule; il est d'une simplicité remarquable, mais il faut un pédicule très mince et ensuite très long. Si le pédicule est court, on peut couper sur la tumeur et avoir une hémorrhagie.

Je vous conseille, pour éviter cet accident, de saisir la tumeur entre deux doigts et de la faire glisser jusqu'au pédicule; puis on sectionne avec des ciseaux courbes, introduits à plat; s'il est gros, il faut aller graduellement. A l'occasion on peut employer le bistouri courbe.

Mais plusieurs dangers peuvent se présenter; j'ai déjà parlé de l'hémorrhagie, le second danger est de couper plus loin qu'il ne faut, de perforer la paroi utérine; si l'insertion est au segment inférieur, ou au col, l'opération est facile, cet accident n'est pas à redouter; mais il n'en est pas de même si l'insertion est au fond de l'utérus.

Une autre méthode a été indiquée par Chassaignac ; c'est celle de l'écrasement. Elle expose moins aux hémorrhagies, mais la chaîne de l'écraseur est d'une application difficile, on est exposé à des sections incomplètes ; je n'ai jamais pu appliquer l'écraseur.

Alors, on a songé à se servir du serre-nœud de Maisonneuve, dont l'anse est flexible, malléable, facile à diriger et à porter autour du pédicule.

C'est presque le meilleur moyen opératoire ; il m'a souvent réussi. Mais n'oubliez pas cependant que, quand le pédicule est large, l'anse peut se casser, et souvent j'ai été obligé de terminer l'opération avec les ciseaux.

Heureusement, l'incision est facilitée par le commencement de section effectuée par l'anse.

On peut encore, et ce n'est pas moins avantageux, remplacer l'anse métallique par l'anse en corde à fouet. Lucien Boyer a eu l'idée de scier le pédicule de cette manière.

Dans ces derniers temps, nous avons voulu faire mieux et nous avons essayé la section avec l'anse galvano-caustique, procédé dans lequel deux actions se combinent, l'écrasement et la section par le feu. Rien n'est plus élégant, plus commode, plus rapide que ce procédé.

Mais la difficulté de poser l'anse, que nous avons déjà signalée pour les autres procédés, existe encore, et reste le temps capital de l'opération.

Une fois l'anse placée, il ne faut pas aller trop vite, afin d'éviter la rupture des fils qui seraient d'autant plus à craindre qu'ils seront plus fortement chauffés. D'autre part, il faut avoir soin de les rongir suffisamment pour rongir.

Voilà les avantages et les inconvénients de tous ces procédés d'extraction que l'on a substitués à ceux de Levret et Desault, procédés d'extraction extemporanée.

Vous avez sectionné le pédicule, l'opération est-elle terminée ? Je dois ajouter que le polype ne sort pas toujours facilement, et je vous conseille de toujours le tenir avec des pinces, car j'en ai vu un rester dans l'utérus.

D'autres fois, au lieu d'être à l'orifice du col, la difficulté est à la vulve. Chez une femme de 50 ans, que j'ai opérée en province, la vulve était très étroite, et j'ai été obligé de faire un véritable accouchement. Il est donc bon d'avoir toujours sous la main des pinces à polypes de Levret.

La section avec les instruments tranchants expose toujours aux hémorrhagies ; on les évitera toujours en se servant du serre-nœud, de la ficelle et de l'anse galvanique. Mais je me demande si, avec cette dernière, on ne crée pas un autre danger, si le rayonnement du fer rouge ne peut pas déterminer d'accidents péritonéaux. Je n'ai pas eu de péritonites, mais j'ai eu deux

femmes mortes subitement quinze jours après l'opération, sans qu'on puisse expliquer ces morts subites.

Chez notre malade du No. 32, opérée très rapidement et sans accident le 23 octobre, il y a eu, dès le 25 octobre, de la fièvre, une température de plus de 39°; pendant trois jours elle a été dans un état alarmant: incontenance d'urine, ballonnement du ventre, vomissements.

Je n'ai pas été ému plus que de raison, parce que deux circonstances me permettaient d'expliquer ces accidents: la malade avait une peur extrême de l'opération, et cela a pu contribuer à l'apparition des phénomènes nerveux; en outre, elle a eu une pleurésie du côté droit, pleurésie franche, non en rapport avec l'opération. Elle a guéri.

Donc ce cas ne saurait être rangé parmi ceux dans lesquels des accidents peuvent être attribués à l'anse galvanique, mais à cause des deux autres cas, je dois vous dire que, si commode que soit ce procédé, il ne faut l'employer que si on ne peut faire autrement.—*Abeille médicale.*

Extirpation des deux ovaires et des trompes dans un cas d'ovarité chronique avec phénomènes hystériques, par FRAIPONT (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, février 1887).—Ce cas montre très nettement certaines indications de l'opération de Battey et les bons résultats qu'elle peut amener quand l'indication thérapeutique a été finement saisie. Une femme de 34 ans, réglée de bonne heure, mais ayant toujours eu une menstruation irrégulière et douloureuse, avec crises de douleurs ovariennes, devient enceinte. Sa grossesse suit un cours normal, ses couches sont bonnes. Cependant, elle présente des signes d'endométrite hémorrhagique, durant lesquels les douleurs ovariennes reparaissent. Elles ne tardent pas, en dépit de la guérison de la métrite et de tous les traitements les mieux appropriés, à devenir intenses, graves, et à s'accompagner de phénomènes nerveux, incompatibles avec une existence normale. Les ovaires sont reconnus malades, tous les deux sont douloureux, l'un est augmenté de volume, l'autre est en prolapsus. L'oophorectomie est pratiquée et on extirpe facilement les deux ovaires qui sont le siège d'altérations kystiques et d'un état inflammatoire chronique. Il existait en même temps une rétroversion que n'avaient pu corriger les diverses sortes de pessaires; l'opérateur, après avoir réséqué les ovaires et les trompes, pratiqua la fixation de l'utérus à la paroi abdominale au moyen de deux fils passés aux deux extrémités du diamètre transversal du fond de l'organe. Les suites de l'opération furent très simples. La malade guérit rapidement, ses phénomènes douloureux ont totalement disparu.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

PÉDIATRIE.

