

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for filming. 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 filming, are checked below.

L'Institut a microfilmé 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 filmage 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
- 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
- Blank leaves added during restoration may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from filming/
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 filmées.
- Additional comments:
Commentaires supplémentaires:

- 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
- Continuous pagination/
Pagination continue
- Includes index(es)/
Comprend un (des) index
- Title on header taken from:
Le titre de l'en-tête provient:
- Title page of issue/
Page de titre de la livraison
- Caption of issue/
Titre de départ de la livraison
- Masthead/
Générique (périodiques) de la livraison

This item is filmed at the reduction ratio checked below/
Ce document est filmé au taux de réduction indiqué ci-dessous.

10X	14X	18X	22X	26X	30X
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12X	16X	20X	24X	28X	32X

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS

VOLUME XIV



MONTREAL :

CIE. DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30^e Rue St-Gabriel

1885

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE CHIRURGICALE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal, De la cystotomie comme traitement de la cystite chronique, M. Brosseau, M. D. 1	cancer du sein, 24. — Traitement du bec-de-lievre. 27
CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal, Les cérébraux, M. Laramée, M. D. 10	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Des douleurs de l'accouchement, 28. — Du traitement de l'éclampsie puerpérale 29
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Monoplégie du bras et de la jambe, de nature hystérique, 13. — Traitement du coryza par les inhalations d'eau camphrée, 15. — Du vertige au point de vue séméiologique 16	MALADIES MENTALES. — De la dipsomanie, 34
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Infiltration d'urine, abcès urinaires, 18. — De la nature parasitaire de la blennorrhagie, 23. — Pronostic et traitement du	FORMULAIRE. — Dyspepsie, — Diphthérie, — Gale, — Prurit anal, — Cancroïde, — Contusions 46
	BULLETIN. — Nos asiles d'aliénés, 41. — L'affaire Lynam, — Le Mariate de Cocaine. 45
	BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 47
	NOUVELLES MÉDICALES. — Le choléra, — Le comité d'organisation du neuvième Congrès international de médecine, — Nécrologie, — Université Laval, Montréal, — Naissances. . . 48

REVUE DE MEDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

CHAUVEAU

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon
Directeur de l'École vétérinaire.

CHARCOT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de la Salpêtrière.

VULPIAN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

LANDOUZY

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Tenon.

LEPINÉ

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

TERRIER

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de l'année 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque revue séparée :		Pour les deux revues réunies :	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	40 fr.

Prix de la Livraison : 2 fr.

On s'abonne sans frais, à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'Étranger, et dans tous les bureaux de poste. 1-85

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

**Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la
Bronchite, de la Toux et des Affections des
Voies Respiratoires.**

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces Pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est ici associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différents Maux de Gorge causés par le froid sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

MODE D'EMPLOI.—*Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.*

Les Pastilles de Chloramine de Spencer étaient souvent prescrites, il y a quelques années, par les médecins de Philadelphie et des alentours, et leur promptitude d'action leur valut, partout où elles furent connues, une popularité plus étendue que celles de tous les losanges employés contre la Toux, l'Inflammation des muqueuses, etc., etc.

Médecins et patients ont été unanimes à en louer les effets. A notre avis, cette combinaison constitue une amélioration des "Ammonia Lozenges" de Jackson. La formule en est due, nous dit-on, à M. Lenher, chimiste pratique, pendant plusieurs années en grande estime dans cette ville, il y a associé très heureusement le chlorure d'ammonium au chlorure de Potassium, l'extrait de douce-amère à celui de Jusquiame comme calmants anodins, les baumes pectoraux de Tolu et du Pérou, au Sénégal à la Scille et à une dose fractionnée d'Ipécac. De fait, nous avons plus de confiance en cette formule qu'en aucune prescription à nous connue, et notre longue expérience nous a rendue familière la composition de toute cette classe de remèdes.

Nous les recommandons sans hésitation comme sans réserve convaincus que nous sommes qu'elles seront plus promptement efficaces que tous les remèdes populaires contre la toux et qu'elles ne peuvent produire aucun des inconvénients inséparables de l'emploi des sirops et des losanges qui affectent si souvent les organes digestifs, causent des nausées, gâtent l'appétit, inconvénients causés le plus souvent par un excès de morphine ou d'émétique, ou des deux à la fois.

M. Spencer se retirant des affaires et M. Lenher étant mort nous nous sommes décidés d'acheter la formule et le droit de fabrication, notre matériel et notre expérience nous permettant de préparer les Pastilles d'une manière plus inaltérable que ne le faisaient les premiers propriétaires.

PRIX : 25 CENTINS LA BOUTEILLE,

expédiée par la malle sur reçu du prix.

JOHN WYETH & BRO.,

Manufacturing Chemists,

PHILADELPHIE.

Adressez toutes commandes à la

DAVIS & LAWRENCE COMPANY, Limited,
MONTREAL.

Seuls Agents pour la Puissance du Canada.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

Vol. XIV.

MONTREAL, JANVIER, 1885.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — M. BROSSEAU.

De la cystotomie comme traitement de la cystite chronique.

Nous avons eu dans nos salles, depuis quelques mois, plusieurs cas de cystite chronique; rien d'étonnant en cela, car vous savez que cette maladie est très fréquente et très difficile à guérir; certains médecins la rangent même parmi les affections incurables.

Un vieux professeur renommé pour son esprit d'observation (le regretté Dr Munro) disait souvent à ses élèves: "le catarrhe de la vessie est l'opprobre de l'art," et c'est malheureusement trop souvent vrai.

Voyons tout de même si le praticien doit s'avouer vaincu en présence de cette maladie, ou si la pathogénie de la cystite chronique étant mieux connue de nos jours, il n'est pas possible d'instituer un traitement plus efficace.

La cause la plus commune de la cystite chronique est un obstacle quelconque à la miction, soit l'*hypertrophie* de la prostate, soit le *rétrécissement* de l'urèthre, soit encore l'*atonie* des parois vésicales.

On sait que l'hypertrophie de la prostate existe chez un tiers des hommes qui ont atteint l'âge de 55 ans. Cette hypertrophie déforme l'urèthre, en change la direction et en augmente la longueur.

C'est surtout l'hypertrophie du lobe moyen qui rend la miction difficile, souvent même impossible sans le cathéter.

Cette portion de l'urèthre peut être allongée de 3 centimètres, longueur normale, jusqu'à 6 centimètres, et être *coulée* à son milieu, modifications qui rendent le cathétérisme très difficile, surtout si le chirurgien n'a pas la précaution de se servir d'une longue sonde à courbure prononcée.

Quant au traitement, la première chose à faire, c'est de vider soigneusement la vessie une ou deux fois par jour, et toujours avec la plus extrême douceur. Les belles sondes en gomme, à courbure fixe, ou encore les sondes en caoutchouc vulcanisé sont les meilleures et les seules convenables à ces cas. Si on laisse stagner l'urine dans la vessie, l'urée se décompose en carbonate d'ammoniaque, substance âcre et irritante qui détermine bientôt l'ulcération de la muqueuse. La vessie non vidée se trouve comme un vase mal lavé ou pas nettoyé du tout, dit Thompson.

Le catarrhe vésical est très difficile et souvent impossible à guérir par les moyens ordinaires; c'est en présence de cette inefficacité du traitement que des médecins hardis ont proposé la cystotomie *antiphlogistique*, ainsi appelée pour la distinguer de celle qui est faite dans le but d'extraire les corps étrangers de la vessie.

Laissez-moi vous rapporter ici quelques observations, afin de vous faciliter l'intelligence de cette leçon.

Obs. 1.—Olivier H., 56 ans, journalier, constitution robuste. Voici son histoire: "Vers le 15 de mars dernier, dit-il, j'étais à uriner, quand un compagnon me pousse et me fait tomber sur un amas de petites branches; une douleur se fait de suite sentir dans la verge; craignant qu'une de ces petites branches n'eût pénétré dans le canal, je m'introduisis un brin de foin jusque dans la vessie dans le but de retirer ce corps étranger, mais je ne trouvai rien. Je ne me suis pas aperçu que ce brin de foin se fut rompu. Quelque temps après, une douleur se fit sentir dans le bas ventre, les aines, et la miction devint de plus en plus fréquente, accompagnée de beaucoup de douleurs et d'efforts, le jet d'urine étant quelquefois brusquement interrompu."

Libre à vous, messieurs, d'interpréter comme bon vous semblera, l'histoire de ce patient. Le lendemain de son entrée, vous m'avez vu examiner le malade au moyen de la sonde exploratrice et constater la présence de calculs. L'urine était alcaline.

Durant la nuit suivante, O. H. passe un calcul allongé, blanchâtre, friable, au centre duquel on distingue un point noir. On broie ce calcul et l'on voit que c'est un brin de foin qui lui sert de noyau. Vu la texture fragile et le petit volume du calcul, nous pratiquons la lithotritie et retirons les mors du lithotriteur pleins de débris. Cette séance, quoique très courte, est suivie d'une fièvre urétrale prononcée. Nous pratiquons plus tard, à de longs intervalles, trois autres séances de lithotritie. Les calculs sont difficiles à saisir, il faut aller les chercher en arrière de la prostate, en tournant en bas le bec de l'instrument; cependant nous réussissons à en broyer à chaque séance.

La prostate étant largement hypertrophiée, l'expulsion des débris est difficile. Nous constatons après chacune de ces séances une fièvre bien marquée, des douleurs vésicales, des chauffements après la miction, etc., etc.

Cette *susceptibilité* et cette *irritabilité* de la vessie nous induisent à remplacer la lithotritie par la taille. D'un autre côté, messieurs, je veux que vous compreniez bien qu'en pratiquant la lithotomie sur ce malade, ce n'est pas uniquement pour le débarrasser des calculs que sa vessie renferme encore, mais plutôt pour combattre la cystite et la prostatite chroniques.

Ces maladies sont tellement invétérées chez cet homme, que quand bien même il n'aurait plus un fragment de calcul dans la vessie, cet organe ne s'améliorerait pas, ne guérirait pas. La preuve en est que depuis deux mois ce malade suit un traitement régulier. A l'intérieur : acide benzoïque, benzoate d'ammoniaque, boissons délayantes, et cependant l'urine est toujours restée alcaline. Une ou deux fois par jour, cathétérisme avec des sondes molles, afin de vider complètement la vessie, puis lavages et injections modificatrices diverses, au bichlorate de soude, à l'acide phénique, etc., etc.

Tout ce traitement n'a amené aucune amélioration ; au contraire il est très probable que de nouveaux calculs se forment à mesure que l'inflammation envahit les tuniques profondes de la vessie, que la prostate augmente rapidement de volume ; la preuve c'est que la sécrétion muco-purulente est devenue plus abondante, les douleurs plus vives et les difficultés d'uriner plus grandes, etc.

Ce patient a évidemment une déchèse calculuse, le brin de foin a servi à l'aggrégation de ces phosphates.

Vous nous avez vu, le 14 octobre, pratiquer la cystotomie.

Nous avons choisi la taille *médio bilatérale*, (incision externe sur la ligne médiane du périnée, urèthre perforé dans sa portion membraneuse ; puis le double cystitôme de Dupuytren poussé jusque dans la vessie en est retiré ouvert d'un pouce et quart afin d'inciser largement les deux lobes latéraux de cette prostate hypertrophiée et enflammée).

Avec la tenette courbe, nous retirons du bas fond de la vessie un calcul allongé, mou, friable, pesant environ une once et demie, dans lequel nous trouvons encore le brin de foin. Avec la curette bouton nous nettoyons soigneusement la vessie. Nous mettons dans la plaie un gros tube en caoutchouc afin de faciliter l'écoulement de l'urine et d'empêcher la cicatrisation ; notre but est de laisser la vessie en repos complet. Nous faisons par ce tube des lavages et des injections modificatrices.

Ce tube devra rester en place durant un long mois ; par conséquent la vessie restera en repos parfait, ne subissant ni dilatation pour recevoir l'urine, ni contraction pour l'expulser. Elle ne sera alors qu'un simple conduit, comme les urèteres.

Vous avez vu le malade relever de cette sérieuse opération, sans complication aucune, au contraire il éprouve de suite après l'opération un soulagement marqué, ses souffrances d'autrefois disparaissent entièrement, il dort toute la nuit, et à chacune de nos visites subséquentes il ne cesse de nous témoigner sa satisfaction et sa reconnaissance. Nous lui donnons pour l'avenir des prescriptions hygiéniques et diététiques sévères, et il laisse l'hôpital le 20 novembre, son tube a été enlevé la veille, et l'urine a passé par la verge.

Obs. II.—Laissez-moi vous rapporter l'observation du bon vieux Hubert C... qui fréquente cet hôpital depuis sa fondation et que vous connaissez familièrement.

Diagnostic : hypertrophie énorme de la prostate, rétention et décomposition de l'urine, calculs phosphatiques. Ce malade vient souvent passer une quinzaine dans nos salles, il se soumet de temps à autre à une séance de lithotritie, mais après chaque séance il se croit guéri et sort malgré nous. Voyant que nous ne pourrions jamais, au moyen de la lithotritie, débarrasser ce vieillard indocile de ses nombreux cal-

culs, nous lui avons proposé la taille, mais il ne veut pas y consentir. Souvent le père C. nous arrivait avec une rétention complète d'urine, le cathétérisme était très difficile, aussi MM. les internes ont-ils eu chez lui un beau champ pour se perfectionner dans cet art qui demande tant d'exercice manuel. Ces incomparables sondes françaises à *longue courbure permanente* étaient les seules avec lesquelles on pouvait pénétrer aisément dans la vessie.

Le 4 octobre dernier, le vieillard nous arrivait presque mourant; il n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, nous tirâmes deux pintes d'urine sanguinolente; il mourut le 13.

À l'autopsie, nous trouvâmes les trente-deux (32) calculs que voici, tous gros comme des noisettes.

La prostate était plus grosse qu'une pomme ordinaire; le lobe moyen plus gros qu'une noix et en partie détaché du reste de la glande faisait exactement l'office d'une valve sur le col de la vessie. Vous avez donc là, sous vos yeux la cause de la rétention d'urine et de la difficulté du cathétérisme. Plus la vessie était distendue, plus la valve s'appliquait exactement sur le col vésical et plus la rétention était complète. Une sonde à *petite courbure* venait butter sur ce lobe moyen et ne pouvait pénétrer dans la vessie.

Vous voyez, en arrière de la prostate, ce bas fond immense où se logeaient ces 32 calculs. Voyez aussi cet utricule prostatique qui n'est plus un utricule mais une grande cavité qui loge facilement deux bouts de doigts.

Cette pièce anatomique est aussi belle que celles que l'on voit dans les musées d'Europe; nous la conserverons avec soin.

Obs. III.—Une dernière observation. Il y a environ une dizaine d'années j'eus à soigner un homme âgé de trente ans qui avait une cystite chronique des plus invétérées. Tuniques vésicales épaissies, muqueuse ulcérée, urine glaireuse, purulente et fétide dont la cause était la rétention, suite de rétrécissements infranchissables; il me fallut faire l'uréthrotomie externe, (boutonnière) vers la région membraneuse.

Cette ouverture faite, l'urine n'ayant plus à traverser que la portion prostatique de l'urèthre, la miction fut très facile, seulement le malade avait à se mettre assis ou accroupi comme une femme. La vessie se vidant complètement, tous les mauvais symptômes antérieurs disparurent.

Le malade, si fier d'être débarrassé de ses douleurs et de ne plus avoir à forcer pour uriner, n'a jamais voulu consentir à une tentative de dilatation rétrograde de son rétrécissement. Il a vécu encore dix ans, vaquant à des travaux pénibles, il est venu mourir dans cet hôpital, l'automne dernier, d'une fièvre typhoïde. Je n'ai pas manqué de cueillir sa vessie, la voilà, examinez bien cette pièce anatomique.

Ce malade après son uréthrotomie externe se trouvait donc dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous avons placé Ol. H. par la cystotomie antiphlogistique. Tous deux urinaient facilement après les opérations, vidaient complètement leur vessie sans efforts, l'un par son bout d'urèthre prostatique et l'autre à travers son tube en caoutchouc. Tous deux se sont trouvés réellement soulagés.

Quelles déductions pratiques devons-nous tirer de ces observations? Nous devons conclure que: 1^o En présence d'un obstacle quelconque à la miction, hypertrophie prostatique, rétrécissement uréthral, ato-

nie vésicale, (après le traitement propre à faire disparaître chacune de ces causes de rétention d'urine), le praticien sage et prévoyant doit surtout empêcher cette urine de stagner dans son réservoir, il doit vider la vessie au moins une fois par jour, (rappelons-nous toujours qu'une vessie non vidée est comme un vase non lavé.)

2^o Viennent ensuite les lavages et les injections détergentes et anti-septiques bien propres à guérir la muqueuse altérée.

3^o Si le praticien ne peut réussir à maîtriser la maladie par ces moyens, il a comme dernière ressource la cystotomie, c'est-à-dire enlever à la vessie son rôle et ses fonctions et la réduire (du moins pour un certain temps) à l'état de simple conduit. S'il existe un moyen de mettre fin aux angoisses de ces pauvres affligés, c'est la cystotomie.

Le catarrhe vésical permet de conclure à l'ulcération et à l'état granuleux de la muqueuse en même temps qu'à la décomposition de l'urée; à ce double point de vue, c'est un précieux élément de diagnostic et de pronostic. Le catarrhe résiste souvent au meilleur traitement. Plutôt que de laisser le patient mourir en langueur, dans des souffrances atroces, il vaut mieux tenter un dernier moyen, la cystotomie.

Vous comprenez bien, sans doute, que cette sérieuse opération ne vous est conseillée que comme dernière ressource, et après avoir épuisé tous les autres moyens thérapeutiques.

