

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

Association Médicale du Canada.

DISCOURS PRONONCÉ PAR LE

DR T. K. HOLMES, de Chatam.

Président de l'Association, à la réunion du mois d'août 1880.

MESSIEURS LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA :

Quand, il y a un an, vous m'avez fait l'honneur de m'élire président de cette Association, cette marque de distinction de votre part, je n'essaierai pas de le nier, m'a été très sensible; d'un autre côté, j'ai compris que cet honneur m'imposait aussi des devoirs sérieux. Un de ces devoirs consistait à adresser, en cette circonstance qui nous réunit aujourd'hui, la parole à un auditoire distingué par son savoir et son intelligence, et je ne me suis pas caché que l'érudition et le talent de mes prédécesseurs ne me rendraient pas la tâche plus facile. De fait, j'ai compris et je comprends encore que le seul titre que je pusse avoir à la position que vous avez bien voulu me confier, était l'immense intérêt que j'ai toujours porté au succès d'une Association qui a exercé une influence si forte en même temps que si favorable sur la profession médicale de ce pays. Tout en vous exprimant mes remerciements les plus sincères pour l'honneur que vous m'avez fait, je compte que votre indulgence saura me rendre faciles mes devoirs de président et que le même esprit de zèle qui a jusqu'ici caractérisé l'œuvre scientifique de cette Association présidera encore la réunion actuelle.

La légende s'unit à l'histoire pour faire de la cité de Québec l'endroit le plus intéressant du Canada, et cette Association peut se féliciter d'avoir aujourd'hui l'occasion de se réunir dans une ville que tant de circonstances ont rendue célèbre. Les recherches aventureuses et l'indomptable volonté des premiers navigateurs qui sont venus jeter les semences de la civilisation dans ce pays en plantant l'étendard de la France sur les rives du St-Laurent doivent nous servir d'exemple et nous encourager dans les investigations auxquelles, dans un champ plus pacifique, il est vrai, nous nous livrons pour le plus grand bien de l'humanité. Si nos efforts peuvent être comparés aux leurs, nous pouvons compter voir nos travaux couronnés d'un même succès. Je puis donc ici exprimer le souhait que l'esprit de lumière et de progrès qui animait nos mères-patries, la France et l'Angleterre, puisse animer également leurs descendants en ce pays, et que la profession médicale canadienne ne soit pas indigne des grands noms de Harvey et de Lawrence, de Hunter et de Pasteur. Et si les deux races dont les ancêtres ont toujours marché à la tête de l'Europe, s'unissent ici pour former un corps professionnel égal à celui d'aucun autre pays, ce sera certaine-

ment un véritable progrès dont la science médicale canadienne aura droit d'être fière. L'examen de quelques-uns des moyens à prendre pour atteindre ce but fera l'objet des observations que je veux vous présenter on ce jour.

L'architecte qui vise à une renommée durable, non seulement donne à son œuvre de fortes et solides fondations, mais encore prévoit d'avance tous les détails de l'édifice jusqu'au couronnement qui doit le terminer. Il choisit les matériaux, surveille la fabrication de chaque pièce, modèle le tout et l'embellit jusqu'au moment où l'œuvre s'élève, parfaitement symétrique, comme un monument glorieux et durable élevé à la mémoire du génie qui l'a créé. Dans ce pays, il est un temple qui s'élève actuellement sur les bases posées par les travaux collectifs de quelques-uns des plus grands architectes de l'humaine félicité. Leurs noms brillent du plus vif éclat à travers les années écoulées; ils animent et éclairent tous ceux qui s'occupent aux mêmes travaux, et stimulent leur zèle et leur courage. Nous sommes les architectes privilégiés de ce temple de la médecine dans notre pays, au milieu de la génération actuelle, et je me flatte que les traces de notre travail resteront visibles dans l'édifice qui s'élève. Les progrès de la médecine scientifique dans les années dernières sont en grande partie le résultat du développement de cette science biologique qui a tant fait pour établir la médecine elle-même sur une base scientifique.

Avant que l'étude de la vie, dans ses formes élémentaires, fut devenue possible grâce aux instruments de précision, l'empirisme avait une large part dans les progrès de l'art médical, au point que celui-ci ne pouvait être considéré que comme un empirisme éclairé. C'est bien là la vérité mais il ne pouvait en être autrement puisque, avant que la biologie fut devenue une science, la science médicale ne pouvait que rester dans le *statu quo* ou bien ne progresser par une série de sauts empiriques qui parfois lui étaient d'une incontestable utilité, et parfois la laissaient absolument au même degré. Bien que l'empirisme ait coûté de nombreux efforts dans les progrès qu'il a fait faire à l'art médical, il faut cependant admettre qu'il avait du bon, et quand il arriva à ne plus donner ce qu'on en attendait, la faute en fut, non pas à l'inutilité des efforts que l'on faisait, mais à la difficulté de dégager le vrai des nombreuses erreurs qui l'entouraient. Chaque nouveau système, tout en contenant certains éléments de vérité, a échoué cependant et fait place à une nouvelle doctrine un peu plus parfaite, non pas qu'elle ne contint rien de vrai, mais parce que le vrai y était incomplet. Quand, néanmoins, les études biologiques furent assises sur une base scientifique, la médecine, qui n'est que la science appliquée à la biologie, devint moins empirique et plus scientifique, et, aidée de la physiologie et de la pathologie, qui sont les conséquences nécessaires des recherches biologiques, en est venue à atteindre le rang éminent qu'elle occupe aujourd'hui. Le seul fait que les processus morbides sont envisagés et étudiés au point de vue physiologique et que leur intensité et leur étendue sont calculées d'après les lois qui gouvernent les phénomènes vitaux élémentaires, rend certain cet autre fait que les progrès des années dernières et d'aujourd'hui sont établis sur des bases plus solides et d'après des règles plus sûres que jamais, et que l'avenir de l'art médical sera le glorieux corollaire du présent comme le présent est le glorieux corollaire du passé. Et ceci confirme et justifie la croyance

que l'humanité devra retirer de ces progrès des avantages beaucoup plus grands que par le passé, et que la physiologie et la pathologie, qui ne sont encore que dans leur enfance, sont destinées à illuminer les parties obscures de la science médicale et à nous révéler les véritables causes d'un grand nombre de maladies et de morts prématurées.

Nous considérons avec étonnement les merveilles des inventions modernes dans l'art de la guerre et les instruments perfectionnés qu'un progrès destructeur met aux mains des belligérants modernes. Mais le général qui, ainsi armé, va livrer bataille à un ennemi non civilisé n'a pas plus d'avantages sur celui-ci que n'en ont les chercheurs modernes de la médecine sur leurs frères de la période prébiologique, les empiriques. Étant donnés les avantages que nous possédons et l'émulation qui anime le corps médical tout entier, il est raisonnable de supposer que, dans un avenir prochain, se lèveront des hommes qui, commençant au point précis où en seront restés Sanderson, Koch, Virchow et Pasteur, se distingueront à l'égal de ceux-ci et contribueront ainsi au bonheur et à la longévité du genre humain. Le pays d'où sortiront ces hommes sera celui qui offrira à ceux qui se destinent à la profession médicale les meilleures ressources au point de vue des études et des recherches scientifiques. Aucun médecin en ce pays ne peut douter de la place importante qu'occupera le Canada dans cette lutte où tant d'intelligences sont et seront appelées à concourir. L'avenir de la profession médicale en ce pays, comme ailleurs, dépend beaucoup des aptitudes naturelles ainsi que de l'éducation morale et intellectuelle données à l'enfance et à la jeunesse de ceux qui doivent entrer dans ses rangs, d'où il suit que, en cherchant à établir ce que j'appellerai le niveau de l'éducation médicale, il faut de toute nécessité s'occuper aussi de l'éducation domestique en même temps que de celle qui est donnée dans nos écoles publiques.

On naît poète, dit le proverbe, mais on ne le devient pas. Ce dicton a du vrai si on l'applique aux médecins, car il entre dans le caractère de tous les grands médecins un mélange de qualités mentales et morales qui ne peuvent s'acquérir tout à fait. Il est à regretter qu'on ne mette pas plus de soin à diriger nos jeunes gens vers telle ou telle profession ou vers tel ou tel genre d'affaires, et que bien souvent ce sont les convenances et non les aptitudes naturelles qui décident et déterminent le choix que doit nécessairement faire un jeune homme. Il y a tant d'exemples d'hommes qui, de l'obscurité où ils gisaient inconnus, se sont élevés aux premiers rangs, que cela a donné naissance à la croyance populaire que tous les obstacles ou défauts naturels peuvent être contre-balancés ou surmontés au moyen du travail et de la persévérance. On aurait certainement tort de méconnaître la valeur du talent et des aspirations supérieures, mais ces dons ne sauraient remplacer le génie. De même qu'il est impossible de créer le génie par aucun système d'éducation, de même il est presque impossible de le réprimer tout-à-fait par la négligence ou le manque de soins. "Je doute fort, a dit le Dr Allbutt, qu'il y ait beaucoup de Miltons obscurs et inconnus gisant sous les dalles de nos cimetières; le feu sacré d'un héros ne se cache pas facilement sous le boisseau; mais de plus petits héros peuvent être éteints et les meilleurs de ces hommes, comme héros lui-même, peuvent être mis en oubli et réduits au désespoir." Toutes choses égales d'ailleurs, le sujet que, dès son enfance, l'on

habitué à penser et à raisonner correctement et à exprimer clairement ses pensées, sera, une fois parvenu à l'âge mûr, plus que l'enfant laissé à lui-même, apte à atteindre le premier rang dans toutes les entreprises d'ordre intellectuel. D'ailleurs, une éducation soignée—dès les premières années—est essentielle au succès des individus d'aptitudes ordinaires, et est incontestablement importante pour tous.

Les efforts qui se font en ce pays pour établir et maintenir un bon système d'éducation sont dignes des plus grands éloges, mais la tâche en est difficile et il est à redouter que les législateurs, dépassant le but primitif, ne fassent de nos fils et de nos filles de simples réservoirs de connaissances variées au lieu d'en faire des créateurs d'idées, et cela, en méconnaissant le principe qu'il est beaucoup plus important pour un individu de savoir penser et raisonner correctement que de posséder une multitude de faits et de définitions. Les médecins manquant ainsi d'éducation première sont comme des artificiers qui, bien que vendant des pièces pyrotechniques, ne savent pas s'en servir. Ce n'est pas de médecins de cette trempe que nous pouvons espérer voir nous venir le progrès; ils constituent la grande armée des praticiens par routine, qui s'inquiètent peu d'approfondir les choses, et qui sont absolument comme le Dr Sangrado qui, comme vous le savez, tenait pour certain que ceux de ses malades qui, mis sous les soins de son élève (il Blas, mouraient par suite des saignées copieuses et de l'ingestion de grandes quantités d'eau chaude, ne trépassaient ainsi que parce que la médication n'était pas appliquée avec assez de vigueur et de détermination.

Il est probablement vrai de dire que la plupart des médecins canadiens sont d'avis que le principal défaut de notre système d'éducation est précisément celui que je viens de mentionner. Le *curriculum* suivi par les étudiants dans notre pays, doit être tel qu'il établisse une moyenne plus élevée au point de vue intellectuel, parmi les aspirants à l'étude de notre art, mais il n'est pas douteux que le fait d'étendre encore davantage le *curriculum* de manière à y inclure une connaissance plus étendue des sciences naturelles faciliterait beaucoup le but proposé. Il serait bon que l'élève eût au préalable une connaissance suffisante des lois de la climatologie, car ce lui serait d'un grand secours dans l'étude des maladies épidémiques et endémiques, et dans l'appréciation à faire de l'influence des climats sur les maladies en général. De même, si l'étudiant pouvait nous arriver avec quelques notions des tissus histologiques et des micro-organismes, il serait tout prêt à entreprendre avec fruit l'étude de la physiologie et autres sujets de cette nature. L'élève qui ne fait connaissance avec la biologie, les cellules, les germes, les bactéries, etc., qu'après avoir commencé ses études médicales, se trouve passablement dépaycé, et perd une bonne partie de son temps à se mettre au courant des termes techniques, et je ne sais pas de plus grand ennui pour un professeur que d'enseigner à une classe de jeunes gens aussi peu préparés.

Les rapports existant entre les écoles de médecine et les bureaux provinciaux en ce pays sont si satisfaisants, qu'on a peu éprouvé le désir de les changer, et il n'y a pas de doute que c'est à cette bonne entente que nous devons, en grande partie, l'état actuel, satisfaisant il faut le dire, de notre enseignement médical.—(à suivre.)

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

De la leucocythémie. — Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié. — Je vous ai montré, tout-à-l'heure, le malade dont j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui ; c'est un homme de 41 ans, statuaire de son état, qui est arrivé chez nous avant-hier. Son histoire, bien que très simple, présente néanmoins un grand intérêt parce que c'est un cas type, dégagé de toutes complications, d'une affection que je vous nommerai dans un instant. Cet individu avait toujours joui d'une bonne santé, car, sauf une rougeole dans son enfance, nous ne relevons chez lui aucune autre maladie, quand, il y a sept mois environ, après s'être considérablement fatigué, à l'occasion d'une maladie de sa mère, il s'aperçut, lors de la guérison, que ses forces, loin de revenir maintenant qu'il avait tout le loisir pour se reposer, ne faisaient au contraire que diminuer. Deux mois plus tard, en s'habillant, il constata dans son flanc gauche la présence d'une tumeur qui ne fit que s'accroître et qui, fait remarquable mais nullement exceptionnel, ne lui causa de gêne que par son volume. Toutefois, malgré l'affaiblissement, malgré la gêne mécanique, cet homme conserva l'appétit, digéra aussi facilement que par le passé, et n'eut jamais ni vomissements ni diarrhée.

Avec des renseignements aussi précis, je n'ai pas besoin de vous dire que, dès son arrivée dans notre service, nos investigations portèrent de suite sur le flanc gauche. Cette partie de l'abdomen était remplie par une volumineuse tumeur qui, sans aucune hésitation, fut jugée être sous la dépendance de la rate. Ses dimensions étaient les suivantes : 0,34 centimètres pour le diamètre vertical, 0,30 cent. pour l'horizontal, et 0,40 centimètres pour l'oblique. Maintenant, en appliquant la main, on constatait que la paroi abdominale et tous les tissus environnants étaient complètement mobiles.

Hypertrophie de la rate, tel est le diagnostic. Mais, est-ce d'une hypertrophie simple, c'est-à-dire isolée et indépendante de toute autre altération pathologique véritable, ou d'une hypertrophie d'ordre leucocythémique qu'il s'agit ? Telles sont les deux seules questions que nous devons discuter, car, dans les conditions de santé où cet homme a été pris et d'après ce que je vous ai dit de ses antécédents, il serait vraiment absurde d'admettre une troisième hypothèse, à savoir celle d'une hypertrophie d'origine palustre. Cela posé, avant de trancher toute difficulté par les résultats de l'examen du sang, je tiens à vous dire qu'on peut prévoir la réponse d'après certaines particularités. Et d'abord, le volume de la tumeur ; dans l'hypertrophie simple, du moins à ma connaissance, les dimensions ne sont jamais aussi considérables. D'un autre côté, considérons un peu le système ganglionnaire. Il reste absolument intact dans l'hypertrophie splénique simple. Or, que voyons-nous chez cet homme ? Ceci : dans les deux aines les ganglions sont plus volumineux et plus durs qu'à l'état normal, sans que ces modifications cependant puissent être caractérisées à aucun degré de tumeurs ganglionnaires ; dans les aisselles et dans les régions latérales du cou, on trouve

les ganglions, notez bien la nuance, un peu plus facilement qu'à l'état physiologique. Cette augmentation minimum est une preuve suffisante avant tout autre examen, pour penser que l'hypertrophie présente est d'ordre leucocythémique.