Des soins à donner à un nouveau-né.—Clinique de M. Jules SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Vous venez de voir, dans l'une de nos salles, deux nourrices; la première, une primipare de 19 ans, n'aurait certes pas rendu l'enfant qu'elle allaitait athrèpsique si l'on m'avait consulté, attendu que je l'aurais refusée, vu le peu d'abondance de son lait; au contraire, la seconde, celle qui est la mère de ce petit syphilitique, est une femme bien préciense. D'abord elle nous autorise à nourrir cet enfant au sein; ensuite elle nous permet de soigner l'enfant en même temps que la mère. Ceci dit comme entrée en matière aux différentes questions que je dois traiter avec vous aujourd'hui, demandons-nous quelle sera la conduite à tenir envers une nourrice dont une famille veut se débarrasser parce que son lait est mauvais. Et d'abord, n'agissez pas à la légère. Tantôt, en effet, la véritable cause de ce renvoi est la grand'mère ou bien encore un vieux domestique avec qui elle sera en incompatibilité d'humeur; d'autres fois enfin, ce sera un ami de la maison à qui la figure de cette femme ne revient pas. Ces différents sujets de discorde bien écartés, et l'enfant, d'un autre côté, n'étant pas malade de par lui-même, en résumé vous êtes appelé pour remédier à une insuffisance dans la quantité ou dans la qualité du lait. Or pour savoir si l'enfant prend le premier jour 30 gr. de lait, le deuxième 150 gr. le troisième 450 gr., le quatrième 500 gr., au bout d'une semaine 16 gr. par tétée et au bout d'un mois 50 gr., il vous suffira de le peser plusieurs fois par jour après une tétée. Comment donc se comporte le poids de l'enfant? Dans les premiers jours il perd 100 gr.; d'abord il s'alimente mal, puis il perd son cordon, du liquide et son méconium. La deuxième semaine il doit augmenter de 20 à 25 gr. par jour, et les semaines suivantes de 30 gr. J'ajouterai, en outre, qu'il faut non-seulement mettre beaucoup de discrétion dans ces pesées, de façon à ne pas inquiéter la nourrice, mais encore y apporter beaucoup de soin, car un ruban qui touche à terre fait immédiatement varier le résultat d'une quantité importante quand il s'agit de grammes. Voilà pour la nourrice! Quant à la mère, si au bout d'une semaine vous constatez qu'elle ne donne pas plus de 20 gr. par tétée, ordonnerez-vous son changement? Certes non; je la garderai aussi longtemps qu'elle se résignera à ce rôle noble et fatigant, en l'aidant du biberon.

Supposons maintenant que, malgré une quantité de lait suffisante de la part de la nourrice, l'enfant ne se développe pas bien.

Dans ce cas, cela peut tenir à l'âge du lait ; mais vous le savez, puisque pour nourrir un enfant de trois mois par exemple vous avez du lait d'un mois. Il peut se faire aussi que le lait soit trop gras ou trop aqueux ; vous le reconnaîtrez au moyen de l'analyse chimique ou microscopique. Enfin, cas embarrassant, s'il est bien sous tous les rapports, que ferez vous ? Vous changerez tout de même la nourrice ; le développement de l'enfant étant la seule assise du diagnostic.

Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés que de la nourrice ; il faut aussi considérer l'enfant, car la nourrice peut être parfaite et l'enfant malade. Trois conditions peuvent se présenter. En premier lieu, l'enfant est né avant terme. Autrefois, on l'enveloppait de flanelle et on faisait des efforts pour maintenir autour de lui une température de 19°, puis, pendant les premiers jours, on le nourrissait avec une eau lactescente ; de nos jours, Tarnier n'a pas hésité à recourir à la couveuse afin d'avoir une température toujours égale. En deuxième lieu, l'enfant est né faible ; que faire ? Lui offrir le sein et voir s'il tôte bien. Enfin, quoique né fort, il est affaibli parce que la mère ne peut pas encore lui donner le sein. Dans ce cas, ayez recours au lait de vache coupé de moitié d'eau, ou à celui d'ânesse, ou, ce qui vaut mieux, à une nourrice. Mais la mère ne veut pas de nourrice ; que faire ? Pendant deux jours, tout en continuant l'usage de l'eau lactescente, donnez par demi-cuillerée à café toutes les demi-heures le mélange suivant : une cuillerée à dessert de malaga ou de marsalla dans un demi-verre d'eau tiède et sucrée. Supposons que malgré l'administration de cette petite quantité d'alcool, l'enfant soit toujours en état de déchéance ; c'est alors que vous le mettez pendant deux ou trois minutes dans un bain contenant pour trois litres d'eau chaude une même quantité de vin. Voilà votre conduite ! Il ne me reste plus à ajouter que si au bout de vingt-quatre heures vous n'avez pas encore, ou la mère, ou une nourrice, il ne faut pas hésiter à recourir au biberon.

Maintenant, à propos de l'allaitement, se présentent d'autres conditions. Pour moi, sans discuter ce que font les autres, voici mes habitudes : étant donné un petit enfant, j'engage à lui donner le sein comme on veut, à condition que l'intervalle des prises de lait ne dépasse pas trois heures, le jour comme la nuit, qu'il soit éveillé ou qu'il faille le réveiller. Au surplus, les nourrices savent si bien que l'enfant qui dort toute une nuit sans se réveiller est un enfant qui ne se porte pas bien, que j'ai surpris, un beau jour, l'une d'elles occupée à préparer dans la cuisine une décoction de têtes de pavot. Vous devez ensuite vous occuper, surtout quand un enfant crie, de la façon dont on l'emmaillotte. Veillez principalement à ce qu'il ne soit pas trop serré et à ce qu'on le lave la nuit après chaque tétée. Mais, vous objectera la nourrice, Madame qui revient du bal ne veut pas entendre crier

l'enfant. Peu importe; la santé de l'enfant doit passer avant toutes ces exigences. Autre question. Monsieur, vous dira-t-on, à l'habitude de faire sortir les enfants de très bonne heure. Pour moi, je n'accorde cette permission en hiver qu'à partir de la quatrième semaine, en plein été au dixième jour, et au printemps ou à l'automne au quinzième jour. En résumé, il n'y a rien d'absolu; c'est plutôt affaire d'intuition que d'intelligence.