Je crois cette opération trop rarement pratiquée dans notre province; on laisse mourir les malades d'épuisement, minés par des souffrances indescriptibles plutôt que de tenter ce dernier moyen. Imitons la conduite des chirurgiens des autres pays, et que les cas ci-dessus rapportés nous rendent plus hardis et plus confiants.

Erichsen dit dans son admirable traité de chirurgie. "Quand le catarrhe vésical est devenu complètement incurable, qu'il a résisté à tout traitement local et constitutionnel, et qu'il n'y a plus rien à faire eu un mot pour soulager l'état du pauvre misérable pris d'*irritabilité de la vessie*, la vie n'étant plus qu'un lourd fardeau pour lui, les chirurgiens ont eu l'heureuse idée d'inciser les parties enflammées, altérées, comme dans la cystotomie, pour l'extraction des calculs.

Dès 1834, Guthrie recommandait cette opération. Blizzard l'a pratiquée plusieurs fois avec succès dès 1806.

Depuis quelques années on fait une incision dans la prostate et le col de la vessie, exactement comme si l'on pratiquait la taille médiolaterale, et on introduit un tube en caoutchouc, par lequel l'urine s'écoule librement.

Cette opération a été pratiquée avec succès par Verneuil, elle convient bien certainement dans les cas invétérés, et incurables par les autres moyens. Mais ce sont les chirurgiens américains qui ont vulgarisé cette pratique hardie."

—Le Dr F. E. Waxham, de Chicago, emploie des lavements de bismuth combiné ou non à l'opium dans le traitement de la dysenterie chez les enfants. Dix ou vingt grains de bismuth sont administrés après chaque selle, incorporés dans un peu de mucilage.

—Chiene rapporte (*Edinburg Med. Journ.*) le cas d'une enfant de trois mois, chez qui on a pratiqué, avec grand succès, l'ovariotomie. De son côté, Dobbins (*Lancet*) a fait, avec un succès égal, l'herniotomie chez un enfant âgé de six semaines.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—M. LARAMEE.

Les cérébraux.

Parmi les nombreux cas de chirurgie qui se présentent chaque semaine à cet hôpital, tant dans le service interne qu'à la consultation, vous avez sans doute remarqué la fréquence relative des traumatismes de la tête. Quo de fois ne transporte-t-on pas d'urgence, dans nos salles, des individus qui viennent d'être les victimes de quelque accident ayant intéressé le crâne ! C'est un cocher qui, pris de boisson, s'est laissé choir de son siège ; c'est un portefaix employé au déchargement des navires dans notre port, qu'un ballot de marchandises vient de renverser sans connaissance ; c'est le premier individu venu, qui, ayant glissé sur le trottoir glacé, a heurté de la tête le sol. La plupart du temps, ces malades ne font dans notre hôpital qu'un séjour assez rapide ; après quelques heures ou quelques jours de traitement ils peuvent, s'il n'est survenu aucune complication inflammatoire, retourner chez eux, ne conservant de leur mésaventure qu'une sensibilité assez modérée du cuir chevelu. Il n'y a là, direz-vous, rien de bien extraordinaire. Cependant, je n'hésite pas à dire que, souvent, les individus victimes de ces accidents en apparence si légers, en ressentiront les effets pour tout le reste de leur vie ; tôt ou tard se manifesteront des troubles que l'on sera peut-être tenté de rapporter à d'autres causes mais qui, en réalité, n'auront eu d'autre point de départ que l'accident que je viens de rapporter.

Comment, en effet, en serait-il autrement, quand nous voyons ce qui se passe dans les cas de traumatismes affectant d'autres régions ? Vous vous rappelez cette jeune fille qui s'est présentée à nous l'autre jour, se plaignant de douleurs et de malaise siégeant au côté droit. Quatre années auparavant, elle avait fait un chute sur ce côté ; depuis, elle en a toujours souffert et en souffrira probablement toujours. Ce qui est vrai du thorax l'est à bien plus forte raison du crâne et de son contenu, le cerveau, dont la texture fragile est plus que toutes les autres exposée à des lésions diverses. On peut dire que les sujets ainsi atteints ont, suivant l'expression de Lasègue, échangé une santé légitime contre une prédisposition malade, et cela peut-être pour le reste de leur vie.

C'est à cette classe particulière de malades, c'est-à-dire à ceux dont le crâne a subi, à une époque quelconque de la vie, un traumatisme, que nous réserverons la dénomination de cérébraux. Ce terme est aussi applicable à ceux ayant souffert d'une lésion cérébrale quelconque, embolie, hémorrhagie, tumeur, etc., toutes lésions qui laissent très souvent après elles des suites ineffaçables, mais, encore une fois, nous réserverons aux cas de traumatisme cette expression que nous devons à Lasègue et qui est aujourd'hui admise dans le langage médical.

Chaque fois donc que vous aurez occasion de donner vos soins à un malade se plaignant de quelque trouble cérébral, n'allez pas vous pres-

ser d'invoquer comme causes des antécédents héréditaires, des chagrins trop vifs, des émotions morales, etc., comme on est trop souvent porté à le faire. Interrogez, au contraire, votre patient ou ceux qui vivent dans son intimité, le père ou la mère, l'époux ou l'épouse, et presque toujours vous en viendrez à découvrir que le véritable point de départ des accidents cérébraux en question aura été un traumatisme quelconque du crâne.

Quelques observations viendront appuyer notre thèse. Vous vous rappelez sans doute cette jeune anglaise qui, il n'y a pas longtemps encore, était couché au No 34 de la salle Ste-Marie, et qui était sujette à des accès de délire tranquille accompagnés de céphalalgie intense. En l'interrogeant nous avons appris que sa santé avait toujours été excellente jusqu'à il y trois ans, alors qu'en patinant, elle fit une chute sur la tête, accident suivi d'une perte de connaissance qui dura quelques heures. Depuis, elle a fréquemment souffert de céphalalgie, perte de mémoire, troubles intellectuels divers, et surtout de délire survenant par accès, comme nous venons de le dire. Dans ce cas, il y a toute raison de croire que l'accident relaté par cette jeune fille a seul déterminé les troubles divers qu'elle a accusés depuis.

Il y a actuellement au No 13 de la salle St-Joseph, un homme qui, le 27 octobre dernier, fut frappé à la tête par un bloc de glace qu'il était occupé à hisser à bord d'un navire. Renversé sans connaissance, il fut apporté ici et donna de sérieux motifs d'inquiétude durant les premiers jours. Depuis lors, tout danger a disparu, mais cet homme a eu deux attaques bien distinctes de délire ayant duré deux ou trois jours chacune. Aujourd'hui, il semble se porter tout-à fait bien. Est-il guéri, en réalité? Il est plus que probable qu'il conservera un souvenir de son aventure.

Vers la mi-septembre, un pauvre Savoyard était admis au No 17 salle St-Jean de Dieu. Il nous a raconté qu'à la suite de la chute d'un arbre qui l'avait frappé à la tête et renversé, il est resté plusieurs jours sans connaissance. Il ne semble guère malade aujourd'hui. Conservera-t-il toujours cette apparence de santé? Probablement non. Les individus qui, à la suite d'accidents de ce genre, restent parfaitement exempts de toute conséquence fâcheuse sont si rares, qu'on ne risque guère de se tromper en prédisant, dans un cas donné, que le malade s'en souviendra toujours.

Enfin, un dernier exemple nous a été offert dans un jeune homme de 17 ans que sa mère a présenté à la consultation, il y a quelques jours. Ce jeune homme, outre les troubles cérébraux ordinaires à ces cas, céphalalgie, etc., a présenté de plus des attaques convulsives. Or sa mère nous a dit que ce jeune homme avait été fort maltraité par son père qui, ivrogne invétéré, allait jusqu'à le frapper à la tête avec un *lisonnier*. Les convulsions dont souffre le malade ont eu très probablement pour point de départ ces traumatismes répétés du crâne.

Tous ces malades appartiennent à la catégorie des *cérébraux*. Ils seront dans l'avenir plus ou moins sujets aux troubles dont ils ont souffert jusqu'à aujourd'hui et peut-être à d'autres encore: délire par accès, perte de mémoire, céphalalgie, vertiges, strabisme, convulsions, et même paralysie générale. Les convulsions ne se montrent que dans les cas graves, de même que la paralysie générale qui est plus rare encore que les convulsions. Il arrive très souvent que l'on dise: "Voyez donc un

tel, son caractère et ses habitudes sont étrangement changés depuis que, quo temps, on ne le reconnaît plus." Interrogez les antécédents et pres- que toujours vous arriverez à la découverte de quelque accident anté- rieur ayant intéressé le crâne. Je pourrais vous citer ici le cas d'un citoyen qui passa par un des accidents du genre de ceux que nous avons rapportés plus haut : chute de cheval, coups sur la tête, etc., et dont on disait quelques années après : " Quel changement s'est opéré chez X ! Ce n'est plus le même homme."

Il est difficile de préciser les lésions anatomiques qui accompagnent les troubles cérébraux survenant dans ces cas : rupture de quelque petit vaisseau, lésion osseuse, ou du tissu cérébral, simple commotion ; plus difficile encore de faire la part exacte de chacune de ces lésions.

Quant au traitement, il faut insister sur le repos absolu de l'esprit et du corps, l'éloignement des visites, l'abstention totale de tout travail durant tout le temps des crises, et comme remèdes, l'iodure de potassium à doses élevées le bromure, etc. L'accident primitif a le plus souvent été traité suivant toutes les règles de l'art, mais cela n'empêche pas toujours les troubles dont j'ai parlé de se manifester.

Lavage de l'estomac chez les nouveaux-nés.—Dans le *Prager medicinische Wochenchrift*, le docteur Epstein préconise le lavage de l'estomac chez les enfants dans le traitement des divers désordres gastriques du premier âge. Il se sert pour cela de sondes molles de différents calibres, qu'il relie à l'aide d'un petit ajutage en verre, à un tube de caoutchouc d'une longueur suffisante. Il introduit la sonde dans l'estomac des enfants et, même lorsqu'il s'agit de nouveaux-nés de deux ou trois jours, il pratique cette manœuvre sans plus de difficultés que chez l'adulte ; la seule précaution à prendre est d'empêcher que le tube soit entraîné trop loin par les efforts de déglutition. Les contractions de l'estomac résultent de l'irritation causée par la présence du tube ce qui favorise le rejet du contenu de l'organe. Pour opérer son lavage, Epstein se sert de trente à cinquante grammes d'eau distillée tiède, additionnée d'un peu de benzoate de magnésie et d'hydrocarbonate de soude. On introduit le liquide à l'aide d'un siphon qu'on élève plus ou moins, en prenant garde à l'introduction de l'air dans l'estomac. Si l'enfant crie pendant la manœuvre, on suspend un instant l'introduction du liquide ; il peut être nécessaire de renouveler ce lavage deux ou trois fois de suite pour obtenir le rejet d'un liquide incolore.

Avec un peu de précaution, la perforation de l'estomac n'est pas à craindre ; on peut observer toutefois une légère hématomèse ; mais elle est insignifiante et tient à de petites déchirures capillaires, déterminées par les efforts de vomissement. Il n'y a pas non plus à craindre, en calculant bien la longueur de tube introduite, que les liquides injectés soient directement portés au delà du pylôre. Ce mode de traitement n'a de contre-indications que dans le cas de troubles pulmonaires. L'indication principale est le catarrhe de l'estomac, avec phénomènes de même nature du côté de la bouche ou des intestins ; on prévient ainsi directement les fermentations et l'indigestion qui en est la conséquence. C'est également un auxiliaire précieux quand on l'emploie dans le début du choléra infantile, et on doit en continuer l'usage tant que l'enfant a de la tendance à vomir.—*The Medical Record*, 19 avril 1884.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Monoplégie du bras et de la jambe, de nature hystérique.— Clinique de M. CHARCOT à la Salpêtrière.— Il y a quatre jours, un cas assez particulier d'hémiplégie s'est présenté à notre consultation. Les caractères intéressants qu'il nous offre pouvant disparaître sous peu de jours, j'ai hâte de vous en parler aujourd'hui même, sans plus tarder.

La malade est une jeune fille qui, dans l'impossibilité de marcher, voire même de se tenir debout sans aide, nous a été amenée en voiture. Elle était atteinte d'une paralysie complète du membre supérieur et incomplète du membre inférieur, paralysie survenue subitement, trois jours auparavant, dans les conditions suivantes: Elle a dix-neuf ans; elle est assez forte, bien constituée, jouissant ordinairement d'une bonne santé, et exerce la profession de blanchisseuse dans un des bateaux-lavoirs qui sont installés sur la Seine. Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien qui touche à quelque affection nerveuse, rien chez sa mère, rien non plus chez sa sœur, actuellement âgée de vingt-huit ans, rien non plus chez son père, fabricant de verres de lunettes, si ce n'est qu'il a été frappé aussi subitement, il y a quelques années, d'hémiplégie gauche tenant, selon toutes probabilités, à la formation d'un foyer hémorragique, du moins d'après les renseignements qui nous ont été donnés.

Quant à l'histoire antérieure de notre malade, nous ne trouvons rien avant l'âge de seize ans. A cette époque elle a eu la scarlatine, laquelle a été, en quelque sorte, le signal de crises nerveuses qui ont duré pendant un an environ. La première est survenue pendant la convalescence de cette scarlatine; elle était caractérisée, comme toutes celles, du reste, qui ont suivi, par une perte de connaissance subite et absolue et la chute à terre de la jeune fille. Mais jamais elles n'ont été précédées de la moindre aura, jamais accompagnées de grands mouvements du corps, ni de grandes secousses, ni d'évacuations involontaires, en un mot, d'aucun de ces phénomènes qui caractérisent l'épilepsie. La malade revenait assez promptement à elle et la crise se terminait par une sensation de boule et par des pleurs. Ce n'est donc pas de l'épilepsie. Du reste on n'est pas épileptique pendant un an pour ne plus l'être ensuite. Or depuis deux ans toute crise a cessé. Il est donc parfaitement vraisemblable qu'il s'agissait d'hystérie.

Bref cette jeune fille allait bien, lorsque dans la nuit du 28 au 29 du mois dernier, alors qu'elle dormait d'un sommeil très calme, elle fut réveillée en sursaut par un fracas des plus violents. Un pan de mur de sa chambre venait de s'écrouler au dessus de sa tête, sans que, par un hasard providentiel, il lui causât aucun traumatisme. Néanmoins, le reste de la nuit fut des plus agitées; elle croyait, dans son sommeil, qu'à chaque instant plafond ou muraille tombait sur elle. Le matin, elle se leva comme d'habitude et pendant toute la journée elle vaqua à ses affaires comme en temps ordinaire. Elle ne paraissait donc sous le coup d'aucun état morbide, lorsque le lendemain, à sept heures et

demie du soir, au moment où elle se disposait à quitter son bateau lavoir, tenant son seau de la main droite, elle s'affaissa sur elle-même du côté droit, sans crise aucune ni perte de connaissance. Les membre inférieur et supérieur droits étaient paralysés, ce dernier à peu près complètement.

Il ne pouvait être question de quelque affection cérébrale, la face était intacte, sans la moindre déviation; il en était de même de la langue, et la parole était aussi nette que les jours précédents; rien, en un mot, ne correspondait à un choc cérébral. Il s'agissait donc de deux monoplégies combinées: monoplégie du membre supérieur et monoplégie du membre inférieur du même côté, avec flaccidité et non rigidité, ce qui est très important.

Aujourd'hui il y a tendance manifeste à amélioration; la paralysie motrice est moins flasque que les jours précédents, il semble qu'il y ait quelques mouvements dans les doigts et dans le pouce. L'étude des réflexes ne nous donne que des renseignements négatifs; ces réflexes ne sont point effacés ni disparus comme dans la paralysie infantile. loin de là, ils paraissent plus prononcés que d'habitude, tant sur le membre supérieur que sur l'inférieur. La malade peut aujourd'hui se tenir debout, et elle marche comme quelqu'un qui, ayant mal au pied, oserait à peine le poser sur le sol; mais elle ne le traîne pas ni ne le laisse aller comme dans certaines affections.

Du côté de la sensibilité que trouvons-nous? Deux catégories de faits se peuvent montrer: la première se rapportant à la sensibilité commune, sensibilité tactile, sensibilité à la douleur et à la température; la seconde est ce que l'on appelle le sens musculaire. Passons-les en revue toutes deux. Aujourd'hui comme hier la peau des membres paralysés est insensible à la douleur, pour le bras notamment, depuis l'extrémité de; doigts jusqu'à la racine du membre, c'est-à-dire jusqu'à une ligne s'étendant du bord antérieur de l'aisselle à son bord postérieur. Sur toute la même zone il y a insensibilité à la température ainsi qu'insensibilité tactile. Quant au sens musculaire, il est encore complètement perdu et je puis faire mouvoir les diverses articulations du membre supérieur paralysé, par exemple, sans que la malade s'en aperçoive; elle a perdu absolument la notion de situation de sa main, de son avant bras, etc., à tel point que lorsque je lui demande de saisir, les yeux fermés, sa main droite avec sa main gauche, cette dernière cherche sans pouvoir la rencontrer, à moins qu'elle ne commence son exploration par l'épaule droite, où le sens musculaire est encore conservé. Alors de là elle descend peu à peu vers le bras et l'avant-bras pour arriver enfin à toucher sa main.

La température de la peau comparée des deux côtés pouvant être un élément de diagnostic, voyons ce qu'elle nous donne:

Membre supérieur droit (paralysé) 29°

“ “ gauche (sain) 31°.

Membre inférieur droit (paralysé) 28°,8.

“ “ gauche (sain) 32°,4.

Ce qui nous apprend immédiatement que la monoplégie, chez notre malade, n'est point de cause cérébrale, sans quoi la température serait plus élevée du côté malade que du côté sain.