Quant à l'examen du sang qui a été pratiqué deux fois, il a prouvé d'une manière irréfutable l'existence d'un état leucocythémique. En effet, on a trouvé 2,170,000 globules rouges pour 120,000 blancs, ce qui fait un globule blanc pour cinq globules rouges ou cinquante-deux fois et une fraction la proportion normale. Et maintenant, cette proportion d'un blanc pour cinq rouges est-elle dans les chiffres maxima de la leucocythémie ? Oui, sans aucun doute, le rapport normal qui n'est pas établi avec toute l'exatitudo qu'on pourrait désirer étant d'un blanc pour 350 à 400 rouges. Combien faut-il donc de globules blancs à un individu pour pouvoir affirmer qu'il est atteint de leucocythémie ? Au moins un pour cinquante rouges. Si cette quantité n'existe pas, c'est à-dire si vous n'avez pas sept fois la proportion normale, vous avez affaire à une de ces formes que j'ai appelées, l'an dernier, formes de transition, formes de préparation entre la fausse et la véritable leucocythémie. Il est bon aussi de vous dire que le rapport présent peut encore être beaucoup plus considérable. Ainsi, il ne manque pas d'observations dans lesquelles le rapport se chiffre par un globule blanc pour un globule rouge, et même, dans certains cas tout à fait exceptionnels, par deux globules blancs pour un rouge.

Lorsque l'altération leucémique arrive à ce degré, elle est associée à certains autres changements dans la composition du sang qu'il est bon de ne pas ignorer. Et d'abord je dois vous mettre en garde contre une faute qui a été commise pendant longtemps et qu'on retrouve encore quelquefois de nos jours. Au début de l'histoire de la leucocythémie, on croyait que l'altération fondamentale du sang consistait uniquement en une altération des globules blancs : cela n'est pas exact, car il y a au même temps qu'une diminution absolue des globules rouges, une augmentation absolue des globules blancs. En outre de ce premier fait, la densité du sang leucémique peut tomber de 1055, la moyenne normale, à 1040, 1038 et même 1036 : l'eau, sans jamais avoir atteint la proportion de 90/1000 est cependant arrivée jusqu'à 860/1000. Enfin, le sang est encore altéré par certaines substances, telles que l'hypoxanthine, la leucine, la tyrosine, l'acide lactique, l'acide formique et l'acide acétique.

Voilà l'état du sang dans la leucocythémie. Eh bien, au point de vue de ses sources anatomiques, cette altération reconnaît plusieurs origines qui constituent autant de formes de leucocythémie. En premier lieu, la source peut être uniquement la rate ; dans ce cas, la leucocythémie est dite splénique. D'autres fois, ce sont les ganglions lymphatiques qui sont le point de départ de l'affection ; nous avons alors affaire à une leucocythémie ganglionnaire. Enfin, dans certaines circonstances, la leucocythémie peut provenir soit de la moelle des os (leucocythémie myélogène,) soit, mais beaucoup plus rarement, de l'appareil lymphoïde de l'intestin (leucocythémie intestinale). D'où provenait donc la leucocythémie chez notre malade ? Uniquement de la rate, ce qui est rare, car, le plus souvent, on n'observe que des formes mixtes.

Quant aux symptômes auxquels cette leucocythémie splénique a donné lieu, ils ne sont pas moins classiques. En somme, si nous laissons de

côté la gêne apportée par la grosseur, qu'est-ce que le malade a éprouvé ? De l'affaiblissement, et voilà tout. Or, c'est là le début ordinaire de la leucocythémie, en sorte que le diagnostic serait méconnu pendant très longtemps si vous attendiez quelque chose de plus significatif pour faire le diagnostic. Et maintenant, quand surviennent d'autres symptômes, quels sont-ils ? A moins que les tumeurs ne soient capables d'engendrer des accidents, vous n'avez pas d'autres choses que celles que vous voyez dans la chlorose grave, à savoir de l'essoufflement, de la perte des forces, une incapacité plus ou moins grande pour le travail, des maux de tête. Au reste, cela est tout simple ; ces malades ayant perdu la plus grande partie de leur hémoglobine, sont perpétuellement en anoxhémie ; de sorte que, si aucune complication ne survient, ils meurent, comme dans l'anémie pernicieuse, par insuffisance organique tenant au manque d'éléments fixateurs de l'oxygène. D'un autre côté, il peut se faire que la rate soit très grosse ou bien encore que les ganglions bronchiques soient volumineux, auquel cas le tableau clinique change complètement. Ce sont alors des suffocations, comme dans les cas de tumeurs du médiastin, qui dominant la scène. De même, si le siège de la maladie est dans l'intestin, le symptôme prédominant sera une diarrhée incoercible.

C'est en raison de ces grandes différences que présentent les tumeurs leucocythémiques quant à leur siège, que la durée de la maladie est très variable. En effet, elle peut tuer en plusieurs années, comme en quelques mois et même en quatre semaines.

Dans la leucocythémie vraiment constituée, dont la terminaison a jusqu'ici toujours été mortelle, on avait espéré, avec raison, quelque chose de l'emploi à haute dose de l'iodure de fer. Cette médication, que l'on peut associer au quinquina, améliore les malades au point de vue des forces, mais n'empêche jamais la marche du processus leucocythémique. Ce que j'ai vu jusqu'ici, non pas de mieux, mais de moins malheureux en ce sens, que vous pouvez avoir une amélioration momentanée, ce sont les préparations arsenicales avec des inhalations d'oxygène. Quelques observateurs, entre autres Niemeyer, ont essayé des mercuriaux ; pour ma part, il y a longtemps que je les ai laissés de côté, car ils m'ont paru précipiter la cachexie. Maintenant on a présenté certaines observations qui tendraient à faire penser que la leucocythémie peut avoir une origine syphilitique. Quoi qu'il en soit de ces opinions avancées par Forlsund, il est bon néanmoins de donner de l'iodure de potassium. Enfin, pour terminer, doit-on attendre quelque chose des eaux minérales ? Oui et non, selon le degré de l'altération leucocythémique. Ainsi, dans la pseudo-leucémie, et cela d'après mon expérience personnelle, on peut conseiller les eaux de Saxon, en Suisse. Il en est de même pour les formes de transition. Mais, quand le malade est arrivé aux chiffres de la leucocythémie véritable, jamais je n'oserai recourir aux eaux qui ne peuvent, dans ma pensée, qu'aggraver l'altération du sang.—*Praticien.*

Observations sur la diphthérie.—SIGEL résume son opinion ainsi qu'il suit :

1o. La diphthérie est encore dans sa nature intime une maladie inconnue pour nous.

2o. L'angine diphthéroïde peut être regardée comme une affection distincte de la vraie diphthérie, au moins jusqu'à de nouvelles recherches.

30. La scrofule et les autres maladies dépendant de troubles constitutionnels, de même que les désordres locaux, tels que l'hypertrophie des amygdales, prédisposent à la diphthérie.

40. Les éléments suivants sont dignes d'attention au point de vue du traitement de la maladie :

a) L'isolement doit être employé dans toutes les circonstances :

b) Il faut faire de la prophylaxie autant que possible d'une manière efficace :

c) Toute intervention médicale doit être évitée autant qu'il est nécessaire :

d) La médication employée jusqu'ici est inefficace, et loin d'offrir une sécurité absolue :

e) L'emploi de l'essence de térébenthine pour l'usage interne a donné dans un certain nombre de cas des résultats variés, quelques-uns bons, d'autres incertains : mais ces résultats garantissent des recherches ultérieures plus étendues.—*Journal de médecine de Paris.*

De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes, par le docteur G. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.—La fièvre typhoïde guérit ordinairement d'elle-même par suite des efforts de la nature médicatrice. Il y a cependant des cas mortels, dans une proportion variable suivant les épidémies, les tempéraments individuels et les médications. Mais alors même que cette fièvre arrive à la guérison, ce n'est trop souvent qu'après une suite de symptômes plus ou moins graves, qui font craindre pour la vie du malade.

Pour moi, qui depuis vingt ans (*Montpellier médical*, du 3 septembre 1866, et *Comptes rendus de l'Institut*, numéro du 15 mars 1869), cherche à trouver contre la maladie en question un traitement antizymasique, attaquant directement sa cause prochaine, le ferment morbide, je suis arrivé depuis plus de quatre ans, après des essais multipliés, à trouver enfin un moyen, que je me garde de prétendre infailible, mais qui l'a été jusqu'ici. Depuis quatre ans, en effet, sur tous les malades que j'ai soignés par ma méthode, je n'ai pas observé un seul décès. Bien plus, la durée de mes fièvres typhoïdes a été en moyenne de 14 à 18 jours. Dans un petit nombre de cas seulement, elle a atteint ou dépassé de bien peu trois septénaires. Mon traitement a empêché, d'une manière à peu près absolue, je ne dirai pas l'apparition mais la durée des symptômes graves, quels qu'ils soient. En somme je ne guéris pas la maladie en lui laissant suivre son évolution ordinaire, je la dompte, je la raccourcis, je la juggle.

Ma méthode consiste, ainsi que je l'ai déjà imprimé, il y a plus de dix-huit mois (*De l'action antizymasique de la quinine dans la fièvre typhoïde*, Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, 1885), à administrer quotidiennement du sulfate de quinine dès les premières heures de la maladie et en même temps, pour peu que la température soit élevée, un certain nombre de bains tièdes à 33°. Je ne viens pas reproduire ici le mémoire auquel je fais allusion et qui se base sur des idées théoriques et sur une série de 50 cas sans le moindre revers. Mais comme, depuis dix-huit mois, j'ai encore obtenu des succès, comme surtout depuis les trois derniers mois, au cours d'une petite épidémie qui vient de régner à Montpellier, j'ai observé dans ma clientèle treize cas avé-

rés, où le succès de mon traitement s'est affirmé plus énergiquement que jamais, je désire de nouveau attirer l'attention de mes confrères sur une pratique que je regarde comme de première importance.

Suit le récit de ces treize observations qui, malgré un début d'ordinaire intense et trois ou quatre fois au moins très grave, ont eu toutes une terminaison heureuse. La maladie n'a point été guérie, en suivant son évolution classique, elle a été jugulée. Quel esprit non prévenu ne serait pas frappé par l'allure de la plupart de ces faits! Par l'obs. I, où se montrent, dès le *troisième jour*, une température axillaire de 40°,6 une fièvre ardente, où le délire et les trois grandes localisations de la dothiëntérie se succèdent ultérieurement et où cependant la convalescence s'établit au *dix neuvième jour*.—Par l'obs. II, où la fièvre initiale est aussi ardente, la température aussi élevée, où dès le début se perçoivent des soubresauts des tendons, où les signes les plus caractéristiques s'amorcellent, et où cependant la guérison se fait au *quinzième jour*.—Par l'obs. III, où le thermomètre, le *troisième jour*, est à 41°, où le délire éclate, où l'agitation est extrême et où, au *quinzième jour* s'établit l'apyrexie.—Par l'obs. IV, où la fièvre typhoïde débute par des symptômes très nets et très intenses, où dès le *quatrième jour* les phénomènes nerveux et le délire me préoccupent au plus haut point et où cependant la défervescence est complète le *treizième jour* au matin et le *seizième jour* toute la journée.—Par l'obs. V, où la malade, si énergiquement frappée dès les premiers jours, est sans fièvre le *treizième* et où, à partir du *seizième jour*, le thermomètre ne s'élève plus.—Par l'obs. VI, où, après des phénomènes initiaux aussi inquiétants, l'apyrexie date vraiment du *treizième jour* et où la maladie ne renait pour un septénaire, que grâce à une imprudence.—Par les obs. VII et VIII tout aussi démonstratives. A ces 13 faits, il faut ajouter les 50 autres, sur lesquels est basé mon mémoire de 1885 et 4 ou 5 autres également recueillis par moi de novembre 1884 à février 1886. C'est donc aujourd'hui un total de 65 observations consécutives au moins, où je n'ai pas éprouvé un seul revers et où chaque fois j'ai vu la maladie domptée et raccourcie. J'ai eu vraiment une chance bien extraordinaire, si une série heureuse, à ce point longue et sans revers, n'est due qu'au hasard et si mon traitement n'y entre pas pour beaucoup. Bien plus, à ces faits qui me sont personnels, il faut en joindre un nombre infini d'autres, appartenant à d'anciens grands cliniciens de Montpellier qui, ne croyant combattre chez les typhiques qu'une complication rémittente paludique, fort problématique, et dont les révélations du thermomètre ont, aujourd'hui, à peu près fait justice, administraient d'ordinaire à leurs malades, avec le plus grand succès, de larges et fréquentes doses de quinquina.

Si ma méthode est encore plus heureuse que la leur, c'est qu'au lieu d'adresser la quinine à cette complication rémittente et d'attendre pour cela de la constater, je la prescris énergiquement, dès les premières heures, comme antizymasique, contre la cause prochaine de la maladie, et avant que la fermentation typhoïde soit arrivée à son apogée. Je n'ai vu à mon procédé d'autre inconvénient, et il est léger, que de prescrire parfois le spécifique à des malades qui auraient guéri sans lui et qui n'avaient qu'une fièvre éphémère ou qu'une synoque, car je n'ai pas la prétention de faire toujours sûrement au début le diagnostic de la dothiëntérie. Je préfère donner mon remède abortif inutilement que de le donner tard, et, pour agir, un soupçon me su ff.

Certainement les bains tièdes sont un aide précieux pour mon traitement; mais, quand je m'en tenais à eux ou à des affusions froides et à d'autres antizymasiques, j'ai vu mourir certains malades, que je sauverais sûrement aujourd'hui.

La vertu antizymasique de la quinine a été établie dans mon mémoire de 1885. Elle s'adresse d'ailleurs non seulement à la fièvre et au paludisme, mais encore à la suette miliaire, la fièvre puerpérale, l'infection purulente, la pneumonie parasitaire et, peut-être, la scarlatine, la coqueluche et la blennorrhagie.

La quinine a été prescrite quotidiennement à mes malades adultes à une dose qui va de 1 gr. à 1 gr. 20, et qui pourrait même peut-être, en certains cas graves, s'élever utilement un peu plus haut pour un petit nombre de jours. Je la donne jusqu'à la cessation complète de la fièvre—environ pendant 10, 12 ou 15 jours.—A cause des défaillances possibles du cœur, je l'associe, surtout pendant le premier septénaire, à 20 centigrammes de poudre de digitale.

La température de mes bains est à 33°. J'en ordonne presque toujours 3 par jour, d'une durée de 15 à 25 ou 28 minutes.

CONCLUSION.—Par son action antizymasique, la quinine associée aux bains tièdes, dompte et raccourcit la fièvre typhoïde. Elle la juge, elle ne lui laisse qu'une durée moyenne de 14 ou 16 jours. Les 13 faits résumés dans ce mémoire portent aujourd'hui à 65 au moins les cas consécutifs lativement guéris par ma méthode, sans aucun insuccès.—*Tribune médicale.*

Traitement de la pneumonie par la quinine.—Le Dr Stewart LOCKIE préconise beaucoup l'usage de la quinine dans la pneumonie. Quand la fièvre dépasse un degré moyen, c'est-à-dire 39°, il administre la quinine en commençant par des doses de cinquante centigrammes le soir, et vingt-cinq centigrammes le matin. On peut élever les doses si celles-ci n'abaissent pas la température.