L'enfant arrive ainsi au cinquième mois où tout le monde parle des dents. A ce moment, il faut commencer à aider la nourrice avec de petites préparations. Vous donnerez d'abord le matin une petite biscote, pain ferme très léger, dans de l'eau, avec un peu de sel, de sucre et de beurre. Puis, au bout de huit jours, vous en ferez prendre deux: une le matin vers huit heures et une seconde le soir vers les cinq heures. Quinze jours s'étant écoulés, je remplace cette eau panée par une bouillie composée de lait, d'eau dans la proportion d'un tiers et de farine de froment. A dix mois un peu de bouillon avec du tapioca fait place à la bouillie du soir. Enfin, vers le douzième mois, je commence à donner à midi un potage et un œuf à la coque ou un peu de gelée de viande, puis le treizième de la cervelle, un peu de poisson. J'arrive de la sorte, peu à peu, à l'une des plus graves questions, à savoir le sevrage, dont nous nous occuperons plus tard.—

Praticien.

Des crottes de lait et de la gourme.—On désignait autrefois, sous le nom général de gourmes, certaines éruptions de la face et du cuir chevelu, très communes chez les jeunes enfants, et accompagnées ou non d'engorgement des ganglions du cou.

On croyait que ces maladies ouvraient de véritables exutoires, d'où s'échappaient les humeurs nuisibles au maintien de la santé. Il valait bien mieux que la gourme sortît, au dire de nos bons théoriciens; on devait la respecter, ne pas entraver sa marche, de peur d'exposer le petit être à de sérieux inconvénients, à de graves accidents dans un âge plus avancé. Ces idées avaient fait leur chemin dans le peuple, et elles y sont même restées avec des racines qu'il ne sera pas facile d'arracher.

Actuellement, la question est considérée comme parfaitement élucidée. On sait à quoi s'en tenir sur la nature de ces affections cutanées d'évolution différente, réunies sous le seul nom de gourmes. Les unes doivent être respectées, à cause de la mauvaise constitution du bébé; les autres, manifestation tout-à-fait locale, sont soumises à un traitement qui doit amener la guérison. Toutes cependant seront l'objet de soins hygiéniques, destinés à empêcher les complications, à calmer les douleurs et les démangeaisons, à combattre la mauvaise odeur.

Ces distinctions suffisent à prouver que la jeune mère devra prendre conseil de son médecin pour fixer le traitement médical

C'est principalement dans la première année, pendant la période de l'allaitement, que se déclare la maladie, ce qui lui a valu le nom de *croûte laiteuse*. On l'observe encore jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans (gourme), surtout chez les enfants mal tenus. C'est la malpropreté seule qu'on doit accuser. Scientifiquement, ces croûtes sont des formes de l'impétigo ou de l'eczéma; mais ici, nous allons laisser de côté les variétés de ces affections cutanées, pour considérer simplement la gourme au point de vue de son siège, de son évolution et de son traitement hygiénique.

1^o CROUTES DE LA FACE.—On voit d'abord apparaître, sur une surface plus ou moins large de la peau, des taches rouges, faisant une légère saillie. Ces taches, quelquefois réunies en groupes, et souvent distinctes, se recouvrent bientôt de petites pustules renfermant une gouttelette de sérosité. On les voit s'ouvrir au bout de deux ou trois jours; le liquide s'écoule alors, et se dessèche, en formant des croûtes jaunâtres, demi transparentes, qui tombent facilement, et se reproduisent presque aussitôt. A ces plaques s'ajoutent des pustules de voisinage, de telle sorte que le mal s'étend de jour en jour, gagnant les places libres.

Il est rare d'observer un mouvement fébrile, mais l'enfant est inquiet, il devient grognon; il est en proie à des démangeaisons très vives, à une chaleur désagréable. Cela peut durer ainsi quinze jours, ou trois semaines, et d'autres fois plusieurs mois.

Il n'y a de sérieux que les complications qui surviennent chez les enfants profondément lymphatiques. Ces complications peuvent affecter les yeux, les oreilles, et les ganglions du cou. Je ne fais que les signaler, en insistant sur la nécessité absolue d'une intervention éclairée.

2^o CROUTES DU CUIR CHEVELU.—Les pustules se développent sur la tête, en suivant la même marche dans leur évolution rapide, mais elles sont plus nombreuses, et se rapprochent plus tôt. Il se produit un suintement muqueux abondant, qui exhale une odeur nauséabonde, et aglutine les cheveux en larges plaques irrégulières. Les plaques se fendillent au bout de quelque temps, se détachent, et se reproduisent en partie.

Cet impétigo, qui débute au cuir chevelu, peut, de proche en proche, gagner la face, et rendre momentanément méconnaissable la figure la plus gracieuse. La pauvre mère est désolée de ce spectacle. Il ne faut pas, cependant, qu'elle s'afflige outre mesure; le mal disparaîtra sans laisser la moindre trace, et les cheveux repousseront avec vigueur, parce que les bulbes pileux n'ont pas été altérés.

Cet impétigo du cuir chevelu a une durée plus longue que celui de la face. Mais elle tient souvent à la négligence des parents, qui ne veulent pas soigner cette affection, ou attendent trop longtemps avant de prendre une sage détermination.

Comme je le disais au début, on ne doit pas oublier que ces

éruptions peuvent être une manifestation de la constitution, et qu'il y a quelques ménagements à avoir dans ces circonstances. Pourtant, il est certaines pratiques d'hygiène qui trouvent leur application dans tous les cas indistinctement.

3° MESURES D'HYGIÈNE.—Même dans le doute, il faut laisser de côté les pommades, à formules connues ou inconnues, dont les propriétés sont merveilleuses, si on ajoute foi à la prose des prospectus, et appliquer dans toute leur rigueur les règles d'une propreté spéciale. Sur les parties atteintes, on se contentera de faire quelques lotions émollientes avec une décoction de mauve ou de graine de lin; puis on saupoudrera avec de la farine. Bientôt les croûtes durciront, et alors seulement, avec une brosse de chiendent,—une de ces brosses qui servent à frotter les chapeaux de velours—on brossera, soir et matin, les plaques qui s'en iront en poussière. Peut-être que d'autres se reformeront encore, mais elles n'auront plus la même épaisseur, et disparaîtront à jamais sous le frottement répété du chiendent.