L'état général de cette jeune fille est également opposé à une lésion cérébrale; en effet, point de douleurs de tête, ni de vertiges; les fonc-

tions digestives s'accomplissent très régulièrement, la malade a conservé un très bon appétit. Mais, d'autre part, nous ne constatons pas ces troubles de la sensibilité dans les appareils sensoriels, que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques; rien, par exemple, du côté de la vue, pas de rétrécissement du champ visuel, nulle modification dans la notion des couleurs, rien non plus du côté des ovaires, pas de douleurs ovariennes. Du reste, nous savons que ces phénomènes ne sont pas constants chez les hystériques.

Bien que le diagnostic ne présente, d'après l'énumération de tous les symptômes, aucune difficulté et qu'il s'agisse très nettement d'accidents de nature hystérique, passons en revue quelques-unes des affections avec lesquelles on pourrait, avec beaucoup de bonne volonté, confondre la maladie de notre jeune fille.

Il y a, dans la pathologie nerveuse, des maladies avec lésion et des maladies sans lésion constatable, du moins jusqu'à présent, dans l'état actuel de la science. S'agirait-il donc, ici, de quelque lésion spinale, de quelque myélite à foyer hémorrhagique consécutif; il faudrait, dans ce cas, que le petit foyer se fût développé dans un côté seulement de la moelle, ce qui serait une rareté. Vouloir le prétendre serait même, dans le cas présent, une monstruosité, les troubles de la sensibilité existant dans le côté paralysé, tandis qu'en cas de myélite ils se rencontreraient dans le côté opposé. Nous n'avons donc pas affaire à une lésion organique de la moelle; cependant, si cela était, ce serait une lésion *dynamique* de la moelle.

S'agirait-il de quelque lésion cérébrale profonde? Pas davantage, car la figure et la langue sont restées indemnes, il n'y a eu aucun phénomène cérébral au début, ni choc, ni vertiges. Les accidents survenus chez notre malade ne sauraient pas reconnaître non plus pour cause une lésion de la substance corticale, car, entre autres symptômes de début, on aurait constaté tout au moins des phénomènes convulsifs.

En résumé, toutes les hypothèses que nous faisons ici sont absolument gratuites, et nous n'avons aucun doute sur la nature hystérique de la monoplégie des deux membres supérieur et inférieur du côté droit: d'où le pronostic favorable d'une guérison, surtout quand la santé générale n'est pas compromise.

Ajoutons à cela que l'électrisation des deux membres va, selon toutes probabilités, activer très rapidement cette guérison en leur rendant les mouvements et la sensibilité perdus.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement du coryza par les inhalations d'eau camphrée.—Le Dr Dobson conseille, dans le *Lancet*, le traitement suivant, auquel il attribue une grande efficacité: " On met environ quatre grammes de camphre grossièrement pulvérisé ou rapé dans une chocolatière à moitié pleine d'eau bouillante. Le malade fait un cornet de papier assez large pour s'envelopper la face par la grande ouverture, et en même temps pouvant obturer le goulot de la chocolatière par la plus étroite. En adaptant sur le visage l'ouverture la plus large, il respire librement, aspirant la vapeur camphrée à chaque inhalation, et la forçant à passer, à chaque expiration, contre la surface extérieure du nez et les parties voisines. Une double action se produit: la vapeur camphrée agit intérieurement d'une manière spécifique sur toute l'étendue de la muqueuse, et extérieurement elle produit une sueur profuse de la peau

du nez et des joues, agissant ainsi comme un dérivatif de l'inflammation de la membrane de Schneider. La chocolatière devra être entourée d'une étoffe de laine pour empêcher le refroidissement de l'eau, ou mieux on placera sous elle une lampe à alcool allumée, ou un fer chaud, pour maintenir la température de l'eau et la vaporisation du camphre. Le patient continuera à respirer, en gardant le cornet de papier collé à sa figure, durant dix à vingt minutes, et recommençant ainsi toutes les heures jusqu'à ce qu'il éprouve un soulagement complet. Dès la première inhalation il se sent mieux, et trois à quatre suffisent pour amener la guérison. Le camphre et quelques-unes de ses préparations ont été, comme on sait, fort employés dans le traitement des catarrhes, mais l'emploi simultané de la vapeur d'eau camphrée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur n'a encore été préconisé dans aucun ouvrage de médecine. Ce mode d'application est cependant très important, et comme il n'est pas difficile à se procurer, je crois que ceux qui en essayeront y trouveront un remède aussi simple qu'efficace contre le coryza. —
Union pharmaceutique.

Du vertige au point de vue séméiologique.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—En prenant aujourd'hui comme sujet de leçon les vertiges dont se plaint la malade que j'examinais ce matin sous vos yeux, j'ai pensé pouvoir vous donner une juste idée des difficultés d'interprétation que comporte un syndrome aussi complexe.

Associé aux affections les plus diverses, le vertige est tantôt sympathique et tantôt symptomatique. Qu'il survienne, en effet, au cours de l'épilepsie, d'un trouble gastrique ou d'une poussée de syphilis cérébrale, le tableau change peu. Il consiste toujours, à quelques degrés près, en une obnubilation passagère avec perte du moi (très fugace chez l'épileptique), dans laquelle le malade voit tourner autour de lui les objets environnants, se sent osciller, menacé de tomber à terre, parfois même soulevé par une force invisible. Pour lui, la notion des rapports avec le monde extérieur se supprime tout à coup. C'est qu'effectivement la suppression de l'activité simultanée des sens, au profit de l'un d'eux, exclusivement favorisé, trouble l'équilibre encéphalique.

C'est ainsi qu'au milieu des brouillards d'une nuit obscure l'oreille perçoit les bruits les plus étranges, et le fait de la sentinelle perdue, tirant un coup de feu sous l'empire d'une hallucination de l'ouïe, n'a rien qui doive surprendre. Le tic-tac du moulin éveille également le vertige chez certains malades, enfin nous savons que certains sauvages, très friands de sensations voluptueuses, cherchent en dansant au son du tambourin à éveiller en eux le vertige.

Sans doute, la fatigue inconsciente des sens ou l'attention prolongée, concentrée sur un seul objet, suffit à déterminer chez certains sujets de violents accès vertigineux. Chez d'autres, on rencontre des lésions labyrinthiques caractérisées par des changements de direction imprimés aux canaux demi-circulaires, d'où inégalité de transmission des vibrations à chacun d'eux. Mais telle n'est pas la seule cause de production du vertige. La vue peut y participer : tel individu, par exemple, est sujet au vertige dans une chambre tendue de papiers rayés verticalement ; tel autre en conservant après l'occlusion des yeux la sensation de l'image perçue réellement un instant avant. De fait, les sensa-

tions ne peuvent jamais s'effacer instantanément. L'image d'un bâton de cire rouge placé au-devant d'une feuille de papier blanc persiste quelques minutes après l'occlusion des yeux.

La sensation persiste-t-elle au delà de ces limites, le vertige apparaît alors et solidairement avec lui l'anesthésie, preuve directe des perturbations encéphaliques. C'est à cette particularité que les fakirs de l'Inde doivent de parvenir, après une danse prolongée, à un tel état d'obnubilation qu'ils puissent sans souffrir s'inciser la peau, s'introduire sous les ongles des aiguilles ou de grosses épines de cactus.

Ainsi la persistance d'une sensation entraîne à sa suite l'illusion la plus complète : alors même que tout mouvement a cessé, le valseur croit encore tourner ; le vertige peut pourtant être évité et l'attraction du vide se faire d'autant moins sentir que le champ visuel tend à se restreindre. On peut s'assurer du fait en fixant du haut d'une tour un objet si éloigné soit-il. Si, par contre, l'œil se perd dans le vague, en haut comme en bas, le vertige reparait avec ses illusions. À côté de cette variété toute physique du vertige, il faut signaler un vertige psychique (vertige mental) par le fait duquel la volonté semble se dérober. Sous cette influence, l'individu cesse de s'appartenir. Étranger au monde, il perd la notion de ses actes et devient à proprement parler passif. Quelques femmes, abdiquant ainsi leur volonté et cédant à un trouble mental, s'abandonnent inconsciemment au premier venu. Chez certains sujets impressionnables on observe de même sous l'influence de la peur des vertiges auriculaires, des troubles de l'ouïe, de l'incertitude de la marche pouvant entraîner des chutes. D'autres névropathes se laissant aller à leurs tendances impulsives perdent sur eux-mêmes toute autorité. Tel individu, par exemple, qui voit passer sous ses yeux un convoi rapide, se sent entraîné sous les roues du train et y tomberait effectivement s'il ne détournait les yeux.

D'autres fois le vertige (si je puis ainsi m'exprimer) semble s'emparer d'un membre. La main, par exemple, agitée d'un tremblement nerveux, subit l'influence de l'activité musculaire inconsciente. Tout le monde connaît l'expérience qui consiste à suspendre par un fil, au centre d'une coupe, une pièce de monnaie. Les oscillations de la main qui le soutient sont bientôt si prononcées que sans la précaution de fixer la main elle-même sur un corps solide, la pièce de monnaie irait sans tarder heurter les parois du verre.

D'ailleurs rien n'est plus individuel que le vertige qui dépend de la constitution, de l'éducation et du caractère des sujets. Tel homme d'apparence athlétique n'ose pas traverser un pont escarpé, tandis qu'un enfant regarde sans crainte au fond d'un abîme. Au point de vue clinique, le vertige est donc un accident nerveux, habituellement dû à un trouble des sens. De là une singulière prédominance des vertiges auriculaires ou oculaires sur les autres variétés. Ceux-ci (d'après Abadie) seraient liés à des troubles d'accommodation, tandis que les autres résulteraient, suivant Ménière et la plupart des otologistes, d'une altération des canaux demi circulaires, auxquels les vibrations sont transmises par la membrane du tympan. L'hyperesthésie de celle-ci vient-elle à être réveillée par le contact d'un stylo ou par l'arrivée d'une injection brusque, le vertige suivi de chute se produit tout aussitôt. Quel que soit d'ailleurs le point de départ de l'irritabilité réflexe, le même accident pourra s'observer : telle est la cause du vertige

laryngé (Charcot) et des troubles encéphaliques qui viendraient compliquer le tableau des scléroses médullaires et mésocéphaliques (Girardeau). Encore faudrait-il, suivant cet auteur, qu'il y ait compromission des parties supérieures de la moëlle.

Si maintenant l'on vient à synthétiser, et, partant, à chercher le lien qui unit les unes aux autres les manifestations du vertige cérébro-spinal, il devient évident que dans la majorité des cas, c'est à des troubles circulatoires qu'ils doivent être imputés.

Le vertige, en effet, qu'il s'accompagne ou non de ralentissement dans la circulation veineuse (congestion), s'observe de préférence dans l'anémie cérébrale. L'artérite à ses différents degrés, qu'elle procède de la syphilis (artérite syphilitique), de l'athérome ou de la goutte, engendre les mêmes accidents. Aussi le vertige devait-il, suivant Lasèque, éveiller l'idée de transmission goutteuse chez tous les sujets prédisposés. C'est aux mêmes troubles circulatoires qu'il faudrait rapporter les éblouissements si souvent observés dans la sclérose en plaque et dans les tumeurs cérébrales. Les mêmes phénomènes s'observent encore dans certaines formes du vertige par intoxication. C'est ainsi que l'alcool, l'absinthe et le tabac, les vapeurs de charbon, l'intoxication saturnine peuvent, au même titre que l'intoxication médicamenteuse par l'opium et le sulfate de quinine, provoquer l'obnubilation, l'apparition de bluettes, enfin des douleurs avec pesanteur de tête.

J'en aurai fini, messieurs, de cette longue énumération, quand je vous aurai décrit le vertige stomacal. On peut dire de lui ce que disait Lasèque à savoir : que jamais son intensité n'est proportionnée à l'étendue des lésions. Tout au contraire, la lésion se traduit-elle par des troubles légers, le vertige apparaît : celles-ci s'aggravent-elles, le vertige s'efface. Il n'en n'est pourtant pas moins certain qu'il existe une relation entre la lésion et l'accident, celui-ci paraissant et disparaissant avec le trouble gastrique.—*Revue médicale.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Infiltration d'urine, abcès urinaireux.—Clinique de M. TERRILLON à l'hôpital de la Charité.—Je vais vous parler d'un accident qui survient assez souvent dans le cours des maladies des voies urinaires, et dont nous avons eu plusieurs exemples cette année ; nous avons encore dans nos salles, aux numéros 25 et 49, deux hommes qui me serviront à vous montrer la marche de ces accidents connus sous le nom d'infiltrations urinaires et d'abcès urinaireux.

Vous m'avez vu tous ces jours-ci m'arrêter longuement auprès d'un homme de 63 ans, couché au n° 49 et qui nous raconte ceci :

Il y a 20 ans, il a eu la chaude pisse, qui guérit assez facilement, mais 7 ou 8 ans après, son jet d'urine devint petit, filiforme, il mettait du temps à vider sa vessie, il urinait souvent ; en un mot, il présentait les signes d'un rétrécissement de l'urèthre. Depuis, cette affection de l'urèthre a augmenté progressivement, cependant le malade s'en tourmentait fort peu.

Il y a 6 ou 8 mois il a vu que l'urine passait plus difficilement que jamais ; il arrosait son pantalon, et comme on dit vulgairement, il pissait dans ses bottes

Enfin, il y a un mois, est survenu l'accident dont je veux vous parler. Sans phénomènes bien marquants, il a senti dans la partie postérieure des bourses une grosseur qui peu à peu a augmenté; les bourses, la région du pubis, la paroi abdominale ont été successivement envahies par ce gonflement

Ce gonflement s'accompagna de rougeur, de chaleur et de fièvre, ce qui l'obligea à se mettre au lit; peu à peu les accidents se sont accentués; à la surface du scrotum il vit se développer des phlyctènes, puis il y eut des plaques noires qui se détachèrent, et quand il est entré ici, la moitié du scrotum était détruite. Ce qui restait du scrotum, la verge et la partie inférieure du bas-ventre était rouge et induré.

Quand il pissait, l'urine sortait par des plaies scrotales et par un pertuis du fourreau de la verge. Il en passait à peine quelques gouttes par le canal. C'est là un bel exemple d'infiltration d'urine. Voyons quel est le mécanisme de ces accidents.

L'infiltration d'urine est le produit de l'épanchement de ce liquide hors de ses voies naturelles; pour cela il faut que le canal soit perforé; or il peut l'être, soit brusquement, comme chez ce malade du n° 44, qui, pris dans un éboulement, a eu une fracture du bassin, une déchirure du canal et une infiltration rapide d'urine. Ou bien, la perforation se produit derrière un rétrécissement, sans traumatisme extérieur et voici comment: toujours, derrière un rétrécissement, la muqueuse urétrale est malade, elle est enflammée, fongueuse, exulcérée, d'où cette goutte de muco-pus sécrété par le canal des rétrécis; or, chaque fois que le malade fait effort pour pisser, la pression de l'urine distend la partie malade en arrière du rétrécissement.

Cette expansion ne peut pas se reproduire plusieurs fois par jour sans inconvénients; au bout d'un certain temps il se fait une dilatation et une rupture, le plus souvent linéaire.

Cette fente dans la muqueuse et dans la paroi de l'urèthre peut se produire de plusieurs façons:

Tantôt elle est primitivement large, tantôt elle se fait peu à peu et elle ne laisse passer à chaque miction que quelques gouttes d'urine.

Au lieu d'une déchirure, il n'y a quelquefois qu'irritation de voisinage, les tissus voisins s'enflamment, s'indurent et ce n'est que très tard que l'urine sort dans des tissus déjà préparés pour ainsi dire à la recevoir.

La manière dont se fait la déchirure est capitale, car c'est ce qui règle la marche des accidents ultérieurs.

Nous allons nous occuper de la première variété, la déchirure brusque.

L'urine va donc faire brusquement irruption hors de l'urèthre; mais il faut distinguer, car les malades peuvent se présenter dans des circonstances différentes. Tantôt, faisant effort au moment où ils ont grand besoin d'uriner, tout d'un coup ils sentent un soulagement immédiat et souvent se croient guéris de tout leur mal; c'est une sensation trompeuse, car c'est le signe de la rupture de l'urèthre. Bientôt il survient des frissons, de la tension, de la douleur au périnée, la fièvre s'allume; ce cas-là est rare, car la déchirure est rarement assez grande pour que toute la vessie se vide dans le tissu cellulaire d'un seul coup; plus souvent, à chaque miction, il entre une certaine quantité d'urine dans le tissu cellulaire, et assez rapidement, le scrotum, la verge, les

tissus de l'abdomen sont successivement envahis ; quand l'urine passe en grande quantité, on a vu cette infiltration monter jusque dans l'aisselle ; chez notre malade elle est montée jusqu'à l'ombilic.

L'urine, malheureusement, altère le tissu cellulaire, cependant certaines urines produisent peu d'accidents : ce sont les urines absolument normales ; si la quantité n'est pas trop grande elle peut se résorber ; or, dans tous les cas de rétrécissement, l'urine est altérée : elle est trouble, purulente, souvent ammoniacale, et alors cette urine provoque de la gangrène.

C'est ce qui est arrivé à notre malade, il a eu successivement le gonflement, la rougeur, les phlyctènes, les escharres, et le tissu cellulaire est tombé en morceaux.

Je viens de vous dire ce qui se produit quand l'urine arrive dans le tissu cellulaire des bourses ; mais quelquefois l'urine peut aller dans des régions différentes et ceci dépend du point de l'urèthre qui s'est rompu.

L'aponévrose moyenne que traverse l'urèthre marque une grande limite ; en effet, si l'urine sort en avant de cette aponévrose, elle va se porter le long de la verge, dans le tissu cellulaire du scrotum, et envahira la paroi abdominale. Si, au contraire, la rupture se fait en arrière de cette aponévrose, l'urine ne pourra pas se porter en avant, au moins au début, elle cheminera le long des parois latérales du rectum dans les fosses ischio rectales, alors la tuméfaction, la rougeur, la gangrène, se produiront au niveau de la partie interne des fesses. Mais, le plus souvent, l'infiltration se produit en avant, parce que les rétrécissements ont leur siège habituel en avant du cul-de-sac du bulbe.