Quand on administre la quinine à haute dose, par la bouche, il est important de la donner après les repas, et, s'il est nécessaire de diviser la dose, on fera prendre les doses fractionnées à des intervalles de vingt minutes ou d'une demi-heure. Si l'estomac ne tolère pas bien la quinine, on pourra l'introduire par le rectum ou en injection hypodermique. On peut rencontrer des cas où il existe une dyspnée extrême avec stase veineuse, qui réclame une saignée modérée. On doit traiter la pneumonie comme une pyrexie. Il faut placer le malade dans une atmosphère pure avec une température égale, en lui donnant une alimentation modérée, facilement assimilable, mais non excessive, pour ne pas surmener les reins qui sont les principaux agents d'élimination du poison. Pour calmer le point de côté, on donnera des doses modérées de poudre de Dover ou l'on fera des injections de morphine. S'il existe une petite quantité d'albumine dans l'urine, ce n'est pas une contre-indication à l'emploi de ces moyens, à condition qu'elle ne soit pas l'indice d'une affection des reins, dans ce dernier cas, il faudrait supprimer les opiacés.—*Edinburgh Medical Journal.*

Traitement de la typhlite.—Divers modes de traitement de la typhlite sont donnés dans les livres classiques, suivant que la maladie est d'origine stercorale, ou qu'elle part de l'appendice vermiforme, ou

bien encore qu'elle se présente sous forme de pérityphlite ou de paratyphlite. Dans la première, l'indication fondamentale consiste dans l'évacuation des fécès : les lavements purgatifs à l'huile de ricin, etc. *Huobzermeyer* modifie les traitements ordinaires de la manière suivante. Il ne veut dans aucun cas de la méthode évacuante et prescrit au contraire chez les adultes l'opium à dose de 0,05, il applique localement un sachet de glace ou des compresses mouillées et modifie le régime de telle sorte que pendant la période fébrile il ne donne pas d'autre alimentation que de l'eau pure ou bien un peu d'eau et de vin avec de petits morceaux de glace à sucer.

Dans tous les cas où il s'en est tenu rigoureusement à ce traitement, il a eu un succès complet. À partir du stade d'apyrexie, il emploie, au lieu de compresses froides, des cataplasmes ordinaires. Le régime est très important ; dès le premier jour, on ne donne que de l'eau, puis de la glace, de l'eau et du vin.

L'administration de lait chaud ou d'amylacés, bouillons ou potages, augmente les douleurs et l'inflammation. On est d'autant plus assuré contre les prolongations et les récidives qu'on commence plus tard l'administration des médicaments capables de mettre fortement en jeu l'activité du tube digestif. Ce traitement est avantageux à tous les points de vue : la péritonite de voisinage est limitée, les mouvements péristaltiques sont supprimés par la diète absolue et l'usage de l'opium. Toutes les autres méthodes et en particulier l'administration des grands lavements ont pour inconvénient d'augmenter les mouvements péristaltiques et sont, par conséquent, très périlleux. Le péril ne réside point dans la masse fécale ni dans l'irritation chimique qu'elle peut produire, mais dans les frottements qu'elle exerce sur la paroi intestinale et qui sont suivis de l'exagération des mouvements péristaltiques.—*Paris médical.*

Étude clinique sur quelques points de l'histoire du diabète.—

Lors de la réunion annuelle de l'Association Médicale Britannique à Cardiff, M. F. W. PAVY a ouvert la discussion, qui a eu lieu sur le diabète, par une communication remarquable à tous les points de vue et qu'il nous paraît intéressant de résumer ici. Peu de médecins en Europe connaissent, en effet, aussi bien que ce savant clinicien la maladie dont il était question. Ce n'est pas à l'aide de citations ou de recherches bibliographiques qu'il l'a étudiée. Il lui suffisait de puiser dans ses notes cliniques pour en faire ressortir tous les points essentiels.

« Il y a quelques années, a dit M. Pavy, j'ai commencé à recueillir des notes sur les maladies qui se présentaient à ma consultation avec les symptômes du diabète. Aujourd'hui cette statistique porte sur 1,360 cas, 966 et 394 femmes, de ces malades cinq seulement étaient âgés de moins de soixante-dix ans, un de plus de quatre vingts ans. »

De ses observations M. Pavy déduit les conclusions suivantes :

La maladie peut marcher d'une manière insidieuse ; l'auteur croit que dans la plupart des cas elle existe longtemps sans qu'on soupçonne son existence ! « J'en ai été témoin, dit-il, chez des pasteurs ou d'autres personnes qui portent d'habitude des vêtements de drap noir ; il suffit, pour reconnaître l'existence du diabète, d'observer les taches blanchâtres qui restent après que des gouttes d'urine ont été projetées par

réflexion sur le pantalon ; il est difficile de les faire disparaître en brossant. Lorsqu'un pantalon a été mis au rebut depuis longtemps et qu'on découvre des marques de cette nature, on peut être certain qu'à ce moment l'urine contenait du sucre. J'ai vu des domestiques d'hôtel qui reconnaissaient les diabétiques à la difficulté qu'ils éprouvaient de faire disparaître ces taches à la brosse."

Dans d'autres cas, la maladie débute brusquement. Une dame de trente-sept ans dut garder le lit pendant deux mois à la suite d'un accident de chemin de fer ; elle avait reçu des contusions graves intéressant probablement le système nerveux central, surtout la moelle ; elle se remit assez pour qu'on la crût complètement guérie. Quatre ans plus tard, elle allaitait alors depuis deux mois, la sécrétion lactée s'arrêta, la polydipsie et la glycosurie apparaissent.

La durée de la maladie est sujette aux mêmes variantes : un homme meurt dans le coma trois jours après l'apparition du sucre dans l'urine ; un autre, appartenant à une famille de diabétiques, meurt trois semaines après le début d'un anthrax de la région parotidienne. " Le cas le plus aigu que j'aie jamais vu, ajoute l'auteur, est celui d'un homme de cinquante-cinq ans, qui souffrait depuis plusieurs années d'attaques épiléptoïdes. Trois semaines auparavant on avait cherché l'albumine et le sucre dans l'urine ; elle n'en contenait plus quand je vis le malade, les symptômes étaient graves ; la soif était pénible, la langue, la bouche, le palais présentaient la coloration rouge vernissé, qui correspond aux pires formes de diabète. Trois jours plus tard je trouvai le malade dans le coma ; la terminaison fut rapidement fatale."

Au contraire, certains diabétiques peuvent jouir pendant des années d'une santé excellente ; M. Pavy connaît une dame âgée de soixante-cinq ans, dont l'urine renferme du sucre depuis plus de vingt-cinq ans. D'autres fois des accidents intercurrents mettent fin à la maladie. Un jeune homme eut pendant cinq ans une glycosurie abondante. Sans autres phénomènes il mourut brusquement.

Il existe des cas très authentiques de guérison radicale du diabète. En mai 1881, M. Pavy a l'occasion de voir un gentleman alors âgé de quarante et un ans. La densité de l'urine est 1036 ; elle renferme 57 pour 1000 de sucre. Ce malade, qui était très nerveux, resta plusieurs années dans le même état. Lors de sa dernière observation faite en mai 1884, l'urine ne renfermait plus de sucre, l'état général était excellent et cependant cet homme mangeait ce qui lui plaisait, ne prenait aucune précaution diététique.

M. Pavy essaye d'établir une distinction entre la polyurie simple et le diabète. La première existe chez un individu depuis longtemps ; sous l'influence de conditions qu'il est souvent impossible de déterminer, le sucre apparaît dans l'urine ; on suppose presque toujours deux manières d'être différentes de la maladie. L'auteur anglais croit, au contraire, que ce sont deux maladies isolées et distinctes ; d'après lui, le diabète sucré s'est développé chez un individu déjà affecté de diabète insipide ; la succession peut se produire en sens inverse : " La femme d'un clergyman de Wiltshire, âgée de cinquante-cinq ans, vint me consulter au mois d'octobre 1881 ; la maladie présentait des caractères classiques ; sous l'influence du traitement, le sucre disparut complètement. Le 4 août 1882, la malade m'écrivit qu'elle était très altérée, urinait beaucoup et craignait un retour offensif de sa maladie. L'urine

examinée présentait une densité variant entre 1005 et 1007 et ne contenait pas de traces de sucre."

Sans entrer dans la description didactique de la maladie, M. Pavy insiste sur quelques points qui ont de temps en temps spécialement attiré son attention. Il a vu des diabétiques chez lesquels la transpiration ne se faisait que dans une moitié du corps. La condition du système nerveux, capable de produire ce phénomène, est probablement en relation avec l'état pathologique dont dérive le diabète.

L'hypertrophie du foie a été notée assez souvent pour qu'on puisse lui attribuer la même origine. Les désordres du système nerveux, surtout les désordres d'origine spinale, ne sont nullement rares; l'auteur a vu souvent l'ataxie locomotrice et le diabète. Une dame, diabétique depuis dix ans, en 1875, ne présenta pas le moindre phénomène du côté de l'innervation jusqu'en février 1880. A ce moment, elle commence à se plaindre de douleurs dans les membres; au mois d'avril, le diagnostic ne présentait plus de difficultés; elle était ataxique. M. Pavy a vu souvent dans les mêmes conditions le goitre exophtalmique; il est difficile de ne pas rapprocher ces faits de celui que nous avons vu plus haut, dans lequel une commotion de la moelle épinière fut la cause prédisposante. La dystrophie générale dont le syndrome complexe, connu sous le nom de diabète, serait l'expression clinique ordinaire, serait donc préparée de longue date par des altérations latentes de centres nerveux; ces modifications sont parfois accidentelles, mais elles sont souvent aussi héréditaires. L'auteur en cite un exemple frappant: "Il m'a été rapporté par un médecin des Canaries, diabétique lui-même. Son père n'était point atteint de la même maladie, mais d'une sclérose disséminée reconnue par le professeur Lasègue. Cet homme avait trois fils nés de mères différentes; tous trois devinrent diabétiques; aucune des mères ne l'avait l'éte."

Il n'est pas douteux d'ailleurs que le diabète se transmette par hérédité; à l'exemple précédent, M. Pavy en ajoute plusieurs autres: une dame de cinquante ans vient le consulter en juin 1873; au mois d'avril de l'année précédente, une sœur, âgée également de cinquante ans, s'était présentée à lui pour le même motif; une troisième fut prise en 1879; le père et la mère étaient également diabétiques; un autre, âgé de quarante-huit ans, qui le devint en 1878, appartient à une famille de douze enfants, dont cinq le sont déjà.

M. Pavy termine son intéressante étude par une courte discussion sur la nature du coma diabétique; il ne croit pas qu'on puisse l'attribuer, comme on le fait souvent, à l'acétonurie, il résulterait pour lui d'un simple épuisement des centres nerveux, analogue à celui qu'on peut constater à un moindre degré dans tout le cours de la maladie.—*Gazette hebdomadaire.*

BRUNTON vante, contre la migraine, l'emploi du salicylate de soude à dose de 2 ou 3 grains, tous les $\frac{1}{2}$ d'heure ou toutes les $\frac{1}{2}$ heures jusqu'à soulagement.

DACOSTA considère que l'aconit est un excellent remède à administrer dans les cas de congestion cérébrale; il le combine aux bromures et aux purgatifs.—*College and Clinical Record.*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'épithélioma de la langue.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Nous allons, dans un moment, opérer un homme de cinquante ans, vigoureux, trapu, bien portant d'aspect, qui ne présente dans ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels, rien de remarquable. Une seule chose, toutefois, est à noter; c'est que cet individu est un grand fumeur de pipe et, en particulier, de brûle-gueule. Notre malade avait donc toujours joui d'une bonne santé, quand, il y a quinze mois environ, il vit apparaître sur le dos de sa langue une petite crevasse. Sur le conseil qui lui en fut donné immédiatement, il cessa de fumer. Bien lui en prit, car une amélioration considérable s'en suivit. Mais, au bout de quelques mois, après avoir repris sa mauvaise habitude, il vit survenir sur le bord gauche de sa langue trois ou quatre petites crevasses qui augmentèrent si rapidement, qu'elles ne tardèrent pas à attirer l'attention du malade et de son entourage. À ce moment un médecin consulté ordonna un traitement antisiphilitique qui fut suivi avec la dernière rigueur. L'affection, malgré cette influence, n'en continua pas moins à prendre des proportions de jour en jour plus inquiétantes, aussi le malade résolut-il à venir demander notre secours.

Telle est l'affection sur la nature de laquelle un examen local va nous renseigner davantage. Et de fait, dès qu'on parle à cet individu, on constate qu'il a de la gêne de la prononciation. Il vous répond comme s'il avait une grosse bouchée de pain dans la bouche. Dès qu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit sur le bord gauche de sa langue de grosses irrégularités. Il existe là, sur une tumeur, une ulcération à bords relevés et durs, qui donne à l'haleine une odeur fétide et qui s'étend d'une part, à partir du voisinage de la pointe de la langue jusqu'à la portion verticale; d'autre part, depuis la ligne médiane jusqu'au plancher de la bouche sans toutefois atteindre ni l'une ni l'autre de ces parties. Quant à l'état des ganglions du cou, bien que l'homme soit vigoureux et très gras, voici ce que mes recherches, pratiquées à trois reprises différentes, m'ont révélé: aucun ganglion n'existe, ni dans la région sus-claviculaire, ni dans la région carotidienne; seulement, dans la région sus-hyoïdienne, un peu des deux côtés, mais principalement du côté gauche, se rencontre un empatement général. Voilà la situation! J'ajouterai, en outre, que l'examen de l'urine, fait comme il doit l'être chez tout individu qui va être soumis à une opération, a démontré qu'il n'existait aucune trace de sucre ou d'albumine.

Bien que ce malade ne présente aucune difficulté de diagnostic, il existe cependant dans son histoire un certain nombre de points qu'il est nécessaire de faire ressortir. Et tout d'abord, comment cet épithélioma de la langue a-t-il marché? De la façon suivante: la première crevasse, après avoir été traitée, a disparu pour réapparaître aussitôt que le malade s'est remis à fumer. Or, il n'est pas douteux que cet homme aurait guéri s'il n'avait pas repris ses anciennes habitudes, une des causes de l'épithélioma étant l'irritation locale. Comme preuve à l'appui de ce fait, je vous dirai que, dans deux cas où j'ai interdit le tabac parce qu'il se développait sur la langue quelques plaques épithéliales non ulcérées et qu'il existait un peu de diminution de la sensibi-

lité de cet organe, j'ai obtenu la guérison. En effet, ces deux malades qui, eux aussi, à un certain moment, ont voulu recommencer à fumer comme de coutume, mais qui n'ont pu agir de la sorte, grâce à leur médecin et à moi-même, vivent, l'un depuis cinq ans, l'autre depuis trois ans, toujours dans le même état. Ceci dit, je vous signalerai, dans le cas présent, la lenteur de l'affection au début et sa marche rapide à la suite de la récurrence. C'est là un des points les plus intéressants de l'épithélioma de la langue à cause de l'impuissance du traitement chirurgical. En effet, il faut savoir tenir compte de cette première enfance des tumeurs, et, dussions-nous rester dans l'incertitude à propos du diagnostic, ne pas oublier que c'est à cette période seule que nous pouvons agir d'une manière efficace.

Maintenant, que vous dirai-je bien ? C'est qu'à coup sûr je ne comprends pas du tout l'utilité de ce traitement antisyphilitique. Ne peut-on pas toujours essayer, me dira-t-on ? Non ; cet essai est dangereux. En voulez-vous une preuve ? Vous la trouverez ici même, chez notre malade, qui accuse son médecin d'avoir fait marcher sa tumeur plus vite. Pas besoin n'est, au reste, de remonter au cas présent. M. Verneuil, moi-même et beaucoup d'autres, nous nous sommes élevés, il y a quatre ou cinq ans, contre cette manière de faire. Il faudrait, en pareille circonstance, établir une sorte de catéchisme dont personne ne devrait dévier. Malheureusement, aujourd'hui encore, il n'en est pas ainsi, puisque beaucoup croient avoir toujours le temps d'attendre, ce qui constitue une amère sottise dont le malade subira les conséquences.