Pendant de nombreuses années, ce sont les seuls conseils que Brochard ait donnés aux jeunes mères. Moi-même, bien des fois, j'ai eu l'occasion d'expérimenter la chose, et toujours je me suis bien trouvé de cette ligne de conduite. Dès le début, on peut, dans quelque cas que ce soit, opposer ces moyens à la marche envahissante de la maladie; c'est la seule façon d'en arrêter rapidement les progrès.—*L'hygiène pratique.*

Traitement antiseptique de la diarrhée d'été chez les enfants, par L. Emmet HOLT.—

1° La diarrhée d'été ne doit pas être regardée comme une maladie produite par l'action d'un agent morbifique unique.

2° Les causes éloignées en sont nombreuses et comprennent la chaleur, la diète, le milieu atmosphérique, la dentition et autres facteurs.

3° La cause immédiate consiste dans la putréfaction du bol alimentaire dans l'estomac et l'intestin, putréfaction qui souvent commence en dehors du tube digestif.

4° Ces produits peuvent agir à l'instar des poisons dynamiques, ou bien produire localement de l'irritation et de l'inflammation de la muqueuse.

5° Les selles diarrhéiques, au moins celles du début, doivent être regardées comme salutaires.

6° L'emploi routinier de l'opium et des astringents dans ces cas n'est pas seulement inutile, mais, surtout au commencement, il peut même être positivement nuisible, car l'opium en arrêtant l'action péristaltique arrête aussi l'élimination et augmente la tendance à la putréfaction.

7° Je ne veux ni nier ni déprécier la valeur de l'opium dans

beaucoup de formes de diarrhée autres que celle dont nous venons de parler.

8^o Les évacuants doivent être regardés comme faisant partie essentielle du traitement antiseptique.

9^o L'expérience que j'en ai eu jusqu'à présent me porte à croire que la naphthaline et les salicylates sont les meilleurs antiseptiques possibles du tube intestinal.—*N. Y. Medical Journal*.

Traitement de l'invagination intestinale chez les enfants.—

A. F. PLICQUE nous fait connaître (*Progrès médical*) les bons résultats obtenus par Max. Hertz par les moyens suivants :

Certaines invaginations se réduisent très facilement et en quelque sorte d'elle-mêmes, dès que le malade est endormi par le chloroforme, ou bien dès qu'on fait un peu de massage. Dans un cas même, l'invagination disparut, tandis qu'on pratiquait le toucher rectal. Quand l'invagination est plus rebelle, Hertz croit qu'il y a toujours avantage à commencer par les insufflations d'air, et à n'avoir recours qu'ensuite aux irrigations par l'eau, il signale en passant le moyen mixte du siphon d'eau de Seltz. Tous ces moyens auront d'autant plus de chances de succès que l'invagination sera plus récente, siègera plus bas et sera de volume moins considérable.

Voici la technique des insufflations d'air :

Une sonde en gomme est introduite aussi haut que possible dans le rectum, l'enfant étant placé dans le décubitus dorsal les jambes un peu relevées pour relâcher le ventre. Par cette sonde on insuffle de l'air au moyen d'un soufflet, tandis qu'on fait un massage modéré au niveau du point où on présume, d'après le palper, devoir siéger l'invagination. L'insufflation et le massage sont faits à plusieurs reprises différentes, les reprises durant chacune deux minutes et étant séparées par une minute de repos.

Quant aux injections d'eau, Hertz conseille de les faire précéder, comme adjuvant, d'un bain à 25°, d'une demi-heure de durée. Pour l'anesthésie on se servira toujours de chloroforme : l'opium proposé par quelques médecins donne des résultats bien inférieurs. L'enfant sera placé sur le dos, le bassin élevé, la poitrine et la tête basse. La sonde employée aura un large orifice pour que le jet soit plus puissant, elle sera poussée aussi loin que possible. L'injection sera toujours faite lentement et sans jamais forcer. (L'oubli de ces précautions pourrait entraîner des ruptures de l'intestin.) La quantité d'eau est subordonnée à la hauteur de l'invagination. Trois à quatre litres sont souvent nécessaires. Cette eau sera employée tiède. Son séjour dans l'intestin ne sera jamais très prolongé. Après sa sortie, si l'invagination n'a pas cédé, on peut essayer d'injecter un demi-litre à un litre d'eau glacée. Il est rare qu'en répétant plusieurs fois ces tentatives on ne triomphe pas de l'invagination, et qu'on soit forcé d'avoir recours à la

parotomie. Quant au traitement par les courants électriques, Hertz ne semble pas l'avoir jamais employé.—*Concours médical.*

DERMATOLOGIE.

Traitement du pityriasis capillaire. — L'affection désignée sous le nom de pityriasis du cuir chevelu, caractérisée par cette desquamation fine et persistante, qui amène souvent à sa suite l'alopécie, a été attribuée à diverses causes: les irritations de toutes sortes par le mode de coiffure, par le peigne, par des applications intempestives ont été souvent invoquées; mais s'il est vrai que les irritations amènent des récidives, elles ne constituent pas la cause principale de la maladie qui tient pour beaucoup à la constitution même du malade. Ce qui le démontre, c'est que sa première apparition se fait à une certaine période de la vie, de quinze à trente ans par exemple, et jamais à un autre âge. De plus, elle se montre surtout chez des sujets blonds, lymphatiques, les arthritiques surtout et les eczémateux. Il y a, en effet, une parenté étroite entre le pityriasis et l'eczéma, et chez certains sujets, les deux affections doivent être confondues. Mais chez beaucoup de malades, le phénomène apparaît sans qu'on lui trouve une cause plausible.

Les modes de traitement préconisés contre ce pityriasis sont innombrables, en ne tenant compte même que de ceux qui sont sérieux; toutefois, l'affection n'étant pas toujours identique dans sa nature, on ne peut traiter tous les cas de la même manière. Les ressources dont on doit user ici sont de deux ordres, hygiène et médication proprement dite.

Au point de vue de l'hygiène, il faut proscrire toutes les causes d'irritation telles que l'emploi des brosses dures, le peignage au peigne fin et le véritable épluchage de la tête auquel bon nombre de malades se livrent avec persévérance. On doit prescrire, en outre, une coiffure non irritante, le port des cheveux courts, si c'est possible, bien qu'il ne soit nullement nécessaire de les couper chez les femmes, ce qui constituerait un sacrifice véritablement inutile.