Nous connaissons dans le rétrécissement : la lésion de la muqueuse, sa rupture, et la marche de l'urine suivant le point rompu. Quels sont maintenant les accidents consécutifs à cette irruption de l'urine dans le tissu cellulaire ?

La rapidité, la quantité de l'épanchement sont deux facteurs de premier ordre ; plus l'urine sort en abondance, plus l'infiltration est étendue, et c'est dans ces cas que l'abdomen est envahi, car l'urine n'ayant pas eu le temps de provoquer le sphacèle de la peau, n'a pas d'issue à l'extérieur et court dans le tissu cellulaire ; au contraire, quand il en sort relativement peu, il se produit du sphacèle des téguments ; l'urine peut couler au dehors et l'infiltration est arrêtée ou au moins n'augmente pas. C'est ce qui est arrivé à notre malade : l'infiltration gagnait l'abdomen, mais à ce moment il y a eu sphacèle du scrotum et l'infiltration n'a pas fait de progrès. Cette notion va nous servir à instituer le traitement rationnel ; il faudra faire brusquement cette brèche, cette soupape de sûreté que la nature fait lentement par le sphacèle.

Quel est le pronostic ? Chez les vieillards cette affection est sérieuse, le malade peut mourir par le seul fait de cette inflammation gangréneuse ; la mort, de cette façon, est relativement rare ; le plus souvent, après les accidents du début, tout se calme, on est étonné de voir ces phlegmons gangréneux donner lieu à si peu de réaction. Le pronostic est donc souvent moins grave qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Mais il reste une plaie large, étendue, qui, quelquefois, comprend tout le scrotum, toute la peau de la verge, et qui laisse après elle des fistules.

Ce qui frappe dans ces plaies, c'est la rapidité de leur réparation ; vous voyez chez notre malade ces beaux bourgeons charnus qui ont suivi rapidement la chute du sphacèle du scrotum ; c'est quelquefois si rapide que lorsque les testicules sont à nu, quand le scrotum tout entier est tombé, il se refait une poche qui remplace plus tard ce scrotum.

Ce n'est donc pas la réparation des parties molles qui doit nous préoccuper ; mais on voit quelquefois les malades avant tous ces accidents gangréneux ; revenons donc au début : un malade se présente à nous 48 heures environ après l'entrée de l'urine dans son tissu cellulaire ; il a le périnée dur, gonflé. Nous savons qu'il a un rétrécissement ; le diagnostic est facile à porter ; or, de ce diagnostic découle une des indications les plus urgentes de la chirurgie, il faut savoir agir, et trop souvent les médecins sont trop timorés.

Aussitôt que vous verrez un gonflement inflammatoire du périnée chez un vieux rétréci, n'hésitez pas, ouvrez le périnée, soit au bistouri, soit au thermo-cautère, en suivant le raphé médian.

Ce qui fait hésiter au début, c'est qu'il faut arriver très profondément pour aller jusqu'au foyer ; souvent on se contente d'une incision superficielle ; or, il faut aller loin, sans hésiter, jusqu'à ce qu'on trouve un foyer contenant ou de l'urine, ou du pus, sans cela on n'a rien fait.

En passant sur le raphé, on n'a pas à craindre d'hémorrhagie. Quand on a ainsi ouvert une voie à l'urine, tous les accidents s'arrêtent, les points sphacelés tombent, c'est vrai, mais il n'y a pas de nouvelles poussées phlegmonueuses.

Quelquefois il faut, outre l'incision du raphé, faire des incisions latérales sur les points tendus et durs, ces incisions donnent issue à l'urine infiltrée et évitent les sphacèles qui ne tarderaient pas à se produire.

Il suffit, après cela, de faire des applications de topiques et le meilleur, à mon avis, est la solution de chloral.

Restent le rétrécissement et la fistule.

Ce rétrécissement persiste, mais il est curieux de voir que chez un malade qui pissait difficilement, qui ne pouvait être sondé qu'avec des bougies filiformes, il semble, après ces accidents, se faire un dégorgeement, une sédation, l'urine et la sonde passent plus facilement.

On peut donc rapidement traiter le rétrécissement, soit par la dilatation avec les bougies, soit par un autre moyen que j'ai trois fois employé et qui, je crois, n'a pas été souvent mis en pratique. J'ai fait, dans la même séance, le débridement du périnée et l'uréthrotomie interne. Du même coup vous coupez le rétrécissement et vous mettez une sonde à demeure.

On fait en somme, d'emblée, ce qu'on devra faire plus tard.

Quant à la fistule, elle a toujours une tendance à guérir, à condition qu'on rétablisse le calibre du canal ; de cette façon, elle guérit seule, pendant qu'on fait la dilatation.

Nous venons de voir ce qui se produit quand l'urine sort en grande quantité et rapidement hors de ses voies naturelles ; voyons maintenant ce qui se produit quand la déchirure de l'urètre est petite et qu'à chaque miction il ne sort que quelques gouttes d'urine.

Autour de cette perforation se développe un foyer d'inflammation

local sans grand retentissement, caractérisé surtout par de l'induration et un peu de douleur ; cette induration augmente peu, mais finit cependant par venir faire tumeur au périnée ; c'est ce qu'on appelle la tumeur urinaire, l'abcès urinaire ; il y a toujours, en effet, au centre de ces tissus indurés, une cavité plus ou moins spacieuse qui contient de l'urine et du pus ; ces tissus acquièrent la dureté du tandon, du cartilage ; au bout d'un certain temps, cependant, il se fait un œdème périphérique qui envahit la verge et les bourses.

Quelquefois même il survient, à la suite, tous les symptômes que nous avons déjà décrits sous le nom d'infiltration urinaire.

En effet, le processus destructif continue ; et si cette induration protège, pour ainsi dire, les parties voisines, c'est une protection temporaire, il faut bien le savoir. L'urèthre, déjà perforé, s'ulcère davantage, la communication avec l'abcès urinaire s'établit plus large et définitive, et souvent, après la miction, le malade, en pressant sur sa tumeur périnéale, peut faire sourdre, par le canal, une quantité notable d'urine mêlée à du pus.

De plus cet abcès, obéissant à la loi générale, tend à gagner l'extérieur ; il y met plus ou moins de temps, mais il y arrive ; l'ouverture se fait sur la ligne médiane ou dans la région voisine, et souvent sur plusieurs points à la fois ; vous comprenez que ces ouvertures seront autant de fistules urinaires qui laisseront écouler de l'urine à chaque miction et qui, par conséquent, n'auront aucune tendance à la guérison.

Enfin, dans certains cas, il se produit une infiltration d'urine chez un malade porteur d'une tumeur urinaire ; c'est précisément l'histoire de notre malade du n° 25. Depuis longtemps ce malade pissait mal, et il avait, dit-il, une grosseur au périnée au moins depuis un mois ; comme la douleur n'était pas très vive, il s'en préoccupait fort peu, quand subitement il a été pris avant hier de frissons, de fièvre, et son périnée a beaucoup gonflé. C'est alors qu'il est venu réclamer des soins à l'hôpital, sans attendre, comme le n° 49, que la gangrène ait détruit son scrotum.

Dès son arrivée, mon chef de clinique est intervenu et a fait précisément ce que je vous conseillais plus haut, c'est-à-dire l'incision périnéale profonde sur le raphé médian.

Cette heureuse intervention a fait tomber tous les accidents ; vous le voyez, il n'y a plus de fièvre, le malade a dormi, les tissus tout autour n'ont plus cette dureté et cette tendance au sphacèle ; en somme c'est un malade en voie de guérison.

Mais, sachez le, cette guérison sera longue ; il reste, en effet, le rétrécissement de la fistule, et je ne vous parle pas de cette induration des tissus sur laquelle j'ai déjà appelé votre attention ; elle disparaît relativement vite quand on débriade largement ; sachez cependant qu'il se fait quelquefois des abcès de voisinage.

Cette induration est surtout tenace dans le cas où le chirurgien n'a pas traité l'affection dès le début, c'est autour des fistules qu'elle se montre et qu'elle acquiert son maximum ; elle apporte un autre obstacle à la guérison de ces fistules, et on ne peut les guérir qu'en excisant toute la zone indurée.

Je vous signale ici une des merveilleuses applications du thermocautère, car vous serez étonné de voir fondre ces indurations sous vos yeux après le débriement des fistules, à l'aide de cet instrument bien supérieur par conséquent au bistouri pour ce cas particulier.

En terminant je vous rappelle donc l'utilité d'une intervention hâtive et active, vous parerez ainsi aux grands accidents imminents et vous faciliterez la cure de la fistule et du rétrécissement.

Incisez hardiment sur la ligne médiane, vous n'irez jamais trop profondément; incisez aussi sur les parties dures et tendues des régions voisines si vous craignez la gangrène possible, et dès les premiers jours vous pourrez commencer la dilatation de l'urèthre.—*Progrès médical.*

De la nature parasitaire de la blennorrhagie, par DE AMICIS.— Depuis les recherches de Neisser sur le micrococcus ou le diplococcus gonorrhéique, bien des vénéréologistes croient que toute blennorrhagie vraie, c'est-à-dire causée par le diplococcus, ne peut dériver que d'une autre blennorrhagie vraie ayant fourni le microbe essentiel. Sternberg a depuis quelque temps protesté contre les idées de Neisser et a soutenu que le micrococcus décrit par cet auteur dans le pus gonorrhéique était le même que le micrococcus ureæ de Cohn, et que ce micrococcus vulgaire était capable, dans des conditions spéciales de culture, de se transformer en divers micrococcus pathogéniques.

Le microbe ne serait donc à peu près rien; ce serait le milieu dans lequel il se développe et les circonstances présidant à ce développement qui serait tout. De Amicis a recherché effectivement si les micrococci existaient dans le pus de l'urétrite expérimentalement provoquée par des moyens purement irritants, et n'ayant par conséquent aucun caractère de spécificité, et il y a trouvé des diplococci qu'il était impossible de différencier de ceux de la blennorrhagie contractée par contagion. Cependant, il y avait cette différence: c'est que dans la blennorrhagie vraie les diplococci existaient en grand nombre dans le protoplasma des corpuscules purulents, autour des noyaux, tandis que dans l'urétrite inflammatoire simple on n'en trouvait pas dans le protoplasma; ils étaient simplement disséminés ou accumulés dans le liquide intercellulaire, et entouraient les cellules épithéliales; ils avaient de plus un diamètre moindre que ceux de l'urétrite contagieuse. Si donc on admettait les idées de Sternberg, il faudrait en conclure que si la blennorrhagie peut résulter d'une contagion antérieure et être transmise par inoculations successives, elle peut aussi résulter du contact d'un urèthre sain avec des sécrétions vaginales non blennorrhagiques d'origine. De Amicis croit devoir se rallier à cette opinion: il cite à cet égard des expériences qu'il a faites avec du pus de vulvo-vaginite spontanée survenue sur des petites filles qui n'avaient été soumises à aucune tentative criminelle et qui étaient parfaitement vierges; ce pus transporté dans des urèthres sains y a développé une inflammation blennorrhagique. Il pense donc que l'on doit admettre aujourd'hui que des catarrhes inflammatoires d'origine commune, indépendants de tout rapprochement sexuel, sont susceptibles dans certaines conditions de donner la blennorrhagie; le micrococcus gonorrhéique a alors une origine autochtone, il provient des microbes communs et indifférents qui existent à l'état normal dans toutes les sécrétions vaginales. La présence des micrococci ou diplococci avec leurs dispositions spéciales et leur volume anormal, dans des sécrétions uréthrales ou vaginales, indique donc que ces sécrétions sont contagieuses, mais elle n'indique point que ces sécrétions proviennent d'un contagement antérieur: c'est là un point particulier d'une grande importance qu'il ne faudra point perdre de vue en médecine légale.—*Journal de méd. de Paris.—Lyon médical.*

Pronostic et traitement du cancer du sein.—Extrait des “Leçons de clinique chirurgicale” par le Dr CUIS MONOD. Conclusions de l'auteur.

L'intervention chirurgicale dans le cancer du sein ne doit pas être *à priori* rejetée.

Mais, pour être réellement utile, elle doit satisfaire à deux conditions essentielles: elle doit être faite en temps opportun; elle doit être aussi complète que possible.

C'est dire que l'opération sera précoce. Je ne saurais trop insister sur ce point. Elle sera pratiquée, si l'on est consulté à temps, avant que sept ou neuf mois au plus se soient écoulés depuis le début de la maladie. A cette époque la tumeur est encore intra-mammaire, elle n'a touché ni la peau ni les ganglions, à plus forte raison n'adhère-t-elle pas au thorax. On peut dès lors être à peu près certain, en enlevant la glande entière, d'emporter tout le mal.

Pour le cancer du sein, comme pour le cancer de la langue—et je ne fais ici que reproduire la doctrine si souvent défendue devant vous par mon excellent maître le professeur Trélat—vous observerez une même ligne de conduite.

Le diagnostic du cancer de la langue doit être fait, vous a-t-on dit, de bonne heure, alors que le mal est bien circonscrit et d'un accès facile; pratiquée à cette époque, l'opération sera vraiment efficace, parce qu'elle pourra dépasser largement les limites de la lésion; elle sera moins grave aussi, parce qu'elle ne nécessitera pas les grands délabrements que commandent des altérations plus étendues ou plus profondes. Il en est exactement de même pour le cancer du sein, et, l'on pourrait ajouter, pour tout cancer occupant une région anatomiquement bien limitée, où le mal peut être à son début, par une opération bien conduite, nettement circonscrit et largement enlevé.

Dans ces conditions, il est permis de parler de la curabilité du cancer. J'ai la conviction qu'à l'avenir, à mesure que les chirurgiens se conformeront mieux aux règles de conduite que nous venons de rappeler, les guérisons définitives deviendront moins rares.

Il faut malheureusement compter avec l'indifférence et la pusillanimité des malades, qui viendront habituellement à vous lorsque cette première période, de tout point favorable, sera passée. Alors même cependant, lorsque la peau est déjà prise, mais pas sur une trop grande étendue, lorsque les ganglions sont tuméfiés, mais accessibles, lorsque l'adhérence au thorax n'est pas trop étroite, il est encore possible de faire une opération utile.

C'est en pareil cas qu'il importe pardessus tout de faire une opération radicale. Depuis longtemps, en France, le professeur Verneuil a donné le conseil de pratiquer, même dans les cancers limités du sein, l'ablation de la glande entière, y compris, dans la plupart des cas, comme je vous le disais tout à l'heure, l'aponévrose du grand pectoral. A plus forte raison en agira-t-on ainsi lorsque le mal envahit ou menace toute la glande. Il est clair que si les muscles sont adhérents, on en fera largement le sacrifice.

On se comportera de même vis-à-vis des ganglions axillaires. J'ai employé plus haut le mot de *toilette* du creux de l'aisselle, qui exprime bien le soin que le chirurgien doit apporter à l'inspection exacte et au nettoyage minutieux de la cavité axillaire. Dans une communication récente à la Société de chirurgie, mon excellent collègue le Dr Kirmis-

son a insisté sur l'importance de ce temps de l'opération. Il est bien près de dire que, dans toute ablation de cancer du sein, l'incision doit être prolongée jusque dans l'aisselle, afin de permettre l'exploration directe de la région. Bien souvent, en effet, on découvre au cours de l'opération quelques glandes malades qui avaient échappé au palper le plus attentif à travers la peau intacte.

Vous ne vous contenterez pas, en tout cas, d'enlever celles qui sont manifestement atteintes, mais, fouillant avec le doigt tous les points accessibles, vous poursuivrez au besoin jusque sous la clavicule toute tuméfaction suspecte.

Si les sensations perçues sont vagues, le mieux est d'extraire tout le paquet graisseux qui remplit l'aisselle. Presque à coup sûr, en l'examinant après coup, vous y trouverez de petits ganglions que le microscope vous montrera déjà dégénérés.

Küster, en Allemagne, qui extirpe systématiquement le contenu de l'aisselle alors même que l'on ne peut sentir aucune tuméfaction évidente, affirme que toujours, à deux exceptions près, les ganglions axillaires présentaient déjà un commencement de dégénérescence cancéreuse. Dans la discussion qui suivit sa communication, on s'accorda à reconnaître l'utilité de l'ablation de tout ganglion malade. Esmarch va plus loin encore : dans les cas où l'adhérence des ganglions et des vaisseaux de l'aisselle rendrait impossible l'extirpation des premiers sans lésion grave des seconds, il estime que l'on est autorisé à pratiquer la désarticulation de l'épaule. Dans un cas où il a agi de la sorte, la malade a guéri et n'a pas eu de récidive. Le moyen est radical. Mais, quelque partisan que je sois des opérations complètes en matière de cancer, je le crois hors de proportion avec les résultats que l'on en peut attendre. Je crois surtout qu'il serait bien rarement indiqué d'y avoir recours. Presque toujours en effet on parvient à enlever les ganglions en ménageant les vaisseaux. Dans le cas contraire, il s'agit habituellement d'une lésion de date ancienne, ou au contraire d'un de ces cancers à marche rapide que l'on a quelquefois désignés sous le nom de "cancers galopants". Dans ces deux conditions, les altérations ont le plus souvent déjà franchi les limites de l'aisselle, auquel cas, comme nous le verrons dans un instant, l'abstention est de règle.

Je pourrais m'arrêter ici, et ne rien ajouter à ces considérations générales sur le pronostic et le traitement du cancer du sein. Je ne veux pas cependant vous laisser partir en emportant l'impression que je suis de ceux qui opèrent toujours et quand même. Ce n'est pas là ce que j'ai voulu vous enseigner. Je considère bien au contraire que, dans certains cas, l'opération peut être formellement contre-indiquée.