Une opération est donc nécessaire. Mais, chez notre malade, cette opération est-elle possible, et est-elle indiquée ? Pour la première question, cela ne fait pas l'ombre d'un doute, une opération pouvant toujours, dans une certaine limite, être faite. Quant à un second point, beaucoup plus important, je le résouds aussi par l'affirmative. J'ai cité, il est vrai, autrefois, deux cas de tumeurs absolument naissantes, petites, à diagnostic incertain et difficile à faire (l'une avait été prise pour une cicatrice d'ulcération dentaire et l'autre pour un papillôme) que j'avais enlevées dès l'époque de leur apparition. Malgré cela, néanmoins, elles ont donné lieu à des généralisations qui ont emporté les malades, l'un au bout de six mois et l'autre dans le septième. L'année dernière, au mois de mars, M. Besnier m'adressa un pharmacien qui présentait sur le dos de la langue une petite tumeur à peine ulcérée. Je la lui enlevai avec l'anse galvano-caustique en ayant soin de creuser tout autour une plaie profonde. C'était une opération absolument satisfaisante dont le malade guérit très bien. Trois mois après, invité à célébrer sa guérison, je trouvai chez ce malheureux, dans la région moyenne du cou, un ganglion. Quelques mois plus tard ce ganglion perça et se transforma en une tumeur ganglionnaire. Bref, le 12 ou le 13 janvier je reçus le billet d'enterrement de ce pauvre homme.

Voilà deux cas vraiment désespérants ; aussi vous conviendrez que si la pratique était tout entière remplie d'observations de tumeurs qui, enlevées dès le début, ont été suivies, non pas de récurrences locales, mais de récurrences ganglionnaires à caractère fatal, il faudrait, à tout jamais, renoncer à ces sortes d'opérations. Pourquoi donc opère-t-on, même quand l'affection est beaucoup plus avancée ? Parce qu'à côté de ces faits si malheureux, il en existe d'autres où le bénéfice acquis a été

considérable. Ainsi, dans le courant du mois de janvier, j'ai reçu la visite d'un malade que j'avais opéré l'année dernière, au mois de février ou de mars, d'un cancer de la langue fort étendu. Qu'advient-il ? Pas grand'chose de bon, très probablement, puisqu'il venait me consulter pour une récidive ; mais, quoi qu'il en soit, je puis affirmer qu'il m'est redevable d'une survie assez notoire. D'autre part, dans la salle, vous trouverez un homme fort convenable, qui m'a été envoyé par M. Besnier pour un cancer de la langue très étendu. Lors de son arrivée, je fus obligé de faire une ablation presque totale de la langue. Depuis, j'ai enlevé à deux reprises différentes des ganglions dans la région sus-thyroïdienne. Actuellement, il existe encore un petit ganglion. C'était, en somme, un cas désespéré, et c'est justement celui-là qui nous donne un succès relatif, car, depuis plus d'un an, cet homme n'a pas du tout l'intention de vouloir succomber. Voilà les considérations qui me permettent de vous dire que l'opération est non seulement possible, mais encore utile.

De l'opération, je ne vous dirai pas grand'chose. Depuis plusieurs années, j'ai enlevé des portions de langue et même des langues tout entières avec l'anse galvano-caustique. L'expérience, en outre, m'ayant appris qu'il survenait souvent des hémorrhagies secondaires, je fais, au préalable, la ligature d'une des artères linguales ou des deux, suivant la grandeur de l'ablation. Comme cette artère fournit, à deux centimètres environ de son origine, l'artère dorsale de la langue, il faut la lier, non pas entre les deux ventricules du digastrique, mais sur la grande corne de l'os hyoïde. C'est là une ligature difficile, délicate et qui nécessite une plaie profonde, parce que l'artère passe entre le muscle hypoglosse et le constricteur du pharynx. L'incision que conseille M. Farabeuf, dans la dernière édition de son manuel opératoire, est excellente quand on a à faire une opération régulière, comme cela arrive sur le cadavre ; mais quand il s'agit du vivant, c'est tout autre chose ; aussi, visant un autre but, inciserons-nous largement de façon à aborder vers le milieu de la région sus-hyoïdienne. La ligature faite, il ne nous restera plus qu'à sortir la langue, afin d'en enlever une certaine partie sur l'anse galvano-caustique comme je vous disais tout-à-l'heure.—*Praticien.*

La baudruche dans le pansement des brûlures et des vésicatoires.—Dans le pansement des brûlures, tout praticien connaît les douleurs et les difficultés des pansement au papier avec le liniment oléo-calcaire ou avec la ouate, dit le Dr MEURISSE.

Le papier se sèche, casse, devient adhérent, malgré la couche de liniment interposé ; avec la baudruche tous ces inconvénients disparaissent. J'ai eu l'occasion, depuis plusieurs mois, d'avoir à panser des brûlures chez des enfants et j'ai établi un pansement différent ; chez l'un, un pansement au papier, avec liniment oléo-calcaire ; chez un second, d'abord pansement au papier, puis à la baudruche ; chez un troisième, pansement à la baudruche.

Les résultats de ce pansement chez ce dernier enfant étaient tellement satisfaisants (absence de douleurs, commodité du pansement, etc.), que les parents du deuxième, ayant eu connaissance des résultats de ce pansement à la baudruche, le réclamèrent pour leur enfant. Celui-ci, qui criait, qui pleurait à chaque pansement, et dont les plaies étaient très

enflammées, supporte aujourd'hui son pansement avec calme, la plaie est moins vive; en un mot, plus de tiraillements, de saignements, comme dans le pansement avec le papier.

Il suffit, pour conserver la baudruche, de la laver à l'eau froide à chaque pansement, et la même peut servir, onduite de liniment oléo-calcaire, pendant cinq à six semaines. Ce pansement est donc en même temps moins douloureux, plus facile et plus économique.

Beaucoup de malades redoutent ou refusent l'application des vésicatoires par la crainte des pansements consécutifs, que ceux-ci soient faits avec le papier, la ouate ou tout autre agent. Avec la baudruche, ces pansements ne sont plus à craindre, plus de tiraillements ni de douleurs, la baudruche, onduite de cérat ou de tout autre corps gras, se décolle presque seule; il suffit de la soulever par un coin, elle tombe alors presque d'elle-même. Le malade n'a plus à craindre que l'application du vésicatoire; il ne redoute plus les pansements.—*Courrier médical.*

Hernie inguinale étranglée, taxis et kélotomie.—Si, dans certains cas, l'étranglement herniaire est d'un diagnostic difficile, et les indications opératoires parfois malaisées à suivre, cependant nous avons le plus souvent bien des données certaines. Autrefois les indications de la kélotomie étaient douteuses, aujourd'hui elles sont très claires. Autrefois cette opération était redoutable et justement redoutée, et la mortalité, il y a vingt ans encore, était considérable, et quand on parlait d'opérer une hernie inguinale étranglée, on savait que la moitié, souvent même davantage, des kélotomies étaient suivies de mort. Le pronostic alors était grave :

1^o A cause de la nature même des accidents ;
2^o A cause de la thérapeutique absurde à laquelle on avait recours contre l'étranglement ;

3^o A cause de la date tardive à laquelle on se décidait à opérer.

La gravité des accidents était la conséquence de l'ouverture du péritoine; l'absurdité de la thérapeutique, telle que l'emploi des lavements de tabac, et surtout la pratique d'un taxis irratiounel qui a tué certainement plus de malades qu'elle n'en a sauvé. En effet, quand ses indications sont passées, le taxis est une des manœuvres les plus graves et les plus absurdes. De plus, autrefois, on commençait par essayer en vain une foule de moyens médicaux contre l'étranglement, puis le taxis, de là une perte de temps des plus préjudiciables et telle que lorsqu'on se décidait à opérer, ce n'était pour ainsi dire qu'*in extremis*, trop tard.

Il est facile de prouver l'absurdité de la thérapeutique médicale en pareils cas, c'est-à-dire l'emploi de la glace, de l'opium, du laudanum, du tabac, etc., thérapeutique qui ne réussit que sur les malades chez lesquels il ne faut pas toucher aux hernies. Malgaigné a parfaitement démontré les inconvénients aussi du taxis, ses dangers dans les hernies auxquelles il ne faut pas toucher. Il a démontré que le taxis n'était efficace qu'à la condition d'être fait avec des chances véritables de réussite. De plus, il faut bien le dire, il est la plupart du temps mal fait parce que beaucoup de praticiens, avec les années, ont oublié leur anatomie, et que par suite ils appuient non pas dans la direction voulue, mais partout ailleurs qu'il le faudrait. Il est mal fait aussi parce que l'on croit devoir développer une très grande force dans la pression

qu'on exerce pour la réduction de la hernie, tandis qu'il suffirait d'une pression légère mais dans les points voulus.

Pourquoi autrefois attendait-on autant avant de faire la kélotomie ? Parce que l'opération était grave en elle-même. Mais aujourd'hui qu'elle est devenue relativement beaucoup plus bénigne, elle est et doit être le procédé de choix dans la hernie étranglée. Et pourtant, moi qui vous dis cela, je ne cesse, du 1^{er} janvier à la Saint-Sylvestre, de vous répéter et de soutenir qu'il faut faire le moins possible d'opérations.

Donc un homme âgé de quarante ans nous a été amené dans le service ; depuis dix-huit ans il a une hernie formée par l'épiploon et l'intestin, et cette hernie est étranglée depuis vingt quatre heures. On endort donc le malade et on fait aussitôt le taxis. Mais il faut se rappeler que si l'épiploon a l'avantage d'empêcher l'étranglement herniaire d'être trop aigu, par contre, il constitue une très grande gêne pour la réduction. De sorte que, en réalité, on a plus de chances de succès, plus de chances de réduire une hernie de l'intestin avec un peu d'épiploon, qu'une grosse épiplocèle avec un peu d'intestin.

Donc, mes élèves, pendant dix minutes environ, ont essayé de réduire la hernie de notre homme par le taxis. Ils n'ont pas réussi ; ce que voyant, ils ont très sagement agi en n'insistant pas et ont fait immédiatement la kélotomie, nettoyant avec soin l'épiploon, procédant à une toilette minutieuse puis au débridement et rentrant la hernie dans le ventre.

A moins de rencontrer un épiploon *absolument sain*, il ne faut jamais le réduire sous peine d'avoir de mauvais résultats. Si quelques heures seulement après l'étranglement vous êtes appelé et que le dit épiploon soit très pur et très peu abondant dans la hernie, vous pouvez le réduire, sinon il faut le lier et le réséquer ; le lier pour éviter une hémorrhagie, le réséquer ensuite pour éviter qu'à la suite de cette ligature il se gangrène et donne lieu à des accidents graves : phlegmons, péritonite, etc. Il faut le lier en une seule fois s'il offre un petit volume ; le segmenter au contraire en deux ou trois parties si le pédicule est volumineux, et le lier alors par compartiments. La ligature sera faite bien entendue avec une substance résorbable telle que le catgut, de préférence à la soie phéniquée.

Quant au sac, s'il est volumineux et si son extirpation n'est pas trop difficile, il faut le réséquer, laisser un petit moignon et suturer pour ne pas exposer la plaie extérieure à verser quelque purulence dans l'intérieur du péritoine. Mais s'il y a eu des malaxations prolongées et violentes du sac, etc., on laissera la plaie de la kélotomie ouverte et on appliquera le pansement ouaté.

En résumé, le taxis sera permis tout au plus pendant les vingt-quatre premières heures qui suivront immédiatement l'étranglement, mais pratiqué avec légèreté de main et toutes les précautions que je viens de vous recommander et, bien entendu, le malade étant chloroformé. Si le taxis est sans résultat, prendre le bistouri et pratiquer immédiatement la kélotomie avec toutes les précautions antiseptiques possibles ; bien nettoyer l'intestin avant de le réduire ; si l'intestin présente quelque point gangreneux ou même seulement douteux, le laisser en dehors ; si, au contraire, l'intestin est en bon état, le réduire ; si la portion de l'épiploon engagée dans la hernie est petite et parfaitement

saine, pure, la réduire; si au contraire elle est volumineuse, la lier et la réséquer, à plus forte raison si elle n'est pas saine; faire ou non la résection du sac selon les circonstances, placer un drain dans le ventre; enfin appliquer le pansement ouaté et iodoformé.

C'est avec toutes ces précautions, avec tous ces soins minutieux mais dont aucun n'est exagéré, que nous voyons aujourd'hui le pronostic si grave autrefois de la kélotomie se modifier, changer du tout au tout, et devenir, en réalité, favorable.—*Abeille médicale.*

Traitement de la cystite chronique. — THOMPSON recommande les préparations suivantes :

1. Feuilles de busserole et racines de pareira-brava, de chaque 60 grammes. Faire bouillir ensemble dans 1½ litre d'eau et réduire à un litre et filtrez. La dose est de 60 à 90 gram. à prendre de 4 à 5 fois par jour.

2. Faites macérer 45 gram. d'écorce d'orme poli, dans un demi-litre d'eau bouillante, pendant six heures. Filtrez après expression. Dose : ad libitum.

3. Faites bouillir 90 gram. de mauve des marais dans 1½ litre d'eau jusqu'à ce qu'il soit réduit à un litre. En tisane.

4. Nettoyez et lavez 30 grammes de mousse d'Irlande, puis faites bouillir avec un 1½ litre d'eau, jusqu'à réduction à 1 litre. Dose : ad libitum.

5. Faites bouillir 30 gram. de graines de lin entières dans un litre d'eau, pendant une heure.

6. Faites bouillir 60 gram. d'orge dans un 1½ litre d'eau pendant 5 minutes et retirez le liquide du feu. Ajoutez 2 litres d'eau à l'orge et faites bouillir jusqu'à ce que tout soit réduit à 1 litre.

7. Trente gram. de gomme pure dissoutes dans ½ litre d'eau.

M. GUYON préconise contre la cystite chronique douloureuse, des instillations au nitrate d'argent (nitrate d'argent, 1 gram; eau distillée, 50 grammes). On fait uriner le malade, puis on introduit l'explorateur à boule perforée, No 12 à 14, en s'arrêtant aussitôt qu'on a franchi le sphincter urétral, et on fait tomber successivement de 20 à 40 gouttes de la solution de nitrate d'argent. Le nombre des instillations qu'il est nécessaire de pratiquer, pour guérir la cystite chronique douloureuse, est très variable. Il en est de même de l'intervalle qu'il convient de laisser entre chacune d'elles. Si le malade n'a souffert que trois ou quatre heures après la première instillation, on la répète tous les deux jours. Mais si la douleur est prolongée pendant un ou deux jours, il est prudent de ne pratiquer les instillations qu'une ou deux fois par semaine, et de diminuer le nombre des gouttes.—Ces instillations réussissent très bien dans les cystites d'origine blennorrhagique; elles sont contraindiquées dans le cancer et la tuberculose de la vessie.—*Union médicale.*

Complications, pronostic et traitement de certaines fractures du péroné.—Les fractures les plus communes ne sont pas toujours les mieux connues; si l'on ne tient pas compte de certaines particularités, on s'expose à ne pas bien conduire leur traitement. Pour notre part, nous avons souvent vu des individus atteints de fracture du péroné, considérés comme guéris et marchant très mal, présentant une sorte de pied plat valgus, rendant l'équilibre et la progression très difficiles.

MM. SÉBILEAU et BLAISE ont réuni, dans un travail consciencieux, presque tout ce qui a été écrit au sujet de la fracture de Dupuytren, et exposé la pratique de M. le Dr Terrillon dans le traitement de cette affection. C'est une fracture dans laquelle, dans un mouvement d'abduction forcée du pied, le péroné se brise à quelques centimètres au-dessus de la malléole externe; la malléole interne s'arrache parfois; il y a diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure dont le ligament antérieur, au lieu de se déchirer, peut arracher une petite portion du tibia.

Les signes de cette fracture sont ordinairement bien faciles à reconnaître; dans les cas types "ils crèvent les yeux par leur grossièreté" (Trélat). Nous n'allons que le rappeler ici. Le bruit de fracture peut être perçu par le blessé lui-même au moment de l'accident. Le pied est dévié en dehors le plus habituellement, et la déviation peut ne se montrer quelquefois que deux ou trois jours après l'accident sous l'influence de la contraction des péroniers et du triceps.

On trouve dans un point déterminé, en la recherchant avec le pouce promené sur la surface externe du péroné, une douleur vive caractéristique; on peut encore l'éveiller en pressant de dehors en dedans sur la partie supérieure du péroné ou bien en la heurtant (Tillaux) avec un petit marteau recouvert d'ouate.