Au point de vue de la médication, il n'y a rien ou fort peu de chose à espérer des médications internes: comme il s'agit cependant souvent de sujets lymphatiques ou arthritiques, il faut chercher à modifier la constitution, soit par un tonique, soit par l'emploi des alcalins. Mais c'est seulement sur le traitement topique qu'il est permis de compter. Celui-ci repose essentiellement sur l'emploi d'onctions grasses et de lotions diverses sur le cuir

chevelu, mais, quelle que soit leur composition, elles doivent être toujours pratiquées de la manière suivante qui doit être minutieusement indiquée au malade. Les onctions doivent être faites le soir, et, lorsque les cheveux sont trop longs surtout, il faut de toute nécessité écarter ceux-ci par un certain nombre de raies sur lesquelles le corps gras est étalé de manière à bien imprégner le cuir chevelu. La tête est ensuite enveloppée d'un bonnet, et c'est le lendemain matin que sont faites les lotions. L'opération doit être répétée tous les jours, tous les deux jours, ou une fois par semaine suivant l'intensité de la maladie. Toutes ces indications doivent être données strictement si l'on ne veut voir le traitement échouer faute d'être bien exécuté.

Dans les cas légers des onctions avec l'huile d'amandes douces, répétées une ou deux fois par semaine, seront suffisantes. Dans les cas plus sérieux, il faut une médication plus active, et parmi les nombreuses substances proposées, deux surtout sont utilisées : ce sont le turbith et le soufre. Le turbith s'emploie à la dose de 1 gramme pour 30. Le soufre est préférable et peut être utilisé dans la pommade suivante :

Moëlle de bœuf.....	60 grammes.
Huile d'amandes douces.....	20 —
Fleur de soufre.....	1 —
Teinture de benjoin.....	6 —

L'onction étant faite le soir, la lotion est faite le lendemain matin avec divers liquides. L'eau savonneuse peut suffire. On peut employer aussi l'eau alcaline suivante :

Eau de son.....	500 grammes.
Glycérine.....	40 —
Carbonate de soude.....	2 —

Les lotions avec la décoction de bois de Panama sont également très utiles.

Le traitement est employé tout d'abord tous les jours pour les cas sérieux, puis progressivement de moins en moins souvent, jusqu'à ce qu'on puisse se contenter de le faire une fois tous les quinze jours environ.

On peut également employer le bonnet de caoutchouc pendant la nuit, ce qui réussit très bien contre les formes qui se rapprochent de l'eczéma. Enfin, les bains de vapeur donnent aussi un très bon résultat, et l'on voit nombre de malades atteints d'une desquamation abondante du cuir chevelu arriver à se débarrasser d'une manière permanente de cette affection en prenant régulièrement un bain de vapeur par semaine.

L'emploi de ces divers moyens doit être toujours très prolongé et souvent les malades cessent de les appliquer avant d'avoir pu en voir les résultats ; d'un autre côté, en raison des susceptibilités

particulières, on ne doit employer les toniques même légèrement irritants qu'avec les plus grandes précautions, de telle sorte qu'il s'agit toujours, dans les cas sérieux, d'un traitement d'une application délicate et difficile à diriger.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Manifestations cutanées du bromisme.—Un cas d'ichthyose.—Psoriasis des organes génitaux.—Clinique de M. le docteur E. BESNIER à l'hôpital Saint-Louis.—Un homme, qui est entré hier dans le service, est atteint d'une affection cutanée qui permet d'appeler l'attention sur certains points souvent oubliés par les médecins et concernant l'emploi de certains médicaments dans certaines conditions.

Par exemple, certains sujets ont une disposition individuelle en raison de laquelle ils ne supportent pas certains médicaments. Il en est de même de l'état particulier de certains organes éliminatoires (poumon, peau, reins) et de certains états du cœur.

Ce sont surtout les bromures et les iodures qui sont à signaler, et surtout le bromure de potassium, qui est plus dangereux que l'iodure. Le bromure est un vaso-constricteur énergique, qui agit sur le système nerveux central. En outre, il produit une irritation vive de l'estomac et de la diarrhée s'il n'est pas assez étendu d'eau ; la poudre de bromure de potassium, appliquée sur une surface excoriée, produit l'effet d'un caustique.

Si le sujet est atteint d'une affection gastrique ou cardiaque, ou d'une bronchite, on aggrave la maladie en lui donnant du bromure ; il y a une bronchite bromurique. S'il y a albuminurie, on peut avoir des accidents et une terminaison funeste.

Il ne faut pas donner le bromure à la légère.

La peau subit aussi son action, action chimique directe ; il produit l'acné bromique avec congestion irritative pouvant donner lieu à des abcès.

Nombreux sont les accidents bromiques sur la peau ; ils varient suivant les individus, mais n'ont aucune spécificité. Ainsi, on voit de l'érythème, de l'eczéma simple, mais avec fissures et rhagades plus considérables que dans l'eczéma d'autre cause, des éruptions acnéiques suppurant facilement, des furoncles agglomérés. Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'ulcérations des membres inférieurs qui ne sont pas de nature syphilitique, il faut chercher le bromure.

Notre malade a de l'eczéma des mains, et, de plus, de gros boutons acnéiques à la face ; il prend du bromure depuis quelque temps, depuis trois mois.

On associe souvent le bromure à l'iodure de potassium, et alors il est difficile de savoir lequel incriminer ; mais le bromure est plus mauvais que l'iodure.

Ce matin, quand on a analysé les urines de ce malade, on y a

trouvé de l'iode ; mais il prend depuis assez longtemps une solution forte de bromure qui peut contenir un peu d'iode. Il est intoxiqué par le bromure, parce qu'il est emphysémateux, albuminurique, et que sa peau fonctionne mal.

Ainsi donc, le bromure de potassium est un irritant chimique local. Il ne faut pas en donner une solution forte, si ce n'est très étendue d'eau ; il faut la donner à la fin des repas, et non au commencement, afin d'éviter l'irritation gastrique. Il faut se rappeler qu'il n'y a rien à en attendre dans les bronchites et les affections cardiaques, bien au contraire il est contre-indiqué ; il faut le réserver pour les affections nerveuses.

Y a-t-il un moyen de lutter contre ces inconvénients du bromure ? Il y a un médicament, l'arsenic, considéré comme antidote du bromure. Tous les médecins donnent en même temps la liqueur de Fowler, et il n'y a pas d'autre médicament à employer contre les congestions bronchiques et les diarrhées du bromure.