Il en est ainsi, par exemple, lorsque le néoplasme mammaire s'accompagne de nodosités cutanées disséminées à la surface de la région malade. Je ne parle pas ici de l'envahissement de la peau, de la profondeur vers la superficie, qui fait partie, comme nous l'avons vu, de l'évolution normale du cancer du sein, mais bien de petites masses indépendantes de la tumeur principale, de même nature cependant et se développant en même temps qu'elle ou peu après. Elles s'étendent souvent au loin sur la peau du thorax. On peut être certain du moins qu'il en est quelques-unes en voie de formation, trop petites pour être reconnues, qui resteront forcément en dehors du champ opératoire. En pareil cas,

une opération complète est impossible; la récurrence dans la cicatrice ou dans son voisinage est fatale.

Le *cancer en cuirasse* de Velpeau, qui est plutôt un cancer des téguments que de la glande elle-même, s'étendant à toute la peau de la partie antérieure du thorax, est aussi un de ceux auxquels il ne faut pas toucher.

J'en dirai autant du *squiorrhe atrophique* ou *rétractile* du même auteur, qui se rencontre presque exclusivement chez les femmes âgées. Le sein, loin d'augmenter de volume, se ratatine et paraît revenir sur lui-même; l'ulcération, lorsqu'elle se produit, forme une anfractuosité étroite et profonde, non saignante et suppurant peu; et surtout, fait bien remarquable, le mal peut être porté pendant des années sans qu'il paraisse retentir aucunement sur l'état général. Velpeau rapporte avoir vu des malades vivre dix, quinze et jusqu'à vingt ans avec des productions de ce genre, qui ne les incommodaient pas autrement. Il faut donc ici encore savoir ne pas agir, bien que la tumeur soit petite, limitée et semble inviter à l'opération; l'intervention ne ferait qu'accélérer la marche de la maladie et hâter la terminaison fatale.

À l'autre extrême de la vie, vous trouverez encore des cas dans lesquels il vaut mieux s'abstenir. Ils sont plus difficiles à définir. C'est chez des femmes encore jeunes, fraîches et souvent grasses, ayant toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Les seins sont gros, proéminents, et ne paraissent pas malades au premier abord. L'un d'eux cependant est manifestement plus volumineux, il est dur; on y perçoit une masse principale formant tumeur, mais le tissu glandulaire voisin n'a plus la souplesse normale; en l'explorant avec soin, on y découvre des indurations à limites peu précises disséminées dans toute l'étendue du sein. Profondément dans l'aisselle, à travers une couche épaisse du tissu graisseux, on perçoit des ganglions tuméfiés. Nélaton insistait dans ses leçons sur ces cas, qu'il considérait comme de véritables *noli me tangere*. Ici encore, lorsque l'on opère, la récurrence se fait avec une promptitude extrême, le plus souvent dans la plaie avant qu'elle ne soit fermée. Laisse à elle-même, la maladie marche avec une non moins grande rapidité. La mort survient ordinairement un an au plus après le début du mal. J'ai eu occasion de voir avec le docteur Tillaux un fait de ce genre qui m'a vivement frappé. Mon savant collègue avait parfaitement apprécié la gravité du cas; l'évènement lui a donné pleinement raison.

Enfin, ai-je besoin de vous dire que, si vous constatez chez vos malades la moindre trace de généralisation, la non-intervention sera un devoir absolu? Je me contenterai à cet égard de vous signaler l'importance de la recherche des ganglions sus-claviculaires. S'ils sont manifestement tuméfiés, n'opérez pas. On peut considérer leur altération comme étant, presque à coup sûr, l'indice d'une généralisation commençante. Lorsque les produits néoplasiques ont du sein gagné les ganglions axillaires et que, franchissant cette première barrière, ils ont atteint les ganglions sous-pectoraux, puis ceux qui siègent au-dessus de la clavicule, il y a grande chance pour que l'infection se soit propagée plus loin, sans peut-être se révéler encore par des signes appréciables à l'exploration directe. On ferait donc, en intervenant, une opération inutile et même nuisible. S'abstenir sera plus sage.

En dehors de ces contre-indications et dans les conditions que je

vous ai exposées plus haut, j'estime que le cancer du sein peut et doit être opéré.

Ces conditions, je les résume d'un mot: opération *précoce*, si possible; en tous cas, opération *complète*.

Ainsi conduite, votre intervention sera absolument justifiée et vous pouvez espérer qu'elle sera utile. Elle procurera à votre malade au moins quelques mois de survie et parfois—plus souvent qu'on ne le croit communément—une guérison définitive.

Traitement du bec-de-lièvre.—Extrait des "Leçons de clinique chirurgicale" par le Dr CHS. MONOD.

L'auteur résume comme suit le traitement qu'il préconise contre cette infirmité.

Opérez de bonne heure le *bec-de-lièvre simple*.

Opérez-le à la naissance ou au moins dans le premier mois de la vie. Il y a *urgence physiologique* à intervenir à cette époque, c'est-à-dire que vous mettez l'enfant en état de prendre le sein, et que vous lui évitez l'alimentation artificielle et ses dangers.

Après le premier mois cette indication capitale n'existera plus, l'enfant aura perdu l'instinct de la succion. Opérez-le cependant le plus tôt possible, avant le début du travail de dentition. Si l'enfant vous est amené trop tard, alors qu'apparaissent les premières dents, attendez que les huit incisives aient achevé leur évolution.

L'opération du bec-de-lièvre n'est dangereuse que par l'hémorrhagie dont elle s'accompagne; cette complication, d'autant plus sérieuse qu'elle se produit chez un enfant, devait autrefois faire redouter l'opération hâtive. Il n'en est plus de même aujourd'hui, grâce à l'emploi du couteau thermique pour les débridements, qui réduit l'écoulement sanguin à un minimum sans importance.

Pour ce qui est du procédé opératoire, donnez entre tous la préférence à celui de Mirault, heureusement modifié par Broca. C'est celui qui assure le mieux la réunion des parties et une bonne restauration des formes.

Si vous avez affaire à un *bec-de-lièvre compliqué*, assurez-vous d'abord que l'enfant est viable et en état de se développer, qu'il pourra en particulier supporter l'alimentation à la cuiller à laquelle il sera, même après l'opération, nécessairement réduit. Pour vous éclairer à ce sujet soumettez-le à l'épreuve des pesées régulières, et constatez que son poids augmente.

Alors, et alors seulement, opérez-le.

Ici encore, et par le même moyen que tout à l'heure, l'hémorrhagie peut être rendue insignifiante. Certaines sections osseuses, si elles sont nécessaires, telles que celles de la cloison, peuvent elles-mêmes être pratiquées sans perte de sang.

Faite dans ces conditions, l'opération du bec-de-lièvre compliqué lui-même n'est pas dangereuse et devra être exécutée le plus tôt possible.

La réunion des parties molles favorise en effet le rapprochement des parties osseuses divisées, bénéfice considérable qu'on ne doit pas négliger.

Le même procédé sera mis en œuvre. Plus encore que dans le bec-de-lièvre simple, les débridements étendus peuvent être nécessaires; ils permettent sans autre adjuvant le rapprochement de divisions dont

l'écart est considérable. Certaines saillies osseuses elles mêmes, insurmontables en apparence, pourront être recouvertes par la lèvre nouvelle largement libérée, sans qu'il soit besoin de les sectionner ou de les briser.

En vous conformant à ces règles générales de conduite, que vous modifierez au besoin suivant la variété infinie des cas particuliers, vous aurez, je crois, toujours la satisfaction de pouvoir faire une opération opportune et vraiment efficace, sans jamais faire courir à vos petits malades de dangers sérieux.

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Des douleurs de l'accouchement.—M. SCHATZ (de Rostock) a fait part à la section d'obstétrique du Congrès des médecins allemands, d'une partie de ses travaux concernant la physiologie et la pathologie de l'accouchement ; il a parlé de la force des contractions de l'utérus, du type des douleurs et de l'influence du seigle ergoté.

Si l'on désigne la pression intra-utérine pendant la pause par 0, la pression produite par la contraction de l'utérus ne dépasse jamais la hauteur de 100 millimètres de mercure. Dans la majorité des cas, la pression intra-utérine n'atteint que la moitié ou les deux tiers de cette hauteur.

A chaque accouchement, les premières douleurs montrent une pression basse, et bientôt après les premières contractions viennent les contractions maxima, qui restent à la même hauteur pendant tout le travail de l'accouchement. Il n'est pas vrai que la force de la contraction s'accroisse en raison de la résistance. Lorsque, par exemple, il y a un bassin étroit, l'accouchement peut durer plusieurs jours, mais les contractions maxima ne s'accroissent pas. Le travail effectué par l'utérus, lorsque la résistance est trop grande, consiste dans une action prolongée, action qui ne fatigue pas l'utérus tant que les contractions sont régulières et se font par intervalles d'une minute au moins. Si la pause est trop courte ou si elle disparaît entièrement, alors l'utérus se fatigue bientôt.

Dans les contractions combinées et les contractions qui se font à courts intervalles, la première contraction est toujours la plus forte ; elle est suivie d'autres de plus en plus faibles. Cela s'explique par la nutrition défectueuse de la musculature utérine pendant la pause incomplète. La disparition de la pause est aussi la cause de l'abaissement de la hauteur des contractions dans l'application du seigle ergoté.

Bien que la paroi de l'utérus grossisse dans le cours du travail de l'accouchement, la contraction maxima ne gagne rien ni en force, ni en hauteur, puisque le travail des fibres lisses, de même que celui des fibres striées, diminue en raison de leur raccourcissement.

Quant au type des douleurs, il n'est pas toujours régulier. Quelquefois les douleurs se présentent en groupes de deux à quatre. Ce qui caractérise ces groupes, c'est qu'entre deux groupes il y a une pause plus grande qu'entre deux contractions du même groupe, et que la hauteur des contractions formant un groupe diminue en commençant par la première.

Parfois ces groupes sont si fréquents qu'on ne peut plus distinguer entre eux une pause ; M. Schatz appelle cela des douleurs combinées.

Le seigle ergoté est un médicament précieux et très efficace qu'on peut employer avec succès, même pendant le travail de l'accouchement. Il faut seulement que la préparation soit bonne et que le dosage et l'application soient justes. On connaît les difficultés dans la préparation et dans l'emploi du seigle ergoté. Le mieux serait de l'administrer sous forme de poudre fraîche, mais les huiles éthérées rendent son emploi impossible. La poudre privée des principes huileux a un très mauvais goût et n'est pas efficace. M. Schatz a fait préparer un extrait fluide qui peut être conservé un an sans s'altérer et sans rien perdre de son efficacité. Cette préparation a encore l'avantage de permettre un dosage exact.

Il n'est pas vrai que le seigle ergoté provoque des spasmes utérins. Son action consiste seulement dans une accélération des contractions. Lorsque les doses sont trop fortes, les contractions se suivent sans laisser entre elles le moindre intervalle. Mais si l'on prescrit des petites doses, de façon qu'il n'y ait que sept contractions par minute, on obtient des douleurs normales. M. Schatz a administré cet extrait à la dose de 12 gouttes (1/2 gramme), pour élever le nombre des contractions de quatre à sept par minute. On ne doit pas aller plus loin. L'action se montre après un quart d'heure. C'est une erreur d'administrer à chaque quart d'heure une nouvelle dose, car on a alors une action cumulative. Ordinairement il ne faut administrer qu'une seule dose; si l'on est forcé de donner une seconde dose, il ne faut le faire qu'une demi-heure, ou mieux, une heure après la première.

La surveillance du médecin est absolument indispensable lorsqu'on se sert du seigle ergoté, il ne faut jamais se fier à la sage-femme. Malgré l'excellence du médicament, M. Schatz ne saurait trop recommander de la prévoyance et de la précaution dans son emploi, car les mauvais effets des doses exagérées ne peuvent être corrigés ni par la morphine, ni par le chloroforme.—*Médecin praticien.*

Du traitement de l'éclampsie puerpérale.—Un traitement logique doit nécessairement s'inspirer des théories admises sur la cause de l'affection qu'il prétend guérir. Ceux qui ont attribué l'éclampsie à la *pléthore* ont proposé la méthode évacuante, et, parmi les moyens, la *saignée générale* étant le mode de traitement le plus rapide et le plus direct, ils ont proposé la phlébotomie;—ceux qui ont rattaché l'éclampsie à une excitation cérébro-spinale : les anesthésiques et les antispasmodiques, chloral, chloroforme, bromure de potassium, opium;—ceux qui ont fait de l'éclampsie une attaque urémique pendant la grossesse, ont indiqué le moyen d'évacuer le poison, proposant la voie rénale, la voie intestinale, la peau, diurétiques, purgatifs drastiques, sudorifiques, lait, pilocarpine. Tous aujourd'hui, depuis que la relation entre la néphrite et l'éclampsie est établie, sont d'avis de prévenir l'attaque par le traitement de la maladie rénale. Nous allons donc exposer les méthodes du traitement préventif, les méthodes usitées pendant l'accès, et suivre aussi les règles qui doivent guider l'accoucheur en ce qui concerne la parturiente et le fœtus.

Le *traitement préventif* porte aujourd'hui sur la lésion rénale, et, comme le meilleur mode de traitement de la néphrite albumineuse est actuellement le régime lacté, on l'applique dans toute sa rigueur, progressivement ou d'emblée (Tarnier, Charpentier, etc), et aussi long-

temps que l'albumine persiste; on le continue encore après quel peu pour revenir graduellement à la nourriture commune; les amères, les toniques, les alcalins, les ferrugineux rendent alors de grands services. Sous l'influence diurétique du lait, les urines deviennent abondantes, l'œdème disparaît et les vertiges, la céphalée s'éteignent; on peut adjoindre à l'action diurétique les évacuants, tels que les sulfates de soude et de magnésie, la scammonée, l'eau-de-vie de mande, les bains de vapeur qui luttent tous contre l'action hydrogène de l'affection, mais en se rappelant, toutefois, que le vrai filtre de l'urée est le rein et que les liquides excrétés par la voie cutanée ou la voie intestinale contiennent très peu d'urée (Bouchard) comparativement à la quantité de liquide évacué.

Cazeaux, Depaul, Peter sont grands partisans de la saignée; et pour Peter, la femme grosse est pléthorique, non pas que sa richesse en globules rouges soit excessive, loin de là; mais la masse totale de liquide sanguin est accrue, et il y a prédisposition à la congestion de tous les organes, notamment des reins, dont la circulation est liée intimement aux fonctions utérines; cette congestion rénale, pour Peter, est cause de l'albuminurie, donc tout ce qui décongestionnera le rein (ventouses scarifiées sur la région lombaire, saignée générale, purgatifs), diminuera l'albuminurie, partant la prédisposition aux attaques éclamptiques. Ainsi, saignée locale, saignée générale sont meilleur traitement à instituer lors des prodromes de l'accès. Charpentier partage cette manière de voir et associe la saignée au kina quand ce dernier ne suffit pas, ou n'est pas toléré.

Si, pendant le travail, quelques symptômes peuvent faire prévoir l'apparition d'un accès, alors que les attaques éclamptiques ne se sont pas encore produites, on tâchera de le prévenir par la saignée s'il y a lieu, par le chloral à l'intérieur, le chloroforme en inhalation, en suivant les règles qui vont être indiquées plus bas, pour le cas où la parturiente est déjà en proie à l'éclampsie.

Il est aussi un autre traitement préventif: c'est la terminaison rapide de l'accouchement, pourvu que le travail soit suffisamment avancé et la *dilatation ou la dilatabilité du col complète*.

Mais faut-il accélérer le travail, surtout le provoquer? Taru semble le croire et propose même l'accouchement prématuré vers le 6^e mois, 8 mois 1/2, si la mère, déjà éclamptique à une précédente grossesse, présente des signes probables d'éclampsie à venir.—Charpentier s'oppose complètement à cette manière de voir; Bailly est moins affirmatif, mais ses conclusions relatives à la conduite à tenir vis-à-vis de la personne éclamptique à terme et en travail, semble mettre d'accord avec Charpentier: il n'admet, en effet, l'intervention obstétricale pour provoquer ou accélérer l'accouchement que dans le cas où le travail est très lent, ou ne se fait pas, ou quand la vie de la mère est déjà très compromise par les attaques éclamptiques et quand, enfin, le traitement médical est impuissant. Or dans le cas actuel, rien de semblable; la mère est sous le coup d'une attaque, il est vrai, mais sa vie n'est pas encore très menacée; donc attendre, en usant de la thérapeutique médicale, et n'intervenir obstétriquement que si l'état de la mère le réclame; l'on verra plus bas à l'aide de quels procédés.

Tel est, en résumé, le traitement usité au moment des prodromes

alors que l'accès est seulement à craindre : lait, puis saignée modérée, purgatifs salins, et au moment du travail, anesthésiques enfin si l'état du col le permet, accouchement rapide (forceps ou version).

Traitement pendant l'accès. Quand l'accès se déclare, on usera encore des moyens indiqués plus haut comme préventifs, mais c'est, par excellence, le moment des *sédatifs*, des anti-pasmodiques et surtout des *anesthésiques*, dont l'action est plus rapide ; le bromure de potassium, proposé, paraît agir trop lentement ou incomplètement ; le même reproche a été fait au chloral, mais avec beaucoup moins de raison, car son action, sans être aussi rapide que celle du chloroforme, se manifeste très vite ; toutefois la *saignée* compte de nombreux partisans (Cazeaux, Depaul, Peter), mais la saignée rapide, abondante, répétée même (Depaul jusqu'à 1,000, 1,500 gram., en quelques heures).

Quelles que soient les idées adoptées à ce sujet, il est certain que chloroforme, chloral, saignée, comptent de nombreux succès et que la réunion de ces trois procédés est d'un précieux secours.

On donnera donc le chloroforme en inhalation, rapidement, et jusqu'à *résolution*, et chaque fois que la malade présentera les signes d'une nouvelle attaque. Il ne faut pas laisser les femmes reprendre connaissance, ni même se réveiller, et il faut les maintenir ainsi endormies pendant 6, 8 heures, 15 heures quelquefois.