La mobilité au niveau de la fracture s'obtient par la pression sur le sommet de la malléole; quand il y a du gonflement, il faut par de douces frictions refouler le liquide accumulé dans le tissu cellulaire afin de dégager l'os.

Le balloitement du pied dans la mortaise tibio-péronière est tout à fait pathognomonique du diastasis péronéo tibial.

Du côté de la malléole interne, ou bien il y a une saillie lisse, régulière sous la peau, elle est alors intacte; ou bien, la saillie est rugueuse, transversale, le tibia est même brutalement coupé au niveau de la base de la malléole.

Quand la malléole n'est pas fracturée, une dépression marquée se voit au-dessous d'elle au niveau de l'arrachement du ligament latéral interne.

L'enfoncement du péroné vers le tibia, (coup de hache de Dupuytren) n'est pas toujours très marqué; il est en général corrélatif de l'élargissement de la mortaise tibio-péronière.

Nous passons sur les autres signes beaucoup moins importants pour faire ressortir ce qui constitue la gravité et les difficultés thérapeutiques de la fracture de Dupuytren.

Tout dépend de la violence primitive et du désordre produit dans l'articulation tibio-tarsienne, dans la tibio-péronière et les ligaments de la région.

Parfois facile, quelquefois la réduction parfaite de la fracture est très malaisée, et le chloroforme est indispensable pour arriver à un bon résultat.

Mais ensuite le pied tend à revenir dans sa position vicieuse, le coup de hache tend à se reformer et si un bon appareil n'est pas appliqué, la déformation se reproduit; si l'on y veille, la fracture va se consolider dans une position vicieuse. Il est un fait des plus importants qu'il est utile de bien mettre en lumière; si l'on enlève l'appareil de contention trop tôt, même quand la consolidation osseuse est faite, la défor-

mation, corrigée d'abord, va se reproduire progressivement, car les ligaments ne se réparent pas aussi vite que le tissu osseux. Il se produit alors un élargissement de la mortaise tibio-péronière, l'articulation joue trop librement, de là l'impotence fonctionnelle, la douleur, les troubles notables auxquels on a même remédié par la résection de la malléole. Il faut donc se rappeler que toute fracture de Dupuytren est sérieuse, car toute déviation primitive, si légère qu'elle soit, peut ou persister ou se reproduire, si le traitement est trop court ou mal dirigé.

Nous ne parlerons point ici des complications que l'on peut rencontrer dans la fracture que nous étudions, comme dans toutes les autres; nous dirons seulement qu'étant toujours articulaire ou juxta-articulaire, elle donne fatalement lieu à des arthrites plus ou moins intenses, à une roideur articulaire qui peut aller jusqu'à l'ankylose et chez les sujets tuberculeux, être le point de départ d'une tumeur blanche tibio-tarsienne.

D'après toutes ces considérations, il faut se graver dans l'esprit que la fracture de Dupuytren est une fracture grave; par conséquent sa thérapeutique doit être soigneusement réglée. Voici quel traitement conseille M. Terrillon. Pour lui l'appareil de choix est la *gouttière plâtrée*; cette gouttière, pour faire une contention efficace, surtout dans les fractures avec diastasis considérable ou semi-luxation tibio-tarsienne, doit contenir le pied, la jambe et remonter jusqu'à mi-cuisse afin d'immobiliser le genou.

On réduit la fracture avec soin, à l'aide du chloroforme, s'il est besoin; puis on place le membre dans la gouttière en ayant soin que l'axe de la jambe passe bien par le deuxième orteil; pour cela il faut porter fortement le pied en dedans. A mesure que le membre devient libre dans la gouttière, on resserre les calves. On doit maintenir cette gouttière appliquée durant deux mois. Quand le malade commence à marcher, il faut lutter contre la tendance à la déformation au moyen d'un appareil formé d'une bottine à tige élevée dont la semelle s'articule, au niveau des malléoles, avec deux montants, interne et externe. Au montant interne on adapte une large courroie qui va se fixer à un bouton placé sur l'externe; de sorte que, dans la station verticale, les deux os sont maintenus le plus rapprochés possible. Le malade se servira de cet appareil pendant deux mois environ, jusqu'à ce que la région tibio-tarsienne présente une solidité suffisante et ne soit plus douloureuse en aucun point.—*Concours médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'ampliation du périnée et de la vulve pendant l'accouchement, par le DR AUVARD.—Pour permettre le passage du fœtus, les parties molles qui composent le canal génital de la femme doivent se dilater, s'ouvrir, sans quoi l'accouchement serait impossible. Cette dilatation durant le travail se manifeste successivement du côté du col utérin, du vagin et du périnée, et enfin de la vulve. Il ne sera question ici que du périnée et de la vulve, parties molles qui demandent particulièrement à être surveillées par l'accoucheur, car elles deviennent fréquemment cause de dystocie, et leurs lésions retentissent souvent pendant les suites de couches sur la santé de la femme.

L'ampliation du périnée et de la vulve peut se faire sous trois influences différentes : sous celle de la poche des eaux, de la partie fœtale qui se présente, ou enfin d'une manœuvre. Examinons successivement chacun de ces trois agents.

Ampliation produite par la poche des eaux.—La poche des eaux est, on le sait, la partie des enveloppes de l'œuf qui est mise à nu par la dilatation du col utérin. Dans les conditions normales et habituelles, la poche des eaux se rompt spontanément quand la dilatation est complète; c'est par cette ouverture que le fœtus sort de l'intérieur de l'œuf et des organes génitaux. Dans quelques cas cette rupture est retardée, et alors la poche des eaux, à mesure que le travail avance, fait une saillie de plus en plus marquée, elle envahit le vagin, arrive à l'orifice de la vulve, et fait hernie à travers cet orifice. Ces cas de rupture tardive ont été étudiés attentivement par le docteur Byford. L'honorable accoucheur de Chicago pense qu'en pareille circonstance la poche des eaux agit efficacement sur le périnée et l'orifice vulvo-vaginal et amène leur ampliation. L'action de la poche des eaux serait la même sur les tissus mous périnéo-vulvaires que sur le col utérin. D'où la conclusion qu'il ne faut pas rompre artificiellement cette poche des eaux, alors que la dilatation est complète, ainsi qu'on le fait d'habitude. Conséquent avec sa théorie, le docteur Byford recommande dans les cas où les membranes se rompent avant d'avoir achevé leur office dilatateur, d'introduire dans le vagin une poche en caoutchouc, que l'on gonfle avec de l'air ou de l'eau.

Pour répondre à Byford, Dumas discute la question suivante : est-il possible, dans la majorité des cas, de compter sur la poche des eaux pour dilater l'orifice inférieur du vagin ?

Et d'abord, comment se forme la poche des eaux ? Les auteurs sont peu explicites à ce sujet. Deux hypothèses sont en présence : 1° ou les membranes subissent une distension énorme au niveau du col et forment le prolongement qui constitue la poche des eaux (théorie de l'élongation); 2° ou les membranes se séparent jusqu'à une certaine hauteur du segment inférieur du col de l'utérus pour venir se mettre au contact du col effacé (théorie du décollement ou du glissement.) Contre la théorie de l'élongation on peut citer les expériences de Duncan, qui prouvent que les membranes sont très peu extensibles. C'est la théorie du décollement et du glissement qui est la plus rationnelle. L'œuf se décolle dans le segment inférieur de l'utérus, et la paroi utérine, grâce à l'effacement et à la dilatation du col, remonte le long des parois de l'œuf, de manière à en laisser une partie à découvert. Ce ne serait pas, d'après Dumas, l'œuf qui glisserait le long de la paroi utérine, mais la paroi utérine qui glisserait le long de l'œuf. L'œuf serait passif, la paroi utérine active. Par ce mécanisme du décollement s'expliquent facilement les minimes hémorrhagies qui se font à l'approche du travail, et le décollement placentaire dans les cas d'insertion vicieuse. Avec ce décollement, qui peut être très étendu, on comprend la possibilité d'une poche des eaux très saillante, sans qu'il soit besoin d'une extensibilité très marquée des membranes de l'œuf. Comment se fait-il qu'avec la liberté que le glissement donne à la poche des eaux elle soit aussi plate dans les cas normaux, dans les présentations normales du sommet ? Ceci est dû à un mécanisme intéressant. La tête forme bouchon, en s'appliquant sur le segment inférieur de l'utérus, de

telle sorte que le liquide amniotique ne peut pénétrer au-dessous d'elle; la partie du liquide sous-jacente à la tête et enfermée dans la poche est soumise à une pression moindre que celle qui existe dans l'utérus au moment de la contraction. Quand la dilatation est complète, le col ne maintient plus la tête, qui descend et qui appuie sur la poche des eaux en même temps qu'elle retient les membranes latéralement, de telle sorte que la rupture a lieu à ce moment. Dans les cas de présentation vicieuse, la partie fœtale ne formant pas bouchon, le liquide amniotique vient s'accumuler dans la poche des eaux, qui alors devient volumineuse.

On voit donc que dans les présentations normales du sommet, il ne peut exister de poches d'eaux volumineuses, et que chercher à obtenir ce résultat, ainsi que le conseille Byford pour faciliter la dilatation de l'orifice vulvo vaginal, est une chose irréalisable.

M. Dumas montre clairement que la poche d'eau volumineuse est et doit être une exception, mais il ne dit pas si dans les cas où elle existe elle est ou non susceptible de dilater l'orifice vulvo-vaginal. Or, dans les différentes circonstances où nous avons observé cette forme spéciale de la poche des eaux, nous ne l'avons vue exercer aucune action nette sur les parties extérieures de la génération. Sur le col utérin lui-même la poche des eaux n'agit efficacement que lorsqu'elle est soutenue et accompagnée par une partie fœtale; il est bien probable que seule elle serait impuissante à ouvrir la porte utérine; témoin ces poches d'eaux volumineuses remplissant tout le vagin avec un orifice utérin à peine ouvert. On voit donc que si l'idée de Byford n'est pas réalisable, il n'y a aucun regret à avoir, car le serait elle, l'accouchement n'en deviendrait en aucune façon plus facile.

Ampliation produite par le fœtus.—L'ampliation du périnée et de la vulve est produite à l'état normal par la partie fœtale, qui poussée par la contraction utéro-abdominale, s'ouvre petit à petit un chemin pour arriver au dehors; c'est dans cette lutte que se fait l'ampliation des parties molles. Les différentes régions fœtales ne sont pas également aptes à ce rôle, et pour une même présentation la position n'est pas indifférente. Un exemple: dans la présentation du sommet, l'ampliation des parties molles se fera beaucoup mieux avec une occipito-pubienne qu'avec une occipito-sacrée. C'est pour remédier aux difficultés de ce temps de l'accouchement qu'on a songé à employer des manœuvres spéciales, dont nous allons dire maintenant quelques mots.

Ampliation obtenue à l'aide de manœuvres.—Il y a longtemps que les accoucheurs ont essayé différentes manœuvres pour dilater, pour ouvrir les parties molles de la mère sur le trajet que doit parcourir le fœtus, espérant ainsi faciliter l'accouchement. Ces manœuvres ont porté soit sur l'orifice utérin, soit sur le vagin, le périnée et la vulve: elles ont été désignées par quelques accoucheurs sous le nom de petit travail, par opposition au grand travail qui serait celui exécuté par la nature; le premier étant par conséquent artificiel, tandis que le second est naturel. La plupart de ces manœuvres sont aujourd'hui tombées dans l'oubli; car non seulement elles sont inutiles le plus souvent, mais elles peuvent devenir nuisibles en amenant l'irritation, l'inflammation des parties maternelles.

Il faut cependant reconnaître que si cet ostracisme est complet pour le col, il n'en est pas tout à fait de même pour le périnée et l'orifice

vulvo-vaginal, et parmi les différentes manœuvres employées à cet effet, une des meilleures est certainement celle conseillée par le professeur Dumas, publiée dans le *Montpellier médical* de 1883, et qu'il a désignée, sous le nom générique de dilatation préfœtale de la vulve. Voici en quoi consiste cette méthode. Les trois premiers doigts de la main droite (pouce, index, medius) sont, au moment de l'expulsion de la tête, introduits dans le vagin. On les enfonce jusqu'à une profondeur telle qu'ils éprouvent une pression modérée entre la tête et l'orifice vaginal. Dans cette situation les doigts constituent en avant de la tête une sorte de cône ou plutôt de trépied, qui traverse la vulve et dont la base est appliquée sur la tête, tandis que son extrémité amincie reste à l'extérieur. Ce cône qui surmonte la tête fœtale, à la manière de ces bonnets pointus dont se coiffent les clowns, exerce une dilatation préalable sur l'orifice vulvo vaginal. On pourrait, ainsi que l'a fait Dumas, à propos de l'influence de la poche des eaux sur le col utérin, comparer cette action à la petite manœuvre qu'emploient les pharmaciens pour passer un anneau de caoutchouc autour du goulot d'une bouteille; ils adaptent sur le bouchon un petit cône en bois, dont la pointe est dirigée en haut et le long duquel l'anneau élastique glisse en s'élargissant régulièrement à mesure qu'on le fait descendre.

M. Dumas repousse toute espèce de parenté entre sa méthode et le petit travail de certains accoucheurs. Dans le petit travail, les doigts agissent directement sur les tissus mous qu'ils ont la prétention d'élargir en les massant ou en les attirant, dans la dilatation préfœtale, c'est la tête fœtale elle-même qui agit sur la vulve par l'intermédiaire des doigts. Il y a, en effet, entre les deux méthodes une nuance, mais rien autre chose qu'une simple nuance.

Les résultats cliniques obtenus par la dilatation préfœtale ont été consignés par M. Passarini dans sa thèse inaugurale. Sur 16 cas où la méthode a été employée, deux fois seulement le périnée a présenté une déchirure de 3 centimètres dans un cas, et de 4 centimètres dans l'autre. La dilatation préfœtale raccourcirait aussi notablement la période d'expulsion, qui, au lieu de durer deux à quatre heures, serait comprise dans les limites de vingt-cinq minutes à une heure vingt minutes.

CONCLUSIONS.—Quelles conclusions pratiques tirer de l'exposé qui précède? Le médecin qui assiste une femme dans son accouchement doit-il confier l'ampliation du périnée et de l'orifice vaginal à la poche des eaux, à la partie fœtale qui se présente, ou la provoquer à l'aide d'une manœuvre? Nous n'avons plus qu'à choisir entre l'ampliation naturelle spontanée faite par le fœtus poussé par la contraction utéro-abdominale et la méthode de dilatation préfœtale. Or, nous croyons l'opinion des accoucheurs de Paris à peu près unanime sur cette question: sauf quelques cas exceptionnels où les manœuvres peuvent être bonnes, et parmi elles, celle de M. Dumas serait certainement une des meilleures, il faut abandonner aux forces naturelles l'ampliation des parties molles de la mère, en luttant contre l'utérus et la paroi abdominale s'ils se contractent trop énergiquement, en les aidant au contraire par une application de forceps ou des tractions manuelles si leur action est trop faible. Avec l'éminent professeur de Montpellier nous pensons qu'il ne faut jamais compter sur la poche des eaux, son rôle est éminemment utile pour la dilatation de l'orifice utérin, mais inefficace quand il s'agit du périnée et de l'orifice vulvo-vaginal.

Le rôle de l'accoucheur est de soutenir le périnée et non de le dila-

ter, de l'abaisser, de l'ouvrir. Ou ce périnée est suffisamment élastique, et la partie fœtale le déprimera sans le déchirer, ou l'élasticité voulue fait défaut, et tous les procédés seront impuissants à lui donner cette souplesse nécessaire à l'accouchement normal; si on voulait agir d'une façon inefficace, il faudrait changer sa constitution, sa structure. Tous les procédés qui consistent soit à attirer le périnée en avant, soit à le repousser en arrière, à essayer de lui donner de l'étoffe en abaissant la partie latérale de la vulve nous paraissent également illusoires.