Comment traiter les accidents cutanés ? Les accidents furonculoux et acnéiques seront traités par les astringents, et en particulier le tannin : badigeonnages avec glycérine au tannin (1 pour 100) ; puis supprimer le bromure et donner, avec l'arsenic, des diurétiques légers (tisane de chiendent, un pot avec deux gouttes de liqueur de Fowler).

Un homme présente une sécheresse très marquée de la peau des mains, qui est rugueuse et dont les plis sont augmentés. C'est un certain degré d'ichthyose qui prédispose à d'autres altérations de la peau, et, en effet, ce malade a de l'eczéma.

L'ichthyose est une affection primitive de la couche cornée, laquelle détermine par hyperkératose une compression des organes sécréteurs ; ce n'est pas l'absence de sécrétions cutanées qui constitue l'ichthyose, elle est au contraire une conséquence de l'ichthyose.

Pour traiter cet eczéma chez un ichthyosique, il faut surtout des émoullients, bains de gélatine, et on peut aussi faire des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc.

Un homme est atteint d'un psoriasis des organes génitaux, qui, eu raison de son siège, présente un aspect pouvant faire croire à une affection syphilitique ; c'est un psoriasis atypique. Ici le diagnostic peut facilement se faire, parce que le malade présente en d'autres régions, et en particulier aux lieux d'élection, genoux et coudes, des plaques typiques de psoriasis.

Le traitement sera fait avec la pommade à l'acide pyrogallique à 10 pour 100 : frictions avec une brosse à ongles enduite de pommade ; avant de faire ces frictions, il faudra décaper les lésions.—*Gazette médicale de Paris.*

FORMULAIRE.

Bronchite aiguë.—*Muirhead.*

P.—Vin d'antimoine.....	3	drachmes
Potasse liquide.....	2	“
Acétate d'ammoniaque liquide.....	3	onces
Sirop d'orange.....	1½	once
Eau.....	q. s.	pour faire 6 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe dans un verre à vin d'eau, toutes les trois heures.—*Edinburg Medical Journal.*

Constipation.—*St. Luke's Hospital, N. Y.*

P.—Sulfate de magnésie.....	½	once
Sulfate de soude.....	½	“
Sulfate de potasse.....	2	grains
Bicarbonat de soude.....	8	“
Chlorure de sodium.....	20	“
Eau.....	q. s.	pour faire 8 onces

M.—*Dose* : Un verre à vin avant le déjeuner. Cette potion constitue une véritable eau Hunyadi Janos artificielle.—*Leonard's Medical Journal.*

Diarrhée rebelle.—*Canstatt.*

P.—Nitrate d'argent.....	¼ à ½	grain
Eau distillée ..	2	onces
Poudre d'acacia.....	2	scrupules
Sucre blanc.....	2	drachmes

M.—*Dose* : Une ou deux cuillerées à thé toutes les deux heures.—*Leonard's Medical Journal.*

Tœnia.

P.—Tannate de pelletière.....	18 à 22	grains
Acide tartrique.....	q. s.	
Eau.....	1½	once.

M.—A prendre le matin, en une fois, à jeun ; une heure après, 1½ once d'eau de vie allemande. Le tœnia est rendu au bout de quelques heures.—*Revue. internat. des sciences méd.*

Endométrite cervicale.—*Chéron.*

P.—Acide pyroligneux.....	1½	once.
Teinture d'iode.....	1½	drachme.
Acide phénique.....	18	grains.

M.—A l'aide d'un porte-caustique autour duquel on enroule de l'ouate hydrophile, on porte cette mixture dans toute la longueur du canal cervical.—*Revue internationale des sciences médicales.*

Syphilome cérébral.—*Bartholow.*

P.—Protoiodure de mercure.....	$\frac{1}{6}$ grain.
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{4}$ “
Extrait d'opium.....	$\frac{1}{2}$ “

M.—Pour une pilule, à prendre toutes les quatre heures. En même temps, le malade prendra 20 grains d'iodure de sodium toutes les quatre heures.—*College and Clinical Record.*

Ecthyma.—*Ringer.*

P.—Sulfate de quinine.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Acide sulfurique aromatisé.....	$\frac{1}{2}$ “
Teinture de cardamome comp.....	$1\frac{1}{2}$ once
Eau distillée.....	q. s. pour faire 5 onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à dessert trois fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Prurit sénile.

P.—Extrait de noix vomique.....	$\frac{1}{4}$ grain
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{4}$ “

M.—Pour une pilule, à prendre matin et soir.—*College and Clinical Record.*

Pityriasis.—*Da Costa.*

P.—Teinture de perchlore de fer.....	20 gouttes
Solution de chlorure d'arsenic.....	5 “
Sirop } de chaque, q. s. pour faire.....	1 drachme
Eau }	

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Limonade ferrugineuse.—*Goodell*

P.—Teinture de perchlore de fer.....	6 drachmes
Acide phosphorique dilué.....	6 “
Essence de citron.....	2 “
Sirop simple, q.s. pour faire.....	6 onces

M.—*Dose*: Deux cuillerées à thé dans un peu d'eau, après chaque repas, Ceci constitue un excellent mode d'administration de la teinture de fer.—*Columbus Medical Journal.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MAI 1887.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

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

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

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

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

Les amendements à l'Acte médical et le bill de l'hon. M. Lynch.

Ainsi que nous le disions dans notre dernier numéro, les amendements que le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens se proposait de faire subir à l'Acte médical ne seront pas présentés maintenant à l'examen de la Législature. Un premier projet, élaboré un peu à la hâte, ayant paru insuffisant, le temps a manqué pour en préparer un autre dans les délais requis. En outre, une polémique assez vive s'étant engagée à cette occasion entre M. Pagnuelo, avocat de cette ville, et Sir William Dawson, certains faits nouveaux se sont présentés qui vont exiger un examen plus approfondi de la question et peut-être même l'adoption de mesures auxquelles on ne s'attendait pas tout d'abord.

On se rappelle que parmi les amendements élaborés par le comité du Bureau des Gouverneurs et approuvés par celui-ci, il en était un qui comportait ce qui suit :

“ L'examen préliminaire à l'étude de la médecine comprendra les matières maintenant obligatoires, et de plus, la physique, la chimie élémentaire, la philosophie intellectuelle et morale.”