C'est ainsi qu'il faudra agir avec le chloroforme, s'il est donné seul et non associé au chloral. Toutefois, il convient de l'administrer *en dehors des attaques convulsives*, et lorsque le coma se dissipe. Pendant l'accès, en effet, les fonctions respiratoires sont fortement troublées, et ce n'est que quelque temps après que la circulation pulmonaire reprend le caractère normal ; on conçoit donc qu'il serait intempestif et même dangereux de faire inspirer un air mélangé de vapeurs *toxiques* en quelque sorte ; l'indication serait plutôt d'aérer largement la chambre.

Le moment le plus propice aux inhalations est donc l'intervalle de deux accès, quand le coma se dissipe et quand les signes d'agitation prémonitoire de l'accès se manifestent ; mais il faut, autant que possible, tenir la malade endormie, somnolente ; c'est le meilleur moyen d'empêcher l'excitation qui devance l'accès.

Si le chloral ne peut être donné, même en lavement, ce qui est rare, le chloroforme en inhalation est le meilleur procédé d'anesthésie ; mais il réclame la présence continuelle du médecin, et la respiration prolongée de cet anesthésique peut n'être pas sans inconvénient, même quand on a soin d'interrompre les inhalations de temps à autre, et de ne donner le chloroforme qu'au moment du réveil. Aussi le chloral administré par le rectum (4 à 6 gram., en une fois, dans un verre de lait) l'intestin étant au préalable vidé par un lavement purgatif, a-t-il rendu de grands services. On combine son emploi avec celui du chloroforme, de cette façon on donne des doses moindres de l'un et de l'autre, l'action rapide du chloroforme venant en aide à l'action plus lente du chloral ; car l'un et l'autre anesthésique visent le même but : calmer l'irritabilité et modérer les attaques.

C'est alors aussi que l'examen de la température fournit de précieux renseignements ; baisse-t-elle, c'est que la thérapeutique agit favorablement, s'élève-t-elle ou reste-t-elle constante, c'est l'indice que les moyens employés sont insuffisants, et de nouveau, chloral, chloroforme,

me doivent être administrés; on est allé jusqu'à 12, 16 gram., de chloral en vingt-quatre heures, en trois ou quatre fois (Charpentier),

Telle est la conduite du médecin pendant la période des attaques; il doit, en outre, veiller à ce que la langue ne soit pas mordue (cuiller, serviettes tendues sur les arcades dentaires), que rien ne vienne agacer la femme; vider la vessie, éviter les explorations inutiles.

Pendant la *période de coma*, si la face est turgide et la congestion manifeste, on appliquera quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, surtout si la saignée générale a été jugée intempestive: on pourra en outre exercer une déplétion active à l'aide du calomel, de la poudre de jalap, de l'eau-de-vie allemande.

Toutefois, comme il est de règle, ou à peu près, que les accès persistent jusqu'à l'expulsion du fœtus, quelle doit être la conduite de l'accoucheur? Tout le monde est d'accord qu'il y a bénéfice pour la mère et l'enfant à voir l'accouchement se terminer le plus tôt possible, soit par version, soit par forceps, suivant la présentation; mais, faut-il attendre que l'orifice soit dilaté ou dilatable complètement? Faut-il, comme le veut Depaul, dans les cas urgents, faire quelques incisions sur l'orifice pour aller plus vite? faut-il provoquer l'accouchement s'il ne se fait pas, ou activer le travail s'il est commencé? Les avis d'hommes également compétents sont très partagés. Depaul, Pajot rejettent complètement la provocation artificielle de l'accouchement; Tarnier, Bailly l'acceptent dans des circonstances où la vie de la mère est très menacée et conseillent alors, pour provoquer ou activer le travail, des agents divers (dilatateur, sonde dans l'utérus, éponge préparée, douches chaudes sur le col, répétées toutes les heures pendant vingt minutes); mais, une fois le travail établi, en général sa marche est rapide et l'expulsion se fait vite. Seul, l'accouchement forcé est banni par la grande majorité des accoucheurs; et en effet, c'est un procédé violent, également compromettant pour la mère et l'enfant.

Si les convulsions persistent après l'accouchement, le devoir de l'accoucheur est de terminer la délivrance le plus tôt possible et d'évacuer la cavité utérine des caillots qu'elle contient; ces causes d'excitation écartées, tout rentre dans l'ordre, mais surviennent souvent, alors, de grandes hémorrhagies, auxquelles on opposera les moyens habituels (injections d'eau très chaude, main dans l'utérus, moyen très irritant toutefois, ergot de seigle, injection d'ergotine).

En somme, en présence d'une femme éclamptique, la conduite de l'accoucheur peut se résumer de la sorte:

1^o Pendant l'accès, maintenir la malade sans violence extrême, éviter les chutes, les morsures, etc., aérer la pièce, etc.

2^o Pour éviter ou prévenir un nouvel accès, une fois que le coma se dissipe un peu:

Inhalation de chloroforme auquel on associera un lavement de chloral (4 à 6 gram., dans un verre de lait) en une fois; si au bout de deux à quatre heures la température ne baisse pas, nouveau lavement (jusqu'à présent on n'a pas dépassé 16 gram. de chloral en vingt-quatre heures en trois ou quatre fois).

Si la femme est *pléthorique* ou la face très congestionnée et le coma profond: saignée de 350 à 450 gram., que l'on répétera au besoin; si la femme est faible, on se contentera de sangsues aux apophyses mastoïdes; un lavement purgatif énergique est aussi bien indiqué; les sina-

pismes aux jambes ont paru quelquefois irriter la sensibilité et provoquer des accès.

3° A.—Si l'éclampsie est à terme ou que l'accouchement prématuré se fasse, et que le travail marche régulièrement, l'accoucheur s'abstiendra de toute manœuvre, il n'interviendra que lorsque le col sera bien dilatable ou dilaté, et terminera le plus rapidement possible l'accouchement (version, forceps).

B.—Si le travail marche lentement, *a fortiori*, s'il ne se fait pas, si l'état de la femme est grave, si le traitement est impuissant, si la grossesse est à cette époque où l'utérus peut se contracter (trois derniers mois), on est autorisé à provoquer le travail ou à l'accélérer (éponge préparée, sonde dans l'utérus, dilatateur Tarnier, douches sur le col pendant vingt-minutes, toutes les heures, Triaire), et, s'il y a nécessité absolue, quand la dilatation est presque complète, inciser quelque peu le col utérin et terminer rapidement (Bailly). On se réglera, d'ailleurs, sur la marche de la température et son élévation.

C.—Si la grossesse n'est qu'au sixième mois, la provocation de l'avortement est un procédé trop long et ne réussit pas, l'enfant meurt en général, et est expulsé plus tard, ou bien survit ou continue à vivre dans le sein de la mère.

Telles sont, en résumé, les règles qui guident actuellement le médecin dans les accouchements compliqués d'éclampsie; d'autres médicaments ont été vantés, mais leur action est moins certaine ou moins inoffensive que celle des agents qui ont été signalés: la pilocarpine injectée, d'après Barker, a donné lieu à de graves accidents; le chloral, en injection intra-veineuse, est souvent dangereux, et en injection sous-cutanée a déterminé des phlegmons quelquefois graves; le bromure de potassium est incertain; l'opium toutefois a rendu de grands services, soit sous forme de morphine, soit sous forme d'extrait thébaïque; il faudrait l'employer à forte dose, 12 à 18 centigrammes d'opium brut d'emblée, suivant Brummstadt.—Mais cù l'action de l'opium est bien indiquée, c'est dans les accidents psychiques qui succèdent à l'éclampsie; les injections sous-cutanées de 1 à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, répétées plusieurs fois dans la journée, rendent de grands services; toutefois l'état des reins doit engager à surveiller l'action du médicament.—I r Georges MULEUR, in *Concours médical*.

Prurit vulvaire et anal.—Lombe Atthill, de Dublin, traite cette incommode maladie au moyen de l'acide carbolique. Voici la formule qu'il préconise :

Acide carbolique	- - - -	20 grains
Teinture d'opium	- - - -	une demi once
Acide hydrocyanique dilué	- -	deux drachmes
Glycerine	- - - -	une demi once
Eau q. s. pour faire quatre onces.		

Un bourdonnet de charpie est imbibé de cette solution et introduit dans l'anus: on renouvelle le pansement après chaque selle.

MALADIES MENTALES.

La dipsomanie.—Résumé de plusieurs cliniques de M. MAGNAN à l'Asile Ste-Anne et publiées par le *Progrès médical*.—Le mot dipsomanie a été employé pour la première fois par Hufeland pour désigner un entraînement irrésistible poussant par intervalles l'homme à boire avec excès des liqueurs enivrantes. Tout en acceptant le nom, M. Magnan n'accepte pas la définition dans toute son étendue. Pour lui, la dipsomanie n'est pas une entité morbide, une maladie distincte, mais bien un syndrome très important du reste, et méritant une étude spéciale.

Ce besoin irrésistible de boire, dit-il, se reproduit à des époques indéterminées, sous forme de paroxysmes, affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive. Il en est de cette disposition maladive comme de beaucoup d'autres syndromes tels que les impulsions au vol et à l'incendie, la crainte des poussières, la peur des espaces, etc. qui, dans l'ordre psychique, sont des tares dont la valeur n'est pas moindre que celle des troubles somatiques.

Le fait que la dipsomanie est un symptôme et non pas une maladie à part se prouve par cet autre fait que, si on veut bien remonter aux antécédents des malades, on s'aperçoit qu'à différentes époques de la vie ils ont présenté des bizarreries de caractère ou des troubles intellectuels bien avant d'être poussés à boire. Ces troubles sont l'indice d'un état mental plus profondément atteint qu'on ne pourrait le supposer si l'on s'en tenait à des symptômes isolés.

Étiologie.—En première ligne il faut placer l'hérédité. Toujours, on retrouve, chez les ascendants, des antécédents de folie. Cependant les causes occasionnelles peuvent aussi avoir une certaine action sur l'accès, mais cette influence est secondaire, ne s'adresse qu'à la manifestation elle-même, et n'a pas sur le fonds maladif l'importance qu'on est tenté de lui attribuer. Parmi les causes occasionnelles ou déterminantes des accès, on range l'abus lui-même des alcooliques, la menstruation, la ménopause, etc. Trop souvent on est porté à considérer ces divers accidents comme étant des causes de la maladie elle-même, tandis qu'elles ne sont que déterminantes des accès. Ce qui précède se résume donc à ceci : Si le besoin de boire est, chez le dipsomane, l'acte le plus saillant, il ne constitue pas à lui seul la maladie ; il n'est qu'un syndrome épisodique d'un état mental plus profond que l'hérédité tient sous sa dépendance.

Symptômes.—Comme on l'a vu tout à l'heure, la dipsomanie a pour caractère principal de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques qui laissent, après leur disparition, un malaise cérébral qui s'atténue peu à peu, et les malades reprenant leurs habitudes de sobriété, regrettent les abus auxquels ils se sont momentanément livrés.

L'accès est précédé de prodromes toujours à peu près les mêmes : d'abord un sentiment vague de tristesse que les occupations ou les distractions sont incapables de surmonter ; les malades, déprimés et découragés, renoncent bientôt au travail auquel il leur est désormais impossible de penser ; des idées noires les obsèdent, tout semble changer autour d'eux, ils se sentent comme menacés d'un prochain malheur,

leur caractère s'aigrit ; leurs sentiments affectifs sont altérés, les êtres les plus chers leur deviennent indifférents. A ces symptômes d'ordre intellectuel et moral s'ajoutent plus tard d'autres symptômes physiques. D'abord de l'anorexie avec anxiété précordiale, un serrement de l'épigastre et parfois de la gorge, puis du dégoût pour les aliments solides. Enfin, des troubles de la sensibilité générale surviennent ; ces malades se plaignent d'une brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier ; ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant.

Désormais, rien ne les arrête, il leur faut à tout prix une liqueur alcoolique ; quand l'argent leur manque pour l'acheter, ils ne reculent devant aucun expédient ; les plus honteux ne les arrêtent pas ; le vol, la prostitution, le crime même, tous les moyens leur sont bons pour se procurer une boisson excitante. C'est alors qu'on voit le père de famille, portant au cabaret les dernières ressources du ménage, rester sourd aux supplications de la mère qui lui montre les enfants sans pain ; qu'on voit la mère, oublieuse de ses devoirs et perdant toute pudeur, se prostituer pour quelques verres d'eau-de-vie ou vendre sa fille comme les journaux en ont rapporté un récent exemple en Angleterre.

Chez tous les dipsomanes, l'impulsion est précédée des mêmes prodromes et se traduit de la même façon, avec cette seule différence que, suivant l'éducation ou l'intelligence du sujet, l'entourage s'aperçoit plus ou moins vite de la maladie. D'ailleurs, quelques-uns d'entre eux déploient beaucoup d'habileté pour cacher cet état aux yeux de tous.

La lutte que livrent plusieurs de ses malheureux, avant de céder à leur funeste penchant, indique, d'une manière très nette, combien ils diffèrent des ivrognes ordinaires. Ceux-ci recherchent les occasions de boire ; le dipsomane, au contraire, commence par les fuir ; il se fait des reproches ; il se fait à haute voix l'énumération des tourments divers qui l'attendent ; il cherche à se dégoûter par mille moyens, il souille même parfois sa boisson dans l'espoir de ne pas céder à la tentation ; jamais le buveur ordinaire n'agit de la sorte.

Les ivrognes, dit Trélat, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. En d'autres termes, tout le monde peut devenir alcoolique, mais n'est pas dipsomane qui veut.

Quand il finit par succomber, le dipsomane se comporte encore autrement que l'ivrogne ; il se cache, s'isole après être entré furtivement chez le marchand de vin, d'où il s'échappe ensuite tout honteux. Le buveur de profession, au contraire, est bruyant, tapageur, cherche des amis pour aller au cabaret, fait étalage des bouteilles qu'il a vidées et met une certaine gloriole à raconter ses exploits. L'un est aliéné avant de boire, l'autre ne devient aliéné que parce qu'il a bu.

Le récit fait par le dipsomane lui-même de ses efforts pour résister aux impulsions est des plus instructifs : c'est d'abord pour se remonter et s'aider à supporter la lutte qu'il boit le premier verre, en se promettant de s'en tenir là ; ou bien encore pour diminuer le sentiment de chaleur qu'il éprouve à la gorge ; mais, dès ce moment, la résistance intérieure est épuisée ; il ressent une légère excitation, un sentiment de bien-être passager, de plénitude, une sorte de soulagement à son état ; rien alors ne peut l'arrêter et le voilà maintenant

entraîné à précipiter ses libations. A tout prix, il lui faut sa boisson favorite et rien, sauf la séquestration, ne saurait le retenir.

Mais ce n'est pas seulement pendant leurs phases impulsives que les dipsomanes diffèrent des ivrognes ; ils s'en écartent encore un peu dans le délire toxique dont leurs excès alcooliques sont suivis. Tandis que l'ivrogne qui demande sans cesse du vin, de l'eau-de-vie, du champagne, etc., prend les médicaments qu'on lui présente si on a le soin de les lui offrir en les désignant du nom de la boisson qu'il réclame, le dipsomane, au contraire, quand l'impulsion est satisfaite, fuit, dès qu'on lui parle d'alcool ou de toute autre liqueur qui lui produit une répugnance insurmontable.

Suivant M. Magnan, le dipsomane peut en outre présenter toutes sortes d'impulsions. Il cite le cas d'un ouvrier qui, dipsomane avéré, était aussi pris d'impulsions violentes au suicide et à l'homicide.

La durée de l'accès dipsomaniaque est très variable, il peut s'étendre de 2 à 15 jours ; les retours ne sont soumis à aucune règle : cependant on peut dire qu'en général, après avoir commencé par être rares (1 ou 2 par an), ils se rapprochent et finissent par devenir fréquents au point de n'être séparés que par des intervalles de quelques jours. Une malade restait, au début, plusieurs mois sans commettre d'excès, plus tard les rechutes se faisaient sentir tous les 30 ou 40 jours. Il en est de même d'une autre qui, pendant le temps qu'elle passa hors de l'asile, eut des impulsions presque tous les mois. Une autre enfin, après être restée sobre pendant plus d'un an, en arrive maintenant à boire tous les deux mois ; quelques sujets ne retombent que tous les ans.

Quand l'accès de dipsomanie dure assez longtemps ou se répète assez fréquemment pour que le patient emmagasine des doses d'alcool suffisantes au développement des manifestations toxiques, on voit se développer le délire alcoolique qui ne doit pas être confondu avec la dipsomanie dont il est une complication et non pas un symptôme. L'ivresse qui, au début, accompagne seule les accès, ne laisse d'abord pas de traces de son passage, mais, plus tard, quand les crises se rapprochent et que l'alcool agit d'une façon plus continue, les hallucinations, le délire, se développent à leur tour, et, comme pour les autres formes mentales, après avoir joué le rôle d'excitant, l'alcool imprime son délire spécial, si bien que le dipsomane se présente à l'asile avec du délire alcoolique seul ; ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve le fond maladif principal. Quoi qu'il en soit, ce sont là des exemples de la coexistence chez le même sujet de deux états différents, dipsomanie et délire alcoolique, dont l'un est cause de l'autre.

En dehors de leurs périodes impulsives, les dipsomanes se comportent parfois comme de véritables ivrognes et se soumettent à une mauvaise hygiène. Dans ces cas, les excès répétés peuvent finir par provoquer les symptômes de l'alcoolisme chronique. Mais il est toujours facile de s'assurer si l'aliéné boit par impulsion ou par habitude d'ivrogne : quand il boit en désœuvré, par simple distraction, il se comporte comme l'ivrogne ordinaire et entraîne les amis à l'occasion ; quand, au contraire, il boit poussé par la maladie, il s'isole de son entourage, se cache, emporte son vin dans sa chambre et en avale coup sur coup plusieurs verres, après avoir pris la précaution de se renfermer. Du reste, l'impulsion à boire est toujours précédée d'une phase dépressive.