Le secret de l'intégrité du périnée pendant l'accouchement vaginal se résume en deux indications principales : 1^o ralentir la progression de la partie fœtale qui se présente; 2^o diriger cette partie fœtale pour l'adapter à la forme du canal génital.—*Abeille médicale.*

Syphilis et grossesse.—A la suite d'une étude très élaborée sur ce sujet, publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, M. le Dr Louis HIRIGOYEN présente les conclusions suivantes :

1^o Dans les services spéciaux d'accouchement de Bordeaux la proportion des femmes syphilitiques est de 5 %.

2^o Les cinq sixièmes sont des filles-mères.

3^o La syphilis influe sur la grossesse en la compliquant et en amenant, le plus souvent, sa terminaison prématurée.

4^o L'âge de la syphilis a une influence très nette.

5^o Sur huit grossesses chez des femmes syphilitiques, depuis une ou plusieurs années, il y a eu deux enfants vivants mais chétifs.

6^o Sur douze femmes syphilitiques dans les quatre premiers mois de la grossesse, les douze produits sont morts-nés.

7^o La syphilis survenant du quatrième au sixième mois de la grossesse est encore très dangereuse pour le fœtus, la moitié au moins succombe.

8^o La syphilis des trois derniers mois de la grossesse donne un peu plus de la moitié des enfants vivants, quatre sur sept, elle est moins grave pour le fœtus que la syphilis maternelle antérieure à la grossesse.

9^o Sur trente-trois grossesses de femmes syphilitiques, huit ont donné des enfants vivants; les trois quarts des grossesses chez les syphilitiques (à l'hôpital) se terminent par la mort du fœtus.

10^o La syphilis peut amener, dans certains cas relativement rares, des difficultés au point de vue du travail ou des complications dans les suites des couches.

11^o Pour être efficace, le traitement antisiphilitique doit pouvoir être entrepris dès le début de la grossesse et continué pendant toute sa durée. Le traitement doit être poursuivi avec persistance pour agir avec fruit sur les grossesses subséquentes des femmes syphilitiques.

De la rupture prématurée des membranes de l'œuf, par M. PINARD.—La rupture des membranes est *prématurée*, lorsqu'elle se produit plus ou moins longtemps avant l'apparition de toute contraction utérine douloureuse; les conditions dans lesquelles a lieu cette rupture sont mal déterminées. Certains auteurs accusent, avec Hippocrate, la minceur et la fragilité des membranes; d'autres admettent comme causes occasionnelles ou prédisposantes de la rupture prématurée des membranes : l'hydropisie de l'amnios, les grossesses gémellaires, les rétrécissements du bassin, les mauvaises présentations, l'insertion

vélamenteuse du cordon, les efforts (vomissements, quintes de toux, cont, etc.), la multiparité, l'hérédité, la chaleur du lit, la mauvaise alimentation, le chagrin, etc., etc. Si quelques-unes de ces causes sont vraies, elles ne sont applicables qu'à un nombre restreint de faits.

Entretenant, dès 1881, de nouvelles recherches sur la cause de la rupture prématurée des membranes, M. Pinard crut remarquer qu'il existait un rapport entre l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et la rupture prématurée des membranes; il chercha à faire, aussitôt après la délivrance, un diagnostic rétrospectif au point de vue de l'insertion du placenta; lorsque la délivrance est normale, les membranes présentent habituellement une ouverture assez régulière à travers laquelle le fœtus est sorti et qui correspond à peu près au pôle inférieur. Si on mesure les distances qui séparent les bords de cette ouverture des bords du placenta, l'on aura assez approximativement les distances qui sépareraient le placenta des bords de l'orifice utérin. Si l'on suppose un arrière-faix présentant entre les bords de l'ouverture des membranes et les bords correspondants du placenta, une distance de 5 centimètres d'un côté et de 25 de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 centimètres de l'orifice utérin. Malgré les quelques objections que peut soulever ce procédé de mensuration, c'est encore le meilleur pour connaître à quel niveau a lieu l'insertion du placenta, en ayant soin de laisser de côté les cas dans lesquels les membranes sont déchirées ou l'amnios décollé et retroussé sur la face fœtale du placenta. M. Pinard a ainsi mesuré et observé 1,394 placentas: il résulte de ces mensurations que le placenta est plus souvent inséré sur le segment moyen et le segment inférieur de l'utérus que sur le segment supérieur.

La rupture prématurée des membranes est causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment inférieur: car les pressions exercées sur les membranes fœtales sont alors plus localisées et mettent davantage en jeu leur extensibilité que lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus. Dans ce dernier cas, les tiraillements exercés sur le placenta seront peu accusés, parce que l'élasticité totale des membranes est mise en jeu; à mesure que la distension augmente, des tractions de plus en plus énergiques s'exercent sur le placenta, en même temps que se produisent le décollement, le glissement des membranes les unes sur les autres; si l'amnios se décolle facilement, le chorion ne peut glisser sur la caduque qu'en tirant sur le placenta. Toute pression exercée sur un point du chorion retentira plus ou moins sur le placenta, suivant que cette pression s'exercera en un point plus ou moins éloigné de ce dernier. Or quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, toute la portion de la paroi utérine correspondant à son insertion ne peut prendre part au développement; l'ampliation se faisant seulement aux dépens d'une partie du segment inférieur, cette partie subit une distension considérable.

D'autre part, l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta; il ne peut prêter de ce côté, il tire sur le placenta, et se rompt si celui-ci ne cède pas. L'amnios, supportant seul alors la pression intra-amniotique, ne tarde généralement pas à se rompre. On peut donc s'expliquer ainsi la rupture prématurée des membranes dans le cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur: expansion con-

dérable de la portion du segment inférieur de l'utérus laissé libre par l'insertion placentaire, distension anormale du chorion, défaut d'élasticité de celui-ci à ce niveau par suite de la résistance du placenta, d'où rupture du chorion et consécutivement de l'amnios.

La rupture prématurée des membranes ne se produit pas toujours, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, pour deux raisons : ou bien la pression exercée sur le chorion est insuffisante, ou bien le placenta se décolle.—Lorsque le segment inférieur subit peu de distension dans le dernier mois de la grossesse, la rupture a peu de tendance à se produire, c'est ainsi qu'elle est, toutes choses égales d'ailleurs, moins fréquente chez les multipares ; chez elles en effet le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins prononcé, l'accommodation pelvienne se produit plus tardivement ; toutefois, si les ruptures prématurées sont numériquement plus fréquentes chez les multipares, c'est que chez elles l'insertion vicieuse est bien plus fréquente. C'est ainsi que, sur 147 cas de rupture prématurée que M. Pinard a observés, il a compté 54 primipares et 93 multipares.

La présentation du fœtus joue également un rôle en ce sens qu'elle détermine une distension plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur de l'utérus et par conséquent des membranes. Le siège, par exemple, en raison de son volume et de sa forme irrégulière (sans parler des pressions exercées par un pied) détermine des pressions localisées qui le plus souvent entraînent la rupture des membranes ou le décollement du placenta. La présentation du tronc détermine, plus encore que la présentation du siège, des distensions exagérées.

En résumé, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, tantôt les membranes se rompent prématurément, tantôt elles résistent et le placenta se décolle. La résistance plus ou moins grande des membranes produit l'un ou l'autre de ces résultats. Enfin, dans certains cas, on n'observe ni rupture prématurée des membranes, ni décollement placentaire en raison de la résistance du placenta, de la présentation du fœtus et des circonstances qui font que les pressions et les distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail où d'autres facteurs entrent en jeu.

Dans aucun cas de rupture prématurée des membranes, M. Pinard n'a jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie. Toutes les fois que l'hémorrhagie s'était montrée la première, la rupture prématurée, artificielle ou spontanée, a toujours fait cesser cette hémorrhagie, sauf dans certains cas de présentation du tronc. C'est après avoir remarqué l'absence d'hémorrhagie, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, alors qu'il y avait rupture prématurée, que M. Pinard a été conduit à rompre artificiellement les membranes, même avant tout début de travail. Il est bien entendu qu'avant de pratiquer cette rupture dans les cas de présentation du tronc, il faut transformer la présentation transversale en présentation longitudinale, soit par manœuvres externes, soit par manœuvres combinées internes et externes. La présentation du tronc favorise l'hémorrhagie en distendant le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire en produisant à son maximum le déplacement du placenta.

Aussi dans les cas d'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta assez grave pour nécessiter une intervention, la conduite à tenir est la suivante :

1^o S'assurer que la présentation est celle du sommet ou du siège. Si c'est une présentation du tronc, transformer cette présentation en présentation longitudinale (siège ou sommet), suivant la facilité avec laquelle on peut abaisser l'un ou l'autre de ces pôles fœtaux.

2^o Déchirer largement les membranes, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas un début de travail.

L'insertion vicieuse du placenta, l'hémorrhagie qui en est souvent la conséquence, sont des complications assez redoutables de la grossesse, pour que le médecin soit heureux d'avoir un procédé sûr pour parer à ces accidents; la rupture des membranes, même avant le début du travail, est autrement facile à pratiquer, autrement inoffensive que le tamponnement dont les inconvénients sont depuis longtemps reconnus.

On voit, d'après cette analyse, toute l'importance du mémoire de M. Pinard; résultat de longues et sagaces recherches, ce travail est plein d'enseignements théoriques et pratiques.

Il en est un non moins intéressant que M. Pinard a pu tirer de cette tude approfondie de la rupture prématurée des membranes; c'est que lorsqu'on se trouve en présence d'une femme ayant perdu les eaux prématurément, il faut se méfier d'une hémorrhagie au moment de la délivrance; cette rupture a en effet chance d'être liée à une insertion vicieuse du placenta et de coexister avec une circulation anormalement développée du segment inférieur. Cette hémorrhagie sera d'ailleurs facilement arrêtée par les injections intra-utérines avec de l'eau chaude à 48 ou 50°, sans qu'il soit aucunement besoin de recourir à l'ergot de seigle qu'on tend à rejeter de plus en plus de la pratique obstétricale.—*Concours médical.*

Endocervicite.—Il est une condition du col utérin, dit SHIRK, qui résiste aux méthodes ordinaires de traitement. Je veux parler de cette forme obstinée d'endocervicite où l'écoulement est abondant et ressemble à du blanc d'œuf. Dans tous les catarrhes du col, cette sécrétion est plus ou moins abondants, mais jamais autant que dans l'endocervicite, où les glandes sont extraordinairement actives. C'est une solution d'acide chromique (3i pour ʒi d'eau), appliquée 4 ou 5 fois, à intervalle d'une semaine, qui m'a rendu les plus grands services et m'a fait abandonner les autres traitements, à l'exception du grattage des glandes au moyen d'une curette.—*American Practitioner.*

Du traitement par l'iodoforme des maladies des organes sexuels, par M. de WILMICKI.—L'iodoforme n'a guère été employé jusqu'à ce jour en gynécologie que sous la forme de suppositoire. KUGELMANN, de Hanovre, a proposé au Congrès allemand de Strasbourg la projection d'iodoforme en poudre dans la cavité utérine contre la métrite chronique.

D'une façon générale, l'emploi de l'iodoforme réclame trois conditions: adhésion du médicament à la surface malade; quantité minimum pour recouvrir toute la surface malade; durée de l'application assez longue pour que l'absorption complète soit réalisée.

Pour la cavité utérine, l'auteur propose des crayons de gomme arabique et d'iodoforme additionnés d'un peu de glycérine, mais à des degrés divers de concentration. Ces crayons doivent avoir de 2 à 4 centimètres de diam. sur 4 à 6 cent. de longueur. Leur introduction dans la cavité utérine se fait au moyen de longues pinces minces (pince urétrale de Pitha). Une légère résistance et une contraction de la

patiente accusent le moment où le crayon atteint le fond de la cavité utérine. Un tampon d'ouate est introduit ensuite dans le vagin au contact du col. On l'enlève au bout de 12 heures et on fait à la suite une injection vaginale. Ce procédé ne déterminerait ni douleurs violentes, ni coliques, ni contractions. Il donne des résultats très favorables, tandis que l'émulsion d'iodoforme expérimentée dans le même but est sans efficacité.

Un autre procédé d'introduction de crayons d'iodoforme est préférable dans les cas où l'emploi du spéculum est difficile ou contre-indiqué. On se sert alors d'une sonde d'homme dont l'extrémité antérieure est perforée. Le crayon préparé à la gélatine et placé dans la sonde est poussé dans la cavité utérine au moyen d'un mandrin. On tamponne comme dans le cas précédent et on renouvelle le pansement au bout de 24 heures.

Ce procédé est spécialement applicable aux cas d'avortement avec rétention de débris d'œuf et aux hémorrhagies. La fétidité disparaît, l'écoulement se tarit, et l'on trouve au premier jour les détrituz de l'œuf sur le tampon.

Dans les inflammations péri-utérines, l'iodoforme est contre-indiqué dans la période d'acmé, mais il réussit admirablement dans les cas où le cours de la maladie prend une marche subaiguë ou chronique.

Dans l'hypertrophie de la portion vaginale, les résultats de l'emploi de l'iodoforme sont des plus incertains.

L'auteur dit avoir employé avec succès l'iodoforme dans le traitement des maladies de la vessie, mais il se réserve de revenir prochainement sur ce sujet d'une manière plus détaillée.—*Allg. Wiener med. Zeitung.*

PÉDIATRIE.

Un cas d'hémiplégie cérébrale infantile.—Clinique de M. le DR DESROUZILLES à l'hôpital des Enfants-Malades. (1)—La paralysie cérébrale des enfants est parfois bi-latérale; mais le plus souvent, elle n'affecte qu'un côté. Chez certains malades, la suppression de l'activité locomotrice et de la sensibilité est soudaine, mais chez d'autres elle est consécutive à des convulsions partielles ou généralisées. Beaucoup d'enfants paralysés deviennent aphasiques et, chez la plupart, la motilité est plus profondément troublée que la perception du contact, de la température ou de la chaleur. L'hémiplégie faciale fait rarement défaut; elle est d'ordinaire peu prononcée et affecte presque toujours seulement le facial inférieur, tandis que les muscles des paupières et du front conservent leur contractilité. Les parties paralysées sont, en général, flasques pendant quelques semaines après le début et restent susceptibles de se contracter sous l'influence des courants induits et même des courants continus. Dans un certain nombre de cas, l'hémiplégie est passagère, malheureusement, elle persiste fréquemment d'une façon indéfinie, puis est suivie d'atrophie et de contractures partielles qui produisent des déformations et des attitudes vicieuses, plus prononcées aux membres supérieurs qu'à la cuisse ou à la jambe. C'est ainsi que surviennent la pronation de l'avant-bras et sa flexion sur le

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

bras. Dans beaucoup de cas de cette nature, on observe également la déviation en dedans de la pointe du pied, dont le talon se relève et dont la face plantaire regarde plus ou moins en dedans.

Un bon nombre de cas d'hémiplégies du jeune âge sont suivis d'arrêts de développement qui affectent les os aussi bien que les parties molles. On voit quelquefois le bras ou l'avant bras du côté malade présenter, par rapport au côté sain, un raccourcissement de plusieurs centimètres. On a même observé dans les mêmes conditions, chez quelques enfants, un défaut complet de symétrie entre les deux moitiés de la face. Il faut faire remarquer cependant que le volume des groupes musculaires affectés diminue bien plus dans les paralysies spinales que dans celles dont une altération intra-crânienne est le point de départ. Enfin, le côté paralysé peut être atteint de tremblement ou de mouvements saccadés qui rappellent ceux de la chorée.

Quelques jeunes sujets deviennent épileptiques, lorsque la maladie remonte déjà à une date éloignée, mais leurs attaques sont incomplètes et presque toujours caractérisées par des convulsions unilatérales et correspondant aux parties paralysées ou plus marquées dans celles-ci que dans les autres ; elles ne sont ordinairement annoncées par aucun cri initial, ni suivies de stertor ou de délire. Chez les enfants atteints d'hémiplégie cérébrale, l'intelligence peut ne pas être troublée dans son fonctionnement ; mais, dans les cas graves, les malades sont presque toujours affectés d'idiotie ou d'imbécilité, ceux qui ne guérissent pas restent infirmes et vivent parfois jusqu'à un âge avancé. D'autres sont affligés de crises convulsives jusqu'à la fin de leur existence ; quelques-uns succombent à la suite d'une attaque apoplectiforme.