Au cours d'une lettre publiée dans la *Gazette*, Sir Wm. Dawson a prétendu que cette disposition était injuste pour les élèves ayant fait leurs études classiques dans les universités et écoles protestantes où la philosophie n'est point enseignée, et que vouloir rendre la philosophie obligatoire pour tous les aspirants à l'étude de la médecine, c'est vouloir exclure de celle-ci messieurs les anglais. L'examen préliminaire pour l'admission à l'étude du droit comportant aussi lui la philosophie comme matière obligatoire, le même reproche lui est aussi adressé par Sir Wm. Dawson.

Dans le but de parer à cet état de choses, l'hon. M. Lynch a présenté à la Législature actuellement en session à Québec, un projet de loi pourvoyant à la nomination d'un seul et unique bureau d'examineurs pour l'admission à l'étude du droit et de la médecine. Ce bureau, dont les membres seraient choisis *autant que possible* (sic) dans le corps enseignant de la province, serait divisé en deux sections, l'une pour les candidats parlant la langue française, l'autre pour les candidats parlant la langue anglaise. Chaque section choisirait les matières devant faire l'objet de l'examen, ce choix pouvant être contrôlé par les sections catholique et protestante du conseil de l'instruction publique respectivement. Tout candidat porteur d'un diplôme de bachelier ès arts à lui conféré par une université canadienne ou anglaise ne serait pas tenu de subir l'examen requis.

Nous ne donnons là que les traits principaux du bill en question. Comme il est facile de le voir, ce n'est pas très malin, mais si l'on croit avoir trouvé là le moyen d'éviter l'encombrement des professions, de relever le niveau intellectuel de celles-ci en interdisant aux incapables et aux nullités l'accès des études professionnelles, on se trompe énormément. Il y a plus, ce bill porte directement atteinte aux droits et privilèges qu'ont toujours eus les corps professionnels de régler eux-mêmes, suivant le besoin, les conditions d'admission à l'étude comme à la pratique.

Nous ignorons si le Bureau provincial de médecine a pris l'affaire en mains, ni s'il a l'intention de revendiquer ses droits les plus légitimes et les plus incontestables. Nous comptons bien qu'il le fera sans délai, qu'il a dû le faire même avant aujourd'hui. Pour nous, nous tenons à protester contre les dispositions de ce bill qui, s'il est adopté et devient loi, nous replongera fatalement au plus profond de l'ornière d'où nous sommes sortis à grand-peine, et nous fera rétrograder au moment même où nous commençons à avancer dans la voie du progrès.

Nous aurons occasion de revenir sur cette question quand l'on aura donné une forme définitive aux amendements proposés par

le Bureau. Alors nous aurons également l'occasion d'apprécier les résolutions adoptées par les médecins de Québec au sujet de ces mêmes amendements.

Hommage au mérite.

Dans la livraison de février dernier, la *Revue internationale des sciences médicales*, publiée à Paris par M. le Dr. Eugène MARTEL, reproduit en entier la *sixième lettre aux deux Wilfrid* de M. le Dr. Coyteux PRÉVOST, et la fait précéder de l'appréciation suivante :
 " M. le docteur Coyteux PRÉVOST (d'Ottawa), publie dans l'UNION MÉDICALE DU CANADA de janvier 1887, une *sixième lettre aux deux Wilfrid* où nos lecteurs trouveront exposées en excellent français et en un style qu'on ne rencontre pas toujours sur les bords de la Seine, des observations d'une grande justesse sur une maladie qui a déjà fait couler beaucoup d'encre."

Nous sommes heureux de pouvoir rendre publique cette haute appréciation du travail si intéressant de notre collaborateur et ami. Nous y voyons la preuve palpable qu'au sein de notre ancienne mère-patrie (restée toujours la même pour nous) on n'oublie pas les français du Canada, et qu'on suit avec autant d'intérêt que de bienveillance leurs travaux et leur marche vers le progrès.

Ces témoignages nous vont droit au cœur, et nous prions nos illustres confrères de là-bas de vouloir bien nous continuer toujours leur sympathique encouragement, tandis que, de notre côté, nous tâcherons de nous en rendre toujours dignes.

Un nouveau symptôme de la méningite tuberculeuse.

On sait combien est parfois difficile, au début, le diagnostic de la méningite tuberculeuse. Certains symptômes réputés quasi-caractéristiques de cette maladie peuvent faire défaut, et si le praticien n'a pas à sa disposition une somme suffisante d'expérience et d'observations antérieures, il reste quelquefois perplexe en face d'un diagnostic douteux. On comprend dès lors de quel prix doit être un signe qui puisse nous permettre de distinguer à coup sûr la maladie dont nous parlons d'autres affections qui, comme la méningite simple, la fièvre typhoïde, etc., peuvent souvent induire en erreur.

Dans une communication à la Société pathologique de Chicago, le 26 juillet dernier, M. le Dr. SKEER a attiré l'attention sur un signe qui n'a pas encore été, que nous sachions, mentionné par aucun auteur classique, et qui se montrerait invariablement au

cours de la première ou de la seconde période de la tuberculose des méninges. Ce symptôme consiste en un petit cercle qui se montre sur l'iris, tout près du bord pupillaire qu'il entoure complètement. Quand ce cercle commence à apparaître, il est plus ou moins indistinct et ressemble à une bandelette blanchâtre et quasi transparente dont le bord externe s'étend tout d'abord jusqu'au bord libre de l'iris. Au bout de douze à trente-six heures, tout le bord de l'iris est envahi et a pris une couleur blanchâtre, avec aspect irrégulier et granuleux. Ces altérations, qui commencent simultanément dans les deux yeux, sont plus apparentes dans les iris de couleur brune. Elles disparaissent parfois assez rapidement, (d'où la nécessité d'examiner les yeux chaque jour) et font place à des anneaux jaune-brunâtres qui augmentent de dimension en même temps que se fait la dilatation de la pupille.

M. SKEER incline à croire que ces altérations sont de nature tuberculeuse. Pour lui, elles sont pathognomoniques de la méningite tuberculeuse dont elles établissent le pronostic en même temps que le diagnostic. Les cas de méningite tuberculeuse sont malheureusement assez fréquents parmi nous pour que nous puissions contrôler la vérité des faits relatés plus haut.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SAYRE.—Leçons Cliniques sur la Chirurgie Orthopédique, par le Dr. Lewis A. Sayre, professeur de Chirurgie à l'Hôpital Bellevue, à New-York; traduites de l'anglais d'après la 2ème édition par le Dr. Henri Thorens, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Préface par le Dr. POLAILLON, chirurgien de la Pitié—Avec 274 figures. Paris. G. Steinheil, éditeur, 1887. Octavo royal de 495 pages.