La plupart, dans l'intervalle de leurs accès, sont rigoureusement sobres, et quelques-uns ne peuvent, comme on l'a vu, sentir l'odeur des boissons alcooliques. Quand la honte et le repentir ne les poussent pas au suicide, ils font des efforts pour mener une vie régulière et espèrent chaque fois ne plus retomber. Leur conviction est des plus sincères, car ils la manifestent de toutes les façons.

État mental du dipsomane.—L'état mental de beaucoup de dipsomanes semble tel, dans l'intervalle des accès, qu'on les croirait à tout jamais guéris si l'on s'en tenait à un examen superficiel. Leur lucidité conduit volontiers à une appréciation erronée de l'état de leurs facultés. Cette apparence, nous l'avons dit, a pu faire considérer la dipsomanie, par quelques aliénistes des plus éminents, comme une sorte de délire partiel, une véritable monomanie. Mais, si l'on interroge avec soin toute la vie des dipsomanes, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est pas nécessaire de créer pour eux une maladie spéciale, dont le caractère principal serait un entraînement irrésistible pour les boissons fermentées.

Il est toujours possible, grâce à l'observation attentive des faits pathologiques, grâce à l'étude de leur enchaînement, de leurs dépendances réciproques, de rattacher les tendances dépravées pour les boissons alcooliques à leur véritable cause génératrice. Cette cause n'est autre qu'une prédisposition héréditaire.

Les actes de toute la vie des dipsomanes ne sont-ils pas là pour démontrer que toujours ils se comportent et réagissent comme se comportent les individus mal équilibrés? — Mais ils ne sont aliénés, dirait-on, que quand leur accès les prend.—Erreur, car les dipsomanes présentent une foule d'autres penchants qui en font des êtres instinctifs ayant toutes sortes de mauvaises tendances dont l'objet varie, suivant l'éducation qu'ils ont reçue, le milieu dans lequel ils vivent, et dont la nature essentiellement malade n'est plus à démontrer. Ce sont des penchants au vol, au suicide, à l'homicide, à l'érotisme, etc., qui se produisent successivement ou simultanément chez ces prédisposés; c'est peut-être le hasard seul qui décidera de la direction que prendra, sous l'influence d'une cause accidentelle, leur disposition malade, mais aucun n'échappe à la loi commune et tous sont sujets à des impulsions de même nature, quoique de forme différente.

Presque tous, pour ne pas dire tous, comptent des aliénés dans leurs ascendants; beaucoup, dès leur enfance, ont déjà présenté des particularités d'esprit ou de caractère qui les ont fait distinguer des autres enfants du même âge, élevés dans la même condition sociale! Une buveuse d'éther qui venait à la consultation gratuite racontait qu'étant en pension, elle avait fait deux tentatives de suicide, la première à 9 ans, parce qu'on l'avait punie injustement (précipitation par la fenêtre d'un premier étage); la seconde à 16 ans, parce qu'on l'avait séparée d'une de ses amies (avait bu une macération d'allumettes chimiques). Quand sa famille la contraignait, elle avait pour habitude de se planter des épingles sur le corps pour lâcher, disait-elle, de faire de la peine à ses parents qui craignaient toujours de la voir s'ouvrir les veines.

Le développement physique des dipsomanes présente aussi quelquefois, dans l'enfance, des particularités malades à signaler: une apparence trop précoce ou au contraire une apparition trop tardive de l'intelligence; certains phénomènes nerveux, convulsifs, choréiques ou autres, qu'on retrouve dans les observations citées par les différents auteurs.

Il n'est pas rare de constater aussi certaines manifestations hystériques, ce qui s'explique d'autant mieux que la dipsomanie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

On peut dire des dipsomanes que, s'ils ne délirent pas continuellement, ils tiennent constamment un pied dans le domaine de la folie, et, si la dipsomanie est une affection paroxystique, elle est bien plutôt rémittente que franchement intermittente. Sans doute, le sujet est tout à fait différent de lui-même suivant qu'on l'observe dans une période paroxystique ou une période de rémission; mais beaucoup, même dans leurs intervalles lucides, se conduisent en véritables aliénés. La plupart sont mal équilibrés, conservent un caractère fantasque, omporté, avec tendance à la tristesse; ils se montrent exagérés en tout; à peu d'exceptions près, ce sont des fous raisonnants, des héréditaires, des mélancoliques impulsifs.

Chez les dipsomanes, la fureur de boire ne s'arrête pas aux seules boissons spiritueuses le plus généralement répandues; quelques aliénés recherchent encore l'éther, plus rarement le chloroforme; d'autres préfèrent l'opium en prenant la morphine sous forme d'injections hypodermiques. Tous ces appétits relèvent du même fond maladif.

Traitement.—Le traitement de la dipsomanie comporte deux indications: il faut d'abord, quand on se trouve en présence d'un état aigu, combattre les accidents toxiques et tenter ensuite de modifier le fond même de la maladie.

Le traitement des accidents ne doit être autre que le traitement ordinaire du délire alcoolique; on peut ainsi le résumer:

1o Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage; 2o Favoriser l'élimination du poison; 3o Soutenir les forces.

Pour modifier le fond maladif, on a conseillé le traitement moral; celui-ci est utile, sans doute, mais insuffisant. Les distractions, les conseils affectueux, les raisonnements les mieux étayés n'ont qu'une bien faible action sur le dipsomane pendant sa période active.

L'hydrothérapie méthodiquement appliquée, et, en particulier, les douches froides, en éventail, sur tout le corps à l'exception de la tête, donnent de bons résultats.

L'action de l'arsenic sur la nutrition générale recommande son emploi, et, si son usage est longtemps continué, on laissera des périodes plus ou moins longues de repos.

Quand il survient de l'excitation et que l'insomnie persiste, il faut recourir aux bains tièdes, aux bains mucilagineux, aux bains de tilleul; simultanément donner au repas du soir de 4 à 6 grammes de bromure de potassium; l'on fera usage, de préférence, des polybromures si l'on doit continuer longtemps cette médication.

Parfois, le dipsomane est profondément déprimé et les bains sulfureux se trouvent indiqués, mais l'on tirera alors grand profit des bains d'air chaud térébenthinés, suivis d'une immersion dans l'eau froide ou d'une douche, en éventail, froide. C'est l'un des plus puissants modificateurs et il est rare que le malade ne soit très heureusement influencé par ce moyen thérapeutique, d'ailleurs très énergique.

Une bonne hygiène et une médication tonique et reconstituante sont les compléments nécessaires de ce traitement. L'isolement du malade est indispensable, puisqu'il le met à l'abri de nouveaux excès;

il finit à la longue par atténuer les prédisposition impulsives, et s'il n'empêche pas dans tous les cas la reproduction de l'accès, il en éloigne, du moins, les manifestations. L'une des malades qui ont été pré-entées avait eu, vous vous le rappelez, un accès dans le service; il s'est produit à la suite un délire toxique, malgré l'absence de boissons spiritueuses.

Il faut, par-dessus tout, ne pas oublier que les dipsomanes peuvent avoir aussi d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide et qu'en conséquence ils doivent être surveillés.

L'usage journalier de boissons amères leur sera conseillé pour calmer le besoin qu'éprouve leur estomac d'ingérer "quelque chose de fort."

Combien de temps, après la cessation des accidents alcooliques, la séquestration sera-t-elle prolongée?—Cette question ne saurait être résolue par une formule générale; l'examen individuel de chaque aliéné peut seul donner les éléments d'une réponse; et encore ne sait-on jamais combien de temps durera l'intervalle lucide.

Médecine légale.—Une foule de questions médico-légales peuvent être soulevées à propos de la dipsomanie. On a vu que les malades ont des tendances susceptibles de se traduire par des impulsions de diverse nature. Il faudrait donc, pour être complet sur ce sujet, faire l'histoire médico-légale complète de la folie des héréditaires.

La médecine légale peut cependant se résumer, pour le dipsomane, en une simple formule qui découle de l'examen clinique des malades et de leurs actes; tous les dipsomanes peuvent être irresponsables des actes qu'ils commettent immédiatement avant, pendant et après leurs accès, à cause de l'état intellectuel qu'ils offrent avant la crise, à cause du caractère impulsif de leurs actions, à cause, enfin, du délire toxique dont il est souvent suivi.

Aux yeux même de ceux qui regardent l'ivresse comme une aggravation du crime commis, le dipsomane doit être considéré comme irresponsable, puisqu'il n'est pas maître de résister au désir de boire.

Quant aux actes délictueux ou criminels qu'ils peuvent commettre dans leurs intervalles lucides, on ne doit jamais oublier que les dipsomanes offrent une disposition malade indéniable, qu'ils ont une organisation intellectuelle défectueuse, en un mot, que ce sont des dégénérés.

Maltine.—Rien de mieux établi que les propriétés toniques reconstituantes de la Maltine. Son emploi donne les meilleurs résultats dans le traitement de l'anémie et de ses multiples manifestations, de la chlorose, de la débilité générale et de la convalescence des maladies aiguës. Combinée aux hypophosphites elle convient admirablement aux cas de tuberculose, de scrofule et de rachitisme. Son association à l'huile de foie de morue est indiquée dans les cas de phthisie pulmonaire. La maltine unie aux peptones constitue un aliment pour ainsi dire tout digéré et dont l'emploi est journalier dans les cas de dyspepsie, avec défaut d'activité sécrétoire. Dans les hôpitaux de Montréal, son emploi est devenu général.

FORMULAIRE.

Dyspepsie.—*Dr Alfonso.*

R—Pepsine.....	gr CLXXXII
Xérés.....	ʒi viiss
Glycérine pure.....	ʒi iiss
Acide tartrique.....	ʒgr v

M—Dose : Une cuillerée à thé après le repas.—*Medical and Surgical Reporter.*

Diphthérie.—*W. A. Hammond.*

R—Muriate de pilocarpine... ..	gr iiss
Pepsine.....	ʒi iiss
Acide muriatique.....	ʒgrtt x
Eau.....	ʒviii

M—Dose : Une cuillerée à thé toutes les heures.—*Medical World.*

Gale.—*Dr B. Frank.*

R—Hydrarg. ammon.....	ʒgr iv
Creasoti.....	ʒgrtt iv
Ol. anthemid.....	ʒgrtt x
Adipis.....	ʒi

M—Faites un onguent qu'on applique soir et matin pendant trois jours.—*Druggist.*

Prurit anal.—*Dr T. B. Johnson.*

1 ^o R—Sodæ hyposulphit.....	ʒi
Acid carbolicæ.....	ʒgr x
Glycerini.....	ʒi
Aq. distill.....	ʒvii

M.—En lotions.

2 ^o R—Pulv. iodoformi.....	ʒi
Acid. tannic.....	ʒgr x

M—En saupoudrer la partie deux ou trois fois par jour.—*Philad. Med. and Surg. Reporter.*

Chancroïde.—*Dr J. L. Robinson.*

R—Bromo.....	1 partie
Eau.....	3 parties
Bromure de potassium.....	q.s.

Pour faire une solution.

M—Usage local.—*American Practitioner.*

Contusions.—*Dr Hewson.*

R—Sod. hyposulphit.....	ʒiiv
Acid. carb. crist.....	ʒi iiss
Glycerinæ.....	ʒi i
Aquæ.....	Oi

M—En lotions, au moyen de compresses constamment imbibées de ce mélange.—*Philad. Med. Times.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JANVIER 1885.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'Union Médicale ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

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

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

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 35, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'Union Médicale pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

Nos asiles d'aliénés.

Nous avons, dans notre livraison de novembre 1884, émis l'opinion que le système d'affermage des aliénés, soit à des individus, soit à des corporations, religieuses ou laïques, constituait un système défectueux qu'il n'était pas désirable de voir se continuer. La publicité donnée au rapport du Dr Tuke ainsi que les procédés judiciaires relatifs à l'affaire Lynam ont fait que la presse de toute la province s'est, en ces derniers temps, beaucoup occupée de cette question. Nous n'avons, au cours de la discussion, rien vu qui fut de nature à modifier notre manière de voir, bien au contraire; aussi ne pouvons-nous que répéter ce que nous avons dit antérieurement, en y ajoutant que, pour résoudre une question de cette importance, le gouvernement n'a qu'une chose à faire: prendre immédiatement en main la propriété et le contrôle des asiles d'aliénés, c'est-à-dire, substituer au système de contrat ou d'affermage actuellement en vigueur un autre système grâce auquel il pourra plus facilement et plus efficacement assurer, en les surveillant de plus près, les véritables intérêts des malades.

Nous ne croyons pas nécessaire de démontrer ici tout ce qu'il y a de défectueux dans le système d'affermage. C'est là une question que l'expérience s'est chargée de régler. Presque partout où ce système a été en vigueur on a été forcé de l'abandonner à cause des nombreux abus dont il a été le point de départ et des résultats peu satisfaisants qu'il a

donnés au point de vue du traitement des aliénés. La seule raison que l'on pourrait être tenté d'apporter en faveur du système en question, serait la raison dite d'économie. Aussi n'a-t-on pas manqué de la faire valoir, et de crier sur tous les tons que l'affermage des aliénés garantissant à la province une économie annuelle de plus de \$50,000, il était impossible au gouvernement de se charger d'une aussi lourde dépense.

Nous avouons que ce chiffre a de quoi effrayer, mais si l'on veut bien examiner de plus près cette question d'économie et se demander en quoi peut consister l'économie bien entendue, on se convaincra que nous n'avons pas tout à fait tort de nous poser en adversaires d'un état de choses qui, à notre avis, et nous ne sommes pas les seuls à penser de la sorte, empêche nos asiles de produire tout le bien qu'on est en droit d'en attendre. Voyons plutôt.

Le sens commun veut que le but immédiat d'un asile ou hôpital d'aliénés étant le soulagement ou la guérison des malades atteints de folie, tout dans la direction et l'administration de l'institution doit concourir à atteindre le but désiré. Or, qu'arrive-t-il avec le système d'affermage? Le gouvernement s'engage, par contrat, à payer annuellement aux propriétaires une somme de tant par aliéné. Quoiqu'on en dise, cette somme doit être suffisante, puisque, en dépit des récriminations, l'on s'en contente tout de même; volontiers nous dirions qu'elle est un peu plus que suffisante, puisqu'il y a des propriétaires d'asiles qui ont réussi à faire des bénéfices avec cela et que d'autres ont entrepris la construction de vastes édifices additionnels.

Mais admettons un moment que la somme ne représente que le strict nécessaire. Que fait-on? L'intérêt des malades se trouvant ici en conflit direct avec l'intérêt des propriétaires, il est évident que celui-ci doit toujours passer en premier lieu, pour la raison tout simple que le *mien* est plus précieux que le *lien*. En affaires il ne saurait y avoir d'égoïsme. Le propriétaire cherche donc à remplir les termes de son contrat de la manière la plus économique possible, et il aurait bien tort de se gêner. En premier lieu il admettra autant de malades qu'il le pourra, c'est-à-dire autant que son contrat lui permettra d'en admettre, sans se demander si le sujet qu'on lui amène est ou non aliéné dangereux. Pour lui, chaque malade représente un profit de tant par année. Ensuite il cherchera à assurer le service des aliénés de manière à faire le moins de déboursés possibles, et il arrivera précisément que ce sera sur le traitement *médical* que s'exercera cette économie mal entendue. Les malades, si l'on veut, seront confortablement installés dans de spacieux édifices où règnera le plus grand ordre et la plus grande propreté, la nourriture sera abondante et saine, etc., mais le traitement médical égalera zéro. Il n'y aura qu'un médecin pour répondre au service de près de mille aliénés. Parfois ce médecin n'aura pas sa résidence à l'asile même, mais dans le voisinage, où il devra en même temps se livrer à la pratique civile, vu l'insuffisance du salaire qui lui sera payé. Un médecin pour 900 ou 1,000 malades, n'est-ce pas le comble du ridicule? Comment peut-on raisonnablement supposer qu'un médecin, si actif qu'il soit, si admirablement doué qu'on le veuille dire, puisse visiter ses huit ou neuf cents malades dans la journée, s'informer des particularités relatives à chaque cas, prendre les notes et faire les études et recherches nécessaires, en un mot faire un service convenable? Quatre ou cinq médecins y suffiraient à peine;

comment peut-on charger de ce fardeau les épaules d'un seul homme? Il est bien clair que cela coûte moins cher, mais par contre le traitement des malades est insignifiant.

Enfin, n'est pas aliéniste qui veut. Il ne suffit malheureusement pas d'être bon médecin, dans le sens le plus large du mot, pour pouvoir traiter les maladies mentales avec connaissance de cause. Il ne suffit pas non plus d'avoir circulé parmi les fous pendant un certain nombre d'années pour être, du coup, passé maître dans l'art de les traiter convenablement. L'étude de ces maladies est des plus ardues et ceux qui ont acquis une certaine habileté comme aliénistes y ont mis le temps. Mais un aliéniste compétent ne se trouve pas partout. Un médecin ordinaire coûte moins cher. Et puis, comme il faudrait plusieurs spécialistes de ce genre, le prix de revient en serait trop élevé. On va au meilleur marché, sans se soucier de l'intérêt des malades.

Où est l'économie dans tout cela?

Et pourtant, le moyen de remédier à cet état de choses n'est pas de difficile exécution. Comme nous le disions en commençant, que le gouvernement prenne en mains et la propriété et la direction des asiles. Qu'il en confie d'abord la gestion intérieure à des religieuses. Chez elles seules il trouvera l'esprit d'ordre et d'économie nécessaire, de même que chez elles seules les malades trouveront l'esprit de charité chrétienne et le dévouement dont tous ceux qui souffrent ont un si grand besoin. Nos sœurs de charité ont fait leurs preuves, Dieu merci, et l'on ne saurait songer à confier à d'autres mains et à d'autres cœurs le soin de nos frères en souffrance.