On a vu, pendant la seconde enfance, l'hémiplégie cérébrale survenir à la suite d'une fièvre éruptive ou de la diphthérie ; elle paraît avoir été consécutive dans quelques cas, soit à des crises prolongées d'épilepsie, soit à de très fortes quintes de coqueluche. Mais, à partir de la quatrième année de la vie, la paralysie unilatérale se rattache le plus souvent à une tumeur cérébrale et particulièrement à une dégénérescence de nature tuberculeuse qui s'est faite aux dépens de la pulpe encéphalique. Dans un assez grand nombre d'observations, on a admis qu'un traumatisme avait été le point de départ d'une altération intra-crânienne. Enfin, on a découvert dans plusieurs autopsies, des foyers d'hémorragie ou de ramollissement qui pouvaient expliquer les phénomènes notés pendant la vie. L'hémiplégie survient quelquefois, chez les très jeunes enfants, pendant la période de première dentition ; ses causes sont alors très difficiles à saisir. Dans deux cas cités par d'Espine et Picot, elle est survenue dans le cours d'une syphilis héréditaire. On a signalé des hémiplégies congénitales qu'on a attribuées à des foyers hémorragiques logés dans la profondeur de l'encéphale, et une observation de Gibb donne lieu de supposer qu'un traumatisme peut produire chez un fœtus une hémorragie de l'un des hémisphères et déterminer une paralysie hémiplégique.

L'examen cadavérique des enfants qui succombent après avoir été frappés d'hémiplégie, révèle le plus souvent l'existence dans les profondeurs de la pulpe encéphalique, d'une néo-formation qui est ordinairement de nature tuberculeuse et dont le volume peut égaler ou dépasser celui d'un œuf de poule, tandis que, dans d'autres cas, la dégénérescence est constituée par plusieurs petits foyers qui ne dépassent pas

les dimensions d'une noisette. On a rencontré également, mais plus exceptionnellement, des kystes à échinocoques ou des sarcomes; de plus, on a découvert, dans un assez grand nombre de nécropsies, soit des foyers d'hémorragie ou de ramollissement qui se sont présentés sous des apparences diverses, suivant leur ancienneté et leur étendue, soit l'hypertrophie ou la sclérose du tissu cérébral sous la forme d'îlots occupant le voisinage de la sissure de Rolando. Il faut s'attendre d'autre part à constater, en pareille occasion, les lésions qui appartiennent à la méningo-encéphalite généralisée ou circonscrite, c'est-à-dire l'injection des enveloppes du cerveau, les adhérences de la pie-mère à la substance grise et la diminution de consistance de cette couche de l'encephale. L'on a noté enfin, dans plusieurs observations, l'atrophie de tout un hémisphère du cerveau, ou même une hémiatrophie cérébelleuse limitée au côté opposé à celui de l'hémisphère cérébral affecté, ces dernières altérations sont vraisemblablement secondaires.

Si nous appliquons ces données générales au cas que nous avons étudié, nous reconnaitrons que, par sa symptomatologie et par sa marche, il se rapproche, sur presque tous les points, des descriptions didactiques qu'on peut lire, relativement à ces états morbides du jeune âge dont la paralysie unilatérale est le trait principal. Il s'agit ici d'un garçon qui, bien portant jusqu'à l'âge de huit ans, tomba violemment sur la tête, mais se releva seul et ne présenta pendant plusieurs mois aucun désordre sérieux du mouvement, de la sensibilité ou de l'intelligence, puis fut atteint successivement, d'abord de désordres de la vue, puis de faiblesse dans tout un côté du corps et d'embarras de la parole, plus tard de perturbations intellectuelles très prononcées enfin de céphalées et de vomissements répétés qui motivèrent son admission à l'hôpital. En présence d'une hémiplégié des membres et de la face, survenue quelques mois après une chute sur l'extrémité céphalique, nous ne devons pas croire à l'existence d'une de ces paralysies dites infantiles, dont l'atrophie et l'impuissance fonctionnelle de certains groupes musculaires sont les conséquences invariables, et dont il faut aller chercher l'explication dans l'état anatomo-pathologique du centre spinal. Les altérations probables siégeaient évidemment ici dans la cavité crânienne; en d'autres termes, nous avons sous les yeux une paralysie cérébrale dont un traumatisme était vraisemblablement la cause.

Je pensai tout d'abord, qu'en raison de la chute que le jeune malade avait faite sur la tête, plus d'un an auparavant, on devait admettre une contusion du cerveau qui aurait été le point de départ d'un ou de plusieurs foyers de ramollissement ou d'hémorragie de l'hémisphère gauche. Les lésions siégeaient elles au voisinage de la scissure de Rolando, non loin de la substance grise et des circonvolutions centrales? On sait qu'il en est le plus souvent ainsi lorsque l'hémiplégié affecte le côté droit et lorsque l'enfant est aphasique. Mais, dans le cas actuel, l'aphasie n'existait pas, et il eût été rationnel de supposer que les parties affectées de l'encéphale se rapprochaient plutôt des ganglions opto-striés que des couches corticales. En semblable circonstance, il est téméraire, à mon sens, de vouloir indiquer à l'avance avec trop de précision ce que la nécropsie apprendra plus tard. Je me contentai donc d'affirmer l'origine cérébrale de cette paralysie, et d'insister sur sa gravité, sans être à même de me prononcer sur sa durée probable.

Moins d'un mois après son arrivée dans votre salle, le jeune F... suc-

combait à la suite d'un état comateux qui dura plusieurs jours, et succéda lui-même à une période d'agitation intermittente et d'intensité très variable. Nous avons observé chez lui de la contracture dans le côté paralysé, mais pas de convulsions; on avait constaté que la sensibilité était à peu près intacte l'intelligence affaiblie, mais encore assez vive, puisque le malade pouvait nous rendre compte verbalement d'une partie de ses sensations, presque jusqu'à la fin de sa vie. La symptomatologie de cette affection, quoique très significative, ne fut donc jamais fort complète et rien ne portait à croire que son dénouement dût être si prompt. Il est vrai que la mort fut causée par un ictus hémorrhagique qu'on pouvait prévoir, mais dont rien n'annonçait l'imminence; sans cet incident, le malade eût probablement vécu encore pendant une assez longue période.

La tumeur que nous avons découverte à l'autopsie pouvait être assimilée, d'après ses caractères microscopiques, à ces néoformations qu'on désigne sous le nom de sarcomes névrogliaux ou de gliômes et dont on connaît un assez grand nombre d'exemples étudiés chez les jeunes sujets. Elle présentait de telles dimensions qu'il était logique de considérer son existence comme fort ancienne, et qu'on devait se demander si l'accident signalé ici comme le point de départ vraisemblable de l'état pathologique observé plus tard, était bien réellement sa cause déterminante. Peut-être le traumatisme avait-il simplement accéléré les progrès d'une dégénérescence dont l'origine remontait à une date bien antérieure à la fin de l'année 1884, c'est-à-dire à l'époque de la chute. D'après les informations que nous avons recueillies, il n'y a eu, parmi les proches parents de ce petit malade, aucun individu cancéreux ou tuberculeux. Son père et sa mère, sans être fort robustes, sont habituellement bien portants: ils ont encore deux enfants un peu délicats, mais chez lesquels il n'y a ni affection nerveuse, ni signe de tuberculose; au point de vue de l'étiologie, la question reste donc très obscure et nous n'avons aucun éclaircissement à tirer des commémoratifs.

Les émissions sanguines locales peuvent rendre quelques services dans un cas d'hémiplégie infantile d'origine toute récente; mais quand le mal existe déjà depuis plusieurs mois, elles deviennent inutiles et je n'ai pu songer ici à user de la méthode antiphlogistique. C'est à la médication altérante, aux purgatifs et aux dérivatifs que je me suis adressé. Le calomel et l'iode de potassium ont été bien supportés, mais n'ont eu aucune efficacité. Les frictions hydrargyriques, faites à la nuque avec une certaine persistance, n'ont pas produit d'éruption locale. Il eût été bien incommode de recourir aux vésicatoires, sans s'exposer à de sérieux inconvénients, chez un enfant difficile à remuer et qui restait constamment couché sur le dos ou sur le côté droit, avec la tête un peu renversée en arrière. Je ne jugeai pas qu'il fût nécessaire d'insister sur les antispasmodiques, car il n'y avait pas d'état convulsif, pas d'agitation violente ou continuelle. Nous observions bien plutôt une tendance à l'abattement et à la torpeur que l'excès opposé. On recommande le traitement par l'électricité dans les paralysies cérébrales de l'enfance. Il me semble certain qu'on obtiendra de bons effets des courants induits, mais non des courants constants, lorsque l'enfant ne présentera ni contracture, ni atrophie consécutive dans les parties affectées de perte du mouvement et de la sensibilité. Chez notre ma-

lade, l'atrophie n'existait pas, mais il y avait de la contracture et nous ne pûmes nous servir d'un moyen thérapeutique qui a procuré une amélioration notable à certains sujets. Nous nous sommes donc trouvés à peu près désarmés, en face d'un état pathologique dont nous ne connaissions nullement la gravité, et sur lequel il n'eût été possible d'agir avec quelques chances de succès, qu'on le combattant dès son début.—*Revue des maladies de l'enfance.*

Hystérie chez les enfants.—M. le docteur PEUGNIEZ a consacré sa thèse à l'étude de l'hystérie chez l'enfant. Il montre qu'à mesure que cette affection est mieux connue, on la rencontre plus fréquemment chez lui; cependant elle apparaît bien rarement avant l'âge de six à huit ans, âge auquel on l'a pourtant observé dans des proportions très notables; ce qui ressort aussi des statistiques des auteurs, c'est que pour les filles, l'influence de la menstruation est presque nulle sur le développement des accidents.

Etudiant les manifestations psychiques de l'hystérie chez l'enfant, M. Peugniez rappelle cette curieuse observation du docteur Azam. Un jeune garçon de douze à treize ans présentait dès l'âge de cinq ans des accidents hystériques: toux quinteuse et spasmodique, chorée, hoquets, convulsions, paralysies diverses. Puis s'y ajoutèrent les hallucinations et une perte subite de la mémoire, pendant laquelle il ne savait plus lire, ni écrire, ni compter, avait oublié tout son passé, causait mal, ne reconnaissait plus son entourage sauf son père et sa mère et l'un ou l'autre de ses frères ou sœurs, mais pas toujours les mêmes. Il savait encore conduire une voiture, monter à cheval, et dire ses prières à l'heure habituelle. Au bout de vingt jours, cette amnésie cessa brusquement et, comme si un voile se fût déchiré, la notion entière de son passé lui revint subitement. Ainsi pendant l'amnésie, il ne voyait dans les caractères imprimés ou écrits que des signes sans valeur. Tout à coup leur ensemble eut un sens pour lui; il n'eut pas à réapprendre lentement à lire; de même pour l'écriture et les autres connaissances qu'il avait possédées auparavant. Quatre fois en deux ans, le même phénomène se reproduisit: amnésie totale et périodique alternant avec des accidents nettement hystériques. Nul doute que chez cet enfant, l'amnésie n'ait été un mode d'expression de la névrose hystérique.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants.—Cette affection, ennuyeuse et fatigante pour les parents, qui la considèrent généralement incurable, disparaît lorsque l'on fait un juste diagnostic, sous l'action d'une thérapeutique appropriée et continuée pendant une assez longue durée: telle est l'opinion du Dr DAY (*Brit. Med. Journ.* 13 février 1886). Au nombre des causes déterminantes de l'énurèse, toujours d'après le même auteur, on peut énumérer les suivantes: urine trop acide ou chargée d'urates, alors la vessie super-stimulée se contracte et se vide; la constipation habituelle; la présence de vers dans l'intestin en produisant une irritation réflexe de la vessie; la masturbation, dans ce dernier cas il n'y aura pas de guérison, tant que durera la mauvaise habitude. L'atonie de la couche musculaire vésicale, suite de débilité générale ou d'anémie, est une cause très commune d'incontinence; ici la moindre quantité d'urine excite l'activité de l'appareil

moteur. Day en a observé un cas, qu'il a guéri difficilement, chez un garçon de 10 ans, à la suite d'une attaque de fièvre typhoïde. Le phimosis peut produire l'incontinence d'urine; il faut l'enlever pour guérir. Quelques cas se présentent sans cause appréciable. Souvent des enfants de deux ou trois ans mouillent leurs lits par paresse ou absence de contrôle sur la vessie. Il est important de se rappeler que même lorsque les sécrétions sont en bon état, l'incontinence peut continuer et donner lieu à une habitude que l'on traite quelquefois par la fêrule, chez le bas peuple. Pour les petits paresseux et les petits malpropres cette méthode convient bien, mais chez les enfants nerveux et timides, on court risque en l'employant d'augmenter le mal. L'énurèse se rencontre quelquefois dans le cours d'une albuminurie chronique et parfois elle est si persistante qu'elle requiert un traitement spécial.

On ne peut pas établir un traitement convenant à tous les cas. La médication doit varier suivant la cause de la maladie. Quelques cas sont guéris ou soulagés par l'action combinée de l'électricité, du fer et de la belladone. Le succès dépend en grande partie de l'attention que porte la mère à la nourriture du petit malade et à l'observation rigoureuse des ordonnances de l'homme de l'art. Les cas qui datent de la naissance ou qui ont duré plus d'un an, sont généralement de causes obscures et le plus souvent incurables, surtout si l'enfant est le fruit de parents nerveux, s'il est né faible et s'il passe une grande quantité d'urine. Nul doute que la faradisation est utile, à la condition toutefois d'être employée régulièrement et avec assez de persévérance; elle n'est pas cependant infallible. Lorsque le système nerveux est faible, qu'il y a débilité générale, que le sphincter vésical a perdu son pouvoir de rétention et que l'urine s'échappe nuit et jour sans la connaissance de l'enfant, le fer et la noix vomique rendent de grands services.

La belladone est utile lorsqu'il y a excès de la contraction musculaire et que malgré sa volonté l'enfant ne peut retenir son urine, associée au fer, même à petites doses, elle semble bien agir. Dans les cas obstinés, il ne faut pas aller jusqu'à produire de la sécheresse de la gorge ou de la dilatation pupillaire. Day n'a pas réussi avec elle, quoiqu'il l'ait administrée sous toute forme et à toute dose. Il la recommande quand même à cause de son action calmante sur l'irritabilité musculaire.

Des applications froides, avec une éponge, au lever, suivies de frictions, servent bien contre l'énurèse provenant de débilité générale. Day a employé cette méthode avec succès après que tous les médicaments ordinaires avaient échoué. Chez les enfants délicats on pourrait se bien trouver de l'application d'eau tiède suivie de frictions.—*Therapeutic Gaz.*

Traitement de la bronchite chez les enfants.—Clinique de M. J. SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Les bronchites simples (trachéo-bronchite et bronchite des moyennes bronches) exigent absolument des précautions très sévères. Ainsi le repos absolu au lit est indispensable; on prescrira des boissons chaudes, du lait, de la tisane de polygala si la toux est quinteuse; une potion calmante avec 10 gouttes d'alcoolature de racine d'aconit, 10 gouttes de teinture de belladone et 5 grammes de sirop de codéine, pour un enfant de trois ans, à prendre par cuillerée à dessert, d'heure en heure, ou par cuillerée à café si l'enfant est plus jeune. Au-dessous d'un an la potion est inutile, et un vomitif est préférable.

Certains médecins prescrivent le kermès à la dose de 5 centigrammes, l'oxyde blanc d'antimoine si la toux est quinteuse ; mais à la condition d'en cesser l'emploi dès que l'état spasmodique de la poitrine a disparu ou a très notablement diminué.