Nous n'avons pas besoin de faire devant le public médical l'éloge de ce livre. Le *Traité de Chirurgie Orthopédique de Sayre* a eu un légitime retentissement. La première édition a été vite épuisée et c'est sur la seconde, tellement modifiée et augmentée par l'auteur qu'elle constitue presque un ouvrage nouveau, que la traduction française a été entreprise par le Dr. Thorens.

L'extrait suivant de la préface du Dr. Polaillon nous indique sommairement la nature des sujets traités dans ces leçons cliniques : "L'Orthopédie offre à l'étude un champ immense. Tous les troubles de l'appareil locomoteur, toutes les difformités congénitales ou acquises lui appartiennent. Mais M. Sayre ne pouvait, dans un cours clinique, embrasser ce vaste programme. Il a dû se borner aux sujets les plus importants, tels que les *pièds bots*, les *déviations du rachis*, le *mal de Pott*, le *torticolis*, les *arthrites* qu'il considère comme la cause la plus fréquente des déformations acquises."

FERNANDEZ, A. M.—*Contributions to the diagnosis of yellow fever.*—New Orleans, 1887.

HUNTER, JAS B.—*Persistent pain after abdominal section,*—brochure de 10 pages. New York, 1887.

WILSON, (H. Augustus) M. D., *Soluble Compressed Hypodermic Tablets.*

Publications du Progrès Médical.—Paris.—14, Rue des Carmes.—Paris.

BERBEZ (L) *Hystérie et traumatisme.*—Paralysies, Contractures, Arthralgies, Hystéro-traumatiques. Volume in-8o de 127 pages. Prix frs. 3.50.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Concours de Pinternat.—Un concours pour deux places d'assistant-interne à l'hôpital Notre-Dame a eu lieu le 7 avril, et s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs S. GIRARD et J. A. DAIGNAULT.

Université Laval, Montréal.—Faculté de médecine.—Lors des examens qui ont eu lieu au commencement d'avril pour la Licence et le Doctorat en médecine, les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

- Pathologie interne* : Dysenterie, symptômes, traitement.
- Pathologie externe* : Qu'appellez-vous maladies vénériennes ?
- Définissez la bleunorrhagie, le chancroïde, le chancre infectant. Quels sont les médicaments les plus efficaces dans le traitement de la syphilis à ses diverses périodes ?
- Obstétrique* : Comment explique-t-on les grossesses géme-laires ?
- Matière médicale et thérapeutique* : Purgatifs salins.
- Otologie* : Polypes de l'oreille.
- Toxicologie* : Empoisonnement par la cantharide.

Les cours du troisième terme ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.—*Botanique* : Dr. DUVAL, 8 h. a. m. tous les jours excepté le jeudi.—*Pathologie générale* : Dr. E. P. LACHAPELLE, 9h. a. m. tous les jours.—*Histologie* : Dr. LAMARCHE, 10h. a. m. tous les jours.—*Hygiène* : Dr. S. LACHAPELLE, 3h. p. m. tous les jours.—

Thérapeutique et matière médicale: Dr. H. E. DESROSIERS, 4h. p. m. tous les jours. — *Tocologie*: Dr. DAGENAIS, 5h. p. m. tous les jours.

CLINIQUES.—*Clinique interne* (hôpital Notre-Dame): Dr. H. E. DESROSIERS, 11h. a. m. ; lundi, mercredi, vendredi.—*Clinique externe* (hôpital Notre-Dame): Dr. BROUSSEAU, 11h. a. m. ; mardi, jeudi, samedi.—*Clinique obstétricale* (Maternité): Dr. DAGENAIS. Sur avis spécial.—*Clinique ophtalmologique* (hôpital Notre-Dame): Dr. A. A. FOUCHER, 9.30h. a. m. tous les jours.

Nouveaux médecins.—Nous donnons, ci-après, la liste des nouveaux médecins qui viennent de prendre leurs degrés à l'Université Laval et à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal.

Université Laval Montréal.—MM. J. B. RICHARD, de St. Denis, Rivière Chambly, S. GIRARD, de St. Germain, T. H. MAYRAND, de Deschambault, C. MARCIL, de St. Eustache, et R. PERRAULT, de l'Assomption.

Université Laval (Québec).—MM. JOS. CINQ-MARS, HENRI BÉGIN, A. COUTURIER, J. W. EDGE, H. MARCHAND, JOS. LANGLOIS, D. PAGE, GEO. TREMBLAY, A. BÉLANGER, JOS. TRIGANNE, N. GINGRAS, et PANTALÉON J. LALLETIER.

École de médecine et de chirurgie de Montréal.—MM. ALEX. ARCHAMBAULT, P. BISSONNETTE, F. X. BOILLEAU, L. V. CABANA, C. T. CARLE, T. CHARRON, A. CHRÉTIEN, A. CLÉMENT, F. X. COMEAU, F. CORNU, A. D'ESCHAMBAULT, H. DÉSILETS, C. A. DUGAS, N. DEMONT, J. FONTAINE, W. GADBOIS, H. GARCEAU, P. GERVAIS, J. GUY, C. LAFRENIÈRE, T. LAMARCHE, G. LANTHIER, C. LECLAIR, A. LÉTOURNEAU, J. MCINTOSH, J. MICHAUD, AD. MIGNAULT, P. PELLAND, C. POITRAS, N. PRIMEAU, L. RACHETTE, C. S. RODIER et C. TREMBLAY.

Nécrologie.—A Rouen, M. le Dr. LEUDEL, directeur de l'École de médecine de Rouen.—A Paris, M. LIMOISIN, pharmacien de 1er classe, président de la Société de thérapeutique.—A Chicago, M. le Dr. J. S. JEWELL professeur de neurologie au Chicago Medical College.

NAISSANCE.

DAVID.—A Montréal, le 7 avril, la dame du Dr. Arthur David une fille.

DECES.

DAVID.—A Montréal, le 1er mai, à l'âge de 23 jours, Eugénie, enfant du Dr. Arthur David.