Quant au traitement médical, comme c'est là le point qu'il s'agit d'assurer avant tout, puisque c'est le grand but qui a présidé à l'institution des asiles, il devra en être confié *exclusivement* à un corps de médecins *compétents et dûment qualifiés* ayant fait des maladies mentales l'objet de leurs études constantes, et auxquels sera déléguée la suprême autorité dans la direction de l'asile. En outre, aucun malade, réputé aliéné, ne devra être admis avant d'avoir été examiné par une commission de médecins également compétents, appelés à décider en premier et en dernier ressort sur l'état mental de l'individu soumis à leur examen.

Voilà, en résumé, le système que nous croyons être préférable à l'affermage, à tous les points de vue, même au point de vue de l'économie. Le gouvernement serait tenu, il est vrai, de déboursier un certain montant en prenant possession des asiles, mais chaque année verrait diminuer les dépenses. Chaque aliéné étant, préalablement à son admission, examiné avec soin par une commission d'aliénistes qualifiés, un bien plus petit nombre de sujets seraient admis. Du coup on interdirait l'entrée de l'asile à des individus non-aliénés, ce qui ne serait quo justice, et à un certain nombre, un *grand* nombre peut-être, d'aliénés non dangereux que des parents ennuyés et solvables n'ont rien de plus pressé que de mettre à la charge du gouvernement. En second lieu, le traitement des malades étant confié, on nous passera le mot, à des gens *du métier*, les chances de guérison seront beaucoup plus nombreuses, et l'on verra s'enregistrer un plus grand nombre de *sorties*.

Pour ce qui est de la gestion intérieure, nous aimons à le redire, elle ne saurait se faire mieux ni plus économiquement qu'avec nos

bonnes religieuses dont les épaules seront déchargés de toute responsabilité, et qui n'auront qu'à exécuter les ordonnances des médecins seuls responsables auprès du gouvernement et du public.

Mais, nous demandera-t-on, où prendrez-vous les spécialistes dont vous voulez doter nos asiles? A cela nous répondons qu'il ne manque pas, parmi nous, de jeunes médecins de talent, anxieux de parvenir et de se livrer d'une manière spéciale à l'étude des maladies mentales et nerveuses. Que l'on fournisse à quelques-uns de ces sujets, à quatre ou cinq, par exemple, les moyens d'aller en Europe et aux Etats-Unis, étudier ces maladies dans les principaux établissements d'aliénés, auprès des maîtres de la science. Au bout de quelques années, ces jeunes gens nous reviendront, réellement qualifiés et compétents, et le gouvernement pourra leur confier sans crainte la direction médicale de nos asiles. Si alors, chose que nous désirons depuis longtemps, l'on veut bien faciliter l'entrée des asiles à nos étudiants en médecine en y favorisant la création de services cliniques, d'autres spécialistes pourront se former à l'école des premiers, et de la sorte sera assuré, d'une manière permanente et efficace, le traitement médical d'une classe de malades que jusqu'ici l'on a toujours trop été porté à regarder comme incurables. De la sorte, l'asile ne sera plus un hospice mais un véritable hôpital.

Qu'on ne dise pas que nous exigeons trop en demandant les services de plusieurs aliénistes. Il en faudrait *au moins* deux ou trois pour chacun de nos asiles et ce serait loin d'être trop. A Paris, la Salpêtrière contient 1821 lits; cinq médecins et un chirurgien y font chaque jour le service actif, sans compter un certain nombre d'internes, également médecins. Même service à Bicêtre où il y a 1843 lits. L'asile Ste-Anne compte 917 lits, (comme à Beauport) répartis entre quatre médecins (tous passés maîtres en pathologie mentale) et un nombre équivalent d'internes. Ce que nous faisons ici n'est-il pas véritablement une farce, si on le compare à ce qui se passe là-bas?

Pour nous, nous n'ignorons pas que pour amener des réformes dans le service médical de nos asiles il va nous falloir combattre une foule de préjugés, nous exposer même à passer pour avoir des *idées avancées*, parce que nous voulons sortir de l'ornière. Cela nous est bien égal. Ce que nous voulons c'est que nos aliénés reçoivent un traitement convenable au point de vue médical, et que pour cela, ils soient placés sous la surveillance d'hommes en la science et en l'expérience desquels nous puissions reposer une confiance aussi absolue que possible. Actuellement, nous sommes loin de cet idéal, (le corps médical de la province tout entière se l'avoue tout bas) et si nous avons le courage de le dire tout haut, nous voulons également avoir celui de travailler, dans la mesure de nos forces, à atteindre le but désiré.

L'affaire Lynam.

Comme la plupart de nos lecteurs le savent déjà, la dame Lynam a été remise en liberté sur les conclusions du rapport du Dr Vallée, nommé expert *ad hoc* par la Cour.

Le rapport dit que madame Lynam n'est pas tout à fait saine d'esprit, mais que son état mental n'exige pas son séjour dans un asile

d'aliénés; que dans tous les cas, on devra éviter à la malade la vue de son mari et de ses enfants. Voilà tout le monde d'accord: et ceux qui concluaient à l'aliénation mentale chez cette dame, et ceux qui protestaient contre sa détention dans un hospice.

Il en est qui ont cru devoir se scandaliser de la décision prise par la Cour en cette affaire. Cette décision n'a pourtant rien que de très naturel. Madame Lynam est aliénée, c'est vrai, mais les accès de folie affective dont elle est susceptible de souffrir ne se manifestant que quand elle est mise en présence de son mari ou de ses enfants, il s'en suit que la première, peut-être la seule chose à faire, est de lui éviter la vue des êtres qui lui sont devenus des objets d'aversion. Le toit hospitalier d'un parent ou d'un ami pouvant atteindre ce but tout aussi bien que celui d'un asile d'aliénés, la Cour n'a pas cru qu'il fut nécessaire de laisser plus longtemps la malheureuse femme en compagnie des fous furieux parmi lesquels on l'avait classée. C'est bien fait.

Le Muriate de Cocaïne.

Depuis quelque temps nos échanges d'Europe et des Etats-Unis nous parlent beaucoup d'un nouvel anesthésique local, le muriate de cocaïne. Bien que le médicament dont la cocaïne est le principe actif soit connu depuis longtemps déjà (1) et que l'alkaloïde lui-même ait, bien avant aujourd'hui, reçu quelques applications, nos lecteurs nous pardonneront de refaire rapidement avec eux l'étude d'une substance toute d'actualité.

La cocaïne est un des principes actifs de l'*Erythroxyton Coca* dont on sait les propriétés comme substance d'épargne. Isolée, la cocaïne est un poison assez énergique, si on l'administre à doses élevées. Elle produit alors du délire avec abolition complète de la sensibilité, des convulsions tétaniques et la mort. Cette abolition de la sensibilité est due à l'action paralysante de la cocaïne sur les colonnes postérieures de la moëlle. Si l'alkaloïde est donné à doses modérées, il y a également analgésie et anesthésie plus ou moins marquée, sans perte de connaissance. Or l'expérience a prouvé que, appliquée localement, la cocaïne et ses sels, entre autres le muriate, exercent la même action anesthésiante sur les surfaces avec lesquelles on les met en contact, et en particulier les muqueuses. Ainsi, le larynx, le pharynx, la conjonctive, la cornée, la muqueuse nasale, la muqueuse uréthrale, etc., deviennent insensibles sous l'effet de lotions ou d'instillations d'une solution de cocaïne ou d'un de ses sels.

Se servant d'une solution concentrée, (10 à 20 p. 100), le professeur Von Schrötter a obtenu sur la muqueuse du larynx, au bout d'une minute ou une minute et demie, une diminution dans la sensibilité tactile et la sensibilité thermique. Une nouvelle application a produit l'insensibilité complète.

Sur la muqueuse oculaire, l'effet est encore plus évident et plus énergique. L'instillation de quelques gouttes seulement d'une solution

(1) La cocaïne a été isolée pour la première fois en 1860, par Niemann; en 1874, Ott, de Philadelphie, en a étudié les principales propriétés dans une brochure ayant pour titre: *Cocain, Veratrin and Gelsemin*.

de 2 à 4 pour 100 suffit à abolir tout à fait la sensibilité tactile et douloureuse de la conjonctive et de la cornée, ces deux membranes pouvant être pincées et déchirées sans douleur; l'anesthésie dure sept à dix minutes et disparaît peu à peu. L'anesthésie s'accompagne de resserrement des vaisseaux conjonctivaux (ischémie conjonctivale) et de dilatation pupillaire, avec une légère diminution de l'accommodation. Si l'on fait des instillations de cinq en cinq minutes, on obtient une anesthésie progressive qui augmente pendant 10 à 20 minutes. La partie postérieure du bulbe lui-même est anesthésiée et la pression sur le globe oculaire ne se perçoit plus (1). Mêmes effets pour la muqueuse nasale sur laquelle on a pu remarquer, comme sur la conjonctive, l'ischémie capillaire due à la contraction des petits vaisseaux. La muqueuse uréthrale a également pu être anesthésiée au moyen d'une solution à 4 pour 100. Quant à la peau, des expériences, encore trop peu nombreuses, il est vrai, démontrent qu'elle est susceptible d'être anesthésiée comme le sont les muqueuses; seulement, l'absorption par le derme cutané étant des plus lentes, il est nécessaire d'injecter le médicament dans le tissu cellulaire (2). Ainsi administrée, la cocaïne amène l'anesthésie en cinq ou six minutes. Cette anesthésie s'étend à toute la surface cutanée animée par les filets émanant du tronc nerveux dans le voisinage immédiat duquel l'injection a été pratiquée. Quand celle-ci est faite en un point quelconque éloigné de tout tronc nerveux, l'anesthésie se produit nonobstant dans une étendue n'excédant pas deux ou trois pouces audessous du point d'injection.

Si les propriétés anesthésiques locales de la cocaïne sont précieuses dans les opérations dites de petite chirurgie par le fait que cet agent diminue et abolit la sensibilité sans produire l'anesthésie générale et le sommeil, elles le sont bien davantage en chirurgie oculaire, attendu qu'au moyen de la cocaïne on peut anesthésier la conjonctive et la cornée sans irriter en aucune façon ces deux membranes.

Déjà, les laryngologistes connaissaient les propriétés anesthésiantes de la teinture de Coca, et l'employaient en badigeonnages pour produire l'insensibilité du pharynx et des cordes vocales. La cocaïne a bien vite été substituée à la teinture de Coca, et avec les résultats les plus heureux. On s'en sert aujourd'hui dans le but de faciliter les examens au laryngoscope, (3) dans l'opération de la staphylophorie, pour diminuer la sensibilité morbide de la muqueuse du larynx dans les cas de laryngite aiguë et tuberculeuse, d'ulcérations laryngées rendant la déglutition douloureuse (4).

Cabot (5), Otis (6) l'emploient avec succès en injections uréthrales, pour faciliter le cathétérisme dans les cas d'extrême irritabilité de l'urèthre, et en général dans toutes les opérations qui se pratiquent sur ce canal ou au cours desquelles il est nécessaire de se servir de l'urèthre comme d'un lieu de passage.

(1) Koller, *Deut. Med. Zeit.*, No 90, 1884.

(2) Dr R. J. Hall, in *New-York Medical Journal*, Dec 6, 1884,

(3) Dr J. Solis Cohen, in *College and Clinical Record*, December, 1884.

(4) *Boston Medical and Surgical Journ.* vol CXL No 22,

(5) *New-York Medical Journ.*, December 6, 1884.

(6) Dr Edmond Jelinek in *Deut. Med. Zeit.*, traduction du Dr H. Lavraud, in *Journal des Sciences médicales de Lille*,

Un certain nombre d'observateurs vantent aussi les effets anesthésiants de la cocaïne sur la muqueuse nasale dans les cas d'opérations sur cette muqueuse, même dans les cas de coryza.

Dans la pratique ordinaire de la petite chirurgie, le muriate de cocaïne est appelé à rendre de grands services, si les expériences relatées plus haut se confirment, ce qui semble fort probable. Jusqu'à présent, c'est la chirurgie oculaire qui a le plus bénéficié de la découverte du nouvel anesthésique, et l'on peut dire qu'à l'heure qu'il est tous les oculistes l'ont mis à l'essai à la suite de Koller, médecin viennois qui, il y a quelques mois à peine, en a découvert les propriétés anesthésiantes sur l'œil. Nous citons parmi les mieux connus : Panas et Abadie, de Paris (1), Williams, de Boston (2), Noyes, Knapp, Roosa de New York, Seiler de Philadelphie. Notre collègue et ami M. le Dr Foucher l'a également employée dans plusieurs cas. Entre les mains de ces opérateurs, la cocaïne a donné les meilleurs résultats chaque fois qu'il a fallu anesthésier la conjonctive et la cornée, surtout dans les cas d'ablation de corps étrangers, dans l'opération de la cataracte, la strabotomie, l'iridectomie, l'iridotomie, le tatouage de la cornée, l'ablation du chalazion et autres petites tumeurs de la conjonctive palpébrale ou bulbaire. L'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne dans le sac conjonctival facilite beaucoup la pose du blépharostat et par là même l'exploration externe de l'œil. Enfin, elle doit avoir aussi son emploi dans le traitement de l'iritis, des ulcères cornéens avec photophobie, de l'irido-choroïdite, etc., affections éminemment douloureuses. Le muriate de cocaïne est préféré à l'alcaloïde pur vu sa plus grande solubilité dans l'eau.

En oculistique on se sert d'une solution de 2 à 4 pour 100; pour les autres muqueuses, il faut des solutions plus fortes, variant de 5 à 20 p. 100.

À l'heure qu'il est on ne peut se procurer la cocaïne qu'au prix de \$1.10 le grain, ce qui est dû au fait que la production en est des plus restreintes et que, d'autre part, la feuille de Coca fait presque absolument défaut cette année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MONOD (Dr Charles). *Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker*, par le Dr. Chs. Monod, agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, suppléant de M. le professeur Trélat.—Paris, aux Bureaux du *Progrès médical*, 14 rue des Casernes, 1884.

Opuscule de 125 pages, in 8, contenant six leçons, sur les sujets suivants :

- 1^o Tuberculose testiculaire et castration.
- 2^o Du mal perforant.
- 3^o Pronostic et traitement du cancer du sein.
- 4^o Fistules pleurales, opérations d'Estlander.
- 5^o Le cancer du testicule chez les enfants.
- 6^o Traitement du bec-de-lièvre.

(1) Panas : Communication à l'Académie de Médecine, in *Union Médicale*—Abadie : *Bull. de thérapeutique*.

(2) *Boston Med. and Surg. Journ.*, Nov. 6, 1884.

(3) *N.-Y. Medical Record*, Oct. 11, 18 et 25, 1884.

Nous avons cru ne pouvoir donner une meilleure idée des leçons du savant clinicien qu'en reproduisant les conclusions de sa leçon sur le cancer du sein et de celle qui a pour sujet le traitement du bec-de-lièvre.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le choléra est virtuellement disparu de l'Europe. Pendant le cours de l'épidémie qui a ravagé récemment et avec tant de violence la ville de Naples, 20 médecins sur 139 ont succombé aux attaques de la maladie.

—Le comité d'organisation du neuvième Congrès international de médecine qui doit se tenir à Washington en 1887, a tenu sa première séance le 29 novembre dernier. Les officiers suivants ont été élus : Président : Dr Austin FLINT, sr., de New York; Vice-Présidents : Dr Alfred STILLÉ, de Philadelphie, Dr H. P. BOWDITCH, de Boston, Dr R. P. HOWARD, de Montréal, Secrétaire-Général : Dr J. S. BILLINGS, chirurgien de l'armée des États-Unis; Trésorier : Dr J. W. BROWNE, chirurgien de la marine des États-Unis.

Nécrologie.—A Wilmington (Delaware, E.-U.), M. le Dr H. Gibbons, rédacteur-en-chef du *Pacific Medical and Surgical Journal and Western Lancet*, et professeur de pathologie interne au *Cooper Medical College* de San Francisco; à Auray, en Bretagne, M. le Prof. Foussagrives, dont tous nos lecteurs connaissent les travaux en hygiène et en thérapeutique.

Poursuites.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens vient d'obtenir deux jugements contre le sieur Théodore D. Witcher, charlatan de Beebe Plain, et deux autres jugements contre notre excellent ami Courchène le ramancheur de la Baie de Fevre. Les amendes ont été payées, et on nous dit que les rebouteurs sus-nommés se font maintenant tirer l'oreille pour exercer leur art.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—La vacance de Noël, commencée le 22 décembre, prendra fin le 7 janvier. Durant le second terme, les cours se donnent dans l'ordre suivant : *Physiologie* (prof. Duval), à 8 h. a.m., tous les jours; *Chimie* (prof. Fafard), à 9 h. a.m., tous les jours; *Anatomie descriptive* (prof. Lamarche) à 10 h. a.m., tous les jours; *Anatomie pratique* (prof. Berthelot), à 2 h. p.m., tous les jours jusqu'au 5 mars; *Médecine opératoire pratique* (prof. Lamarche), à 2 h. p.m., tous les jours depuis le 5 mars; *Pathologie interne* (prof. Rottot), à 3 h. p.m., tous les jours jusqu'au 1er février, à 0 h. a.m., tous les jours après le 1er février, *Matière médicale thérapeutique* (prof. Desrosiers), 4 h. p.m., tous les jours, après le 1er février; *Tocologie* (prof. Dagenais) 5 h. p.m., tous les jours.

NAISSANCES.

LACERTE.—A Ware Village, Mass., (E.-U.), le 14 décembre 1884, la Dame du Dr J. O. Lacerle, une fille.

DESROSIERS.—A Montréal, le 3 janvier 1885, la Dame du Dr H. E. Desrosiers, un fils.