Il faut exciter la peau par des onctions avec des corps gras chauds et la flanelle, si le petit malade est très jeune : par le papier chimique et les cataplasmes sinapisés s'il est plus âgé ; enfin par un petit vésicatoire volant si ces révulsifs n'ont pas amendé le mal. Puis, au bout de huit à quinze jours, on ordonne un vomitif dans le cas de troubles digestifs, d'embarras gastrique, afin de remédier à l'état saburral.

En somme, la médication est très simple, mais elle est indispensable.

Dans la broncho-pneumonie, la bronchite capillaire, le traitement est difficile et exige une application de tous les instants : repos au lit, ouate aux pieds, boissons chaudes, lait, bouillon, café léger, stimulants légers. Les vomitifs, bons dans la bronchite des moyennes bronches, ici ne valent rien, ou plutôt, il ne faut les employer qu'avec une très grande discrétion, surtout si l'enfant est déjà un peu déprimé, car ils ne tendent qu'à l'affaiblir davantage. Pas d'ipéca, pas de kermès ni d'oxyde blanc d'antimoine, pas d'émétique, pas d'opium.

Doit-on donner des bains tièdes ? Deux opinions sont en présence : l'une qui les considère comme très bons, l'autre qui les repousse ou qui ne les admet, comme moi, que dans certaines circonstances très réservées, c'est-à-dire seulement quand l'énervement persiste malgré la médication employée. Ainsi un enfant atteint de rougeole prend une broncho-pneumonie tendant à la généralisation, si la maladie se complique d'un état typhique ou d'agitation, de carphologie, de troubles nerveux, de phénomènes ataxo-adyamiques, j'admets alors des bains à la température de 30, 32 à 35 degrés, d'une durée de quatre à cinq minutes seulement, en ayant soin de rouler ensuite le petit malade dans des couvertures bien chaudes après l'avoir préalablement essuyé avec du linge bien chaud aussi.

En résumé, voici la médication à laquelle j'ai recours ; lit, boissons chaudes alimentaires, lait avec du kirsch, café au lait, thé léger, potion stimulante alcoolique renfermant :

Eau de vie.....	15 à 20	grammes
Malaga	40	—
Sirope d'éther.....	5 à 10	—

et quelquefois aussi, acétate d'ammoniaque 1 gramme, si les mucosités se détachent difficilement. Mais surtout ni belladone, ni aconit.

Ventouses sèches (5, 10, 15, 20), répétées deux fois par jour, et même des vésicatoires volants si le mal progresse, vésicatoires de 4 à 5 centimètres de diamètre appliqués pendant trois heures seulement sur le côté qui paraît le plus frappé, en avant ou en arrière, et enlevés, alors même qu'ils n'ont pas pris au bout de ce temps, pour les couvrir ensuite de cataplasme, puis de vaseline et recouverts de ouate. Si la broncho-pneumonie dure un mois, on les renouvelle tous les cinq ou six jours.

Un peu de sulfate de quinine (20 à 25 centigrammes, une à deux fois par jour dans du café ou de la confiture), contre le mouvement fébrile, peut rendre des services en régularisant le cœur chez des enfants au-dessus de deux ans.

J'ajoute à cela une bonne hygiène, une atmosphère chaude (20 degrés) mais non sèche, dans la chambre du malade; tels sont les moyens grâce auxquels nous pouvons obtenir la guérison dans la moitié des cas de broncho-pneumonie succédant à une bronchite intense.—*Gazette des hôpitaux.*

Des végétations de l'ombilic chez les nouveau-nés. par M. BROESSOLLE.—Ces tumeurs spéciales de l'ombilic sont loin d'être rares chez les nouveau-nés, où on les rencontre du deuxième au quatorzième jour. Ce ne sont pas des tumeurs congénitales, mais bien des tumeurs acquises, qui apparaissent pendant la chute du cordon ou peu après. Souvent uniques, ces tumeurs peuvent être multiples. Elles ont l'aspect de petites excroissances rouges et humides simulant un bourgeon charnu de bonne nature. On les a comparées à un grain de blé, à une petite cerise ou à une petite fraise, quelquefois à un tubercule, à une papille ou à un polype. Elles sont pédiculées, irréductibles, molles et s'insèrent directement sur le derme. Ces petites tumeurs produisent une sérosité sanguinolente qui détermine des excoriations superficielles du derme de l'ombilic. Ce liquide tache le linge en jaune.

Quelquefois la végétation est très vasculaire et peut donner lieu à de véritables hémorrhagies, accident très rare du reste.

Le granulome ombilical ne détermine aucune douleur. L'enfant souffre seulement un peu lorsque la tumeur et les parties voisines s'enflamment.

Les végétations ombilicales s'accroissent avec rapidité, par addition de bourgeons successifs. Elles peuvent quelquefois tomber spontanément. Ces tumeurs sont des fongosités inflammatoires, des bourgeons charnus polypiformes, ou d'après M. Broussolle des tissus myxomateux et papillomateux.

Il ne faut pas confondre les végétations ombilicales avec les kystes sébacés, les navis et les tumeurs a lénoïdes de cette région.

Leur traitement consiste dans l'extirpation avec les ciseaux, ou mieux à l'aide d'une ligature.—*Revue mensuelle des maladies de l'enfant.*

De la papaine dans la dyspepsie des enfants.—Sous ce titre le Dr HERSHELL vient de publier un intéressant travail dans le *Medical and Surgical Reporter*.

Tout le monde connaît la fréquence des troubles dyspeptiques chez les enfants, troubles caractérisés par l'inappétence, l'insomnie, l'irritabilité pendant le jour, etc.

Si cet état persiste on voit survenir bientôt des vomissements glaireux accompagnés de selles liquides avec un état général des plus inquiétants.

Il arrive souvent que l'enfant est pris d'une toux grasse qui laisse croire à un commencement de phthisie.

Le Dr Herschell a obtenu d'excellents résultats avec la prescription suivante :

Papsaine	0,05 centigrammes.
Lactose.....	0,05 —
Bicarbonat de soude.....	0,25 —

On peut combattre la fièvre—qui survient quelquefois, lorsque les troubles dyspeptiques datent depuis longtemps—en faisant prendre quelques gouttes de teinture de noix vomique après que l'enfant a fini de têter.

Le Dr Herschell explique les heureux effets de la papaine dans ce cas en supposant qu'elle agit comme dissolvant des mucosités qui se trouvent dans le tube digestif.

La soif chez les nourrissons.—Pour tout le monde, la soif est la sensation du besoin d'introduire des *liquides* dans le canal alimentaire. Aussi croit-on généralement que le lait, étant un aliment liquide, est en même temps une boisson capable d'apaiser la soif des enfants. C'est une erreur.

Le lait, cette nourriture parfaite, apaise la faim, mais, loin de calmer la soif, il la rend au contraire plus intense quand, après avoir stationné dans l'estomac, il y a subi un commencement de digestion. Aussi, voit-on tous les jours de nombreux enfants, qui, au grand étonnement des mères et des nourrices, semblent demander quelque chose, s'agitent, crient, une demi-heure ou une heure à peine après une copieuse tétée. Le plus souvent, on traite le bébé de gourmand, et on le remet au sein pour faire cesser ses cris, tandis qu'en réalité, on ne fait que surcharger son pauvre petit estomac déjà encombré, on trouble la fonction commencée, on prépare une... indigestion.

Votre enfant n'a pas faim, madame. *Il a soif!*

Que se passe-t-il, en effet, dans l'estomac après la tétée?

La première modification éprouvée par le lait dans l'estomac, c'est la *coagulation de la caséine* : puis les caillots sont imprégnés par les sucs de la muqueuse, et dissous en partie; enfin la bile convertit un peu plus tard toute la masse en un produit assimilable aisément absorbé.

Mais, tout ce travail qui s'opère dans l'estomac de l'enfant comme dans une cornue, n'a pas lieu sans que les membranes muqueuses, lubrifiées d'abord par le mucus, tendent à se dessécher. D'ailleurs, chez un grand nombre d'enfants, la sécrétion du suc gastrique est insuffisante; alors, les caillots incomplètement imprégnés, ne sont pas désagrégés et restent parfois énormes; ils stationnent dans l'estomac qu'ils dessèchent, et le fatiguent en entravant son jeu.

Or, toutes les causes qui diminuent la proportion des parties liquides du corps éveillent la sensation de la soif.

Si la mère a le soin de faire prendre à l'enfant, au moment propice, un liquide bienfaisant, comme l'eau, par exemple, cette boisson par excellence, le travail de la digestion est excité, il devient plus facile; le lait caillé se délaye, et la bouillie transformée passe dans l'intestin où la fonction s'achève sans encombre.

Donnez donc à boire à vos enfants, jeunes femmes!

Ne craignez pas d'offrir aux chers bébés, entre chaque tétée, le quart et même la moitié d'une timbale d'eau. Donnez cette eau légèrement tiède et peu sucrée, et aromatisée avec une cuillerée à café d'eau de fleur d'oranger. Vous faciliterez les fonctions digestives des nourrissons, vous leur procurerez aussi une ineffable satisfaction; car pour les bébés, comme pour les grandes personnes, autant l'anxiété de la soif est pénible, autant son apaisement procure de délicieuses sensations.—

Dr E. TOUSSAINT, in *La Jeune Mère*.

FORMULAIRE.

Coryza aigu.—*Rabon.*

P.—Muriate de cocaïne.....	1 partie
Café grillé.....	50 parties
Sucre blanc.....	50 parties

M.—En insufflation dans des fosses nasales.—*Medical and Surgical Reporter.*

Dyspepsie.—*Marini.*

P.—Teinture de noix vomique.....	2½ drachmes
Teinture de cannelle.....	2½ “
Teinture d'anis.....	2½ “
Tartrate de fer.....	2½ “

M.—*Dose.* Trente gouttes, avant chaque repas, dans un verre à vin d'eau. Dans l'intervalle des deux principaux repas, on administrera une cuillerée à thé de charbon pulvérisé.—*Union médicale.*

Goutte.—*Mortimer Granville*

P.—Muriate d'ammoniaque.....	4 drachmes
Chlorate de potasse.....	2 “
Teinture d'iode.....	120 minimes
Glycérine.....	1½ once
Eau.....	q.s. pour faire 16 onces

M.—*Dose.* Deux cuillerées à soupe toutes les quatre heures.—*Canada Lancet.*

Prurit.

P.—Acide phénique	10 gouttes
Borate de soude.....	3 grammes
Glycérine.....	30 “

M.—Usage local

Prurit vulvaire.—*Atthill.*

P.—Acide carbolique.....	10 grains
Sulfate de morphine.....	8 “
Acide hydrocyanique dilué.....	2 drachmes
Glycérine.....	4 “
Eau.....	q.s. pour faire 4 onces

M.—En lotions.—*Leonard's Medical Journal.*

Masque des femmes enceintes.—*Monin*

P.—Beurre de cacao.....	2½ drachmes
Huile de ricin.....	2½ “
Oxide de zinc.....	3½ grains
Précipité blanc.....	1½ “
Essence de roses.....	10 minimes

M.—Usage local.—*Gazette de gynécologie.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, OCTOBRE 1886.

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.

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.

MM. AMÉDÉE PRINCE & C^{ie}, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, ont 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.

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

Bureau Provincial de Médecine.

Les Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec se sont réunis le 29 septembre, à l'Université Laval, à Québec. Étaient présents : MM. les docteurs Kingston, président ; J. L. Leprohon, vice-président ; A. G. Belleau et F. W. Campbell, secrétaires ; E. P. Lachapelle, trésorier ; Léonidas Larue, régistrateur ; R. F. Rinfret, A. Watters, C. S. Parke, E. A. de St-George, P. M. Guay, Tancred Fortier, L. T. E. Rousseau, P. E. Grandbois, L. H. Labrecque, A. A. Laferrière, T. A. Rodger, R. P. Howard, Geo. Ross, R. A. Kennedy, L. B. Durocher, C. E. Lemieux, L. J. A. Simard, A. Dagenais, H. A. Mignault, J. A. Duchesneau, J. B. Gibson, L. D. Lafontaine, N. H. Ladouceur, A. Longpré, J. E. Turcot, (St-Hyacinthe), l'hon. L. R. Church, J. E. Badeaux, F. Paré et F. G. Austin.

Les messieurs suivants, porteurs de diplômes universitaires, sont assermentés et prennent la licence du Collège :

Pierre Uldéric Garneau, Stanfold ; Archibald W. Campbell, Montréal ; Norbert Gédéon Chabot, Montréal, Louis Philippe Normand, Montréal ; Arsène Lavallée, Sorel, Joseph Legault, Ste-Julie de Verchères ; Wm M. Rowat, Manotick, Henri Hervieux, Ste Philomène ; Daniel McNamara, Montréal ; Louis Victor Benoit, Marieville ; D. M. Decow, Montréal, Albert F Longway, Highgate, Vermont ; Joseph A. Rodier, Montréal.

Un gradué s'est présenté pour recevoir sa licence, et lorsqu'il a présenté son certificat d'admission à l'étude, la date en avait été altérée. Il prétend qu'il n'est pas l'auteur de ce faux qui a été fait à son insu. Il a en conséquence été nommé un comité d'enquête composé des docteurs Church, Campbell, Lachapelle, L. Larue et Durocher, pour s'enquérir et prendre les procédures nécessaires.

D'après un rapport soumis au Collège, il est dû pour contribution annuelle, une somme de plus de \$2000, et il a été résolu de prendre des mesures pour la perception de ces argents.

Il a été résolu que le programme des examens de l'automne pour l'admission à l'étude servirait aussi pour les examens du printemps prochain.

Voici les amendements proposés à l'Acte médical qui ont été approuvés et qui seront soumis à la prochaine session de la législature:

I. *Bureau central d'Examineurs.*—Le bureau sera connu sous le nom de Bureau central d'examineurs et sera composé de deux examineurs pour chaque matière. L'examen se fera dans la langue parlée par le candidat examine. Pourvu que les deux examineurs aient le droit d'interroger alternativement. S'il arrive que les examineurs ne s'accordent pas, l'examen sur cette matière sera référé au comité général.

II. Le bureau central d'examineurs se composera de deux représentants de chacune des écoles de médecine et d'un nombre égal de médecins non attachés à ces mêmes écoles, en tout vingt examineurs.

III. Les membres du bureau central d'examineurs seront nommés chaque année par le Bureau provincial de médecine, les noms des examineurs lui étant soumis par un comité dit de nominations, lequel comité de nominations sera nommé lui-même par le président, toujours sujet à l'approbation du Bureau de médecine, et se composera de deux représentants de chacune des écoles de médecine et d'un nombre égal de membres du Collège des Médecins, non attachés à ces écoles. En cas de vacance dans le dit bureau d'examineurs, par décès, démission ou absence de la province, un remplaçant sera nommé par le président du Collège.

IV. Les membres du bureau central d'examineurs pourront être ou ne pas être choisis parmi les membres du Bureau provincial de médecine.

V. Le bureau central d'examineurs commencera ses examens le deuxième mardi du mois d'avril et siègera alternativement à Québec et à Montréal.

VI. Le salaire des membres du bureau central d'examineurs sera de dix dollars par jour, les frais de voyage étant cotés à raison de cinq cents par mille.

VII. Les examens professionnels seront divisés en primaires et finals; les épreuves seront écrites et orales; la distribution des matières de ces deux examens sera fixée par le Bureau provincial de médecine.

VIII. <i>Honoraires</i> —Pour l'examen primaire.....	\$15.00
Pour l'examen final	10.00
Diplôme ou licence	25.00

IX. *Examen préliminaire*—L'examen préliminaire se fera une fois l'an, le premier mercredi de juillet, alternativement à Québec et à Montréal.

Un examen supplémentaire aura lieu dans la première semaine de septembre, pour ceux qui auront certaines matières à reprendre, et ces candidats auront à payer un honoraire supplémentaire de dix piastres.

X. Il est décidé que les gradués des arts des Universités des domaines de Sa Majesté ne seront pas exemptés de subir l'examen préliminaire. L'examen préliminaire à l'étude de la médecine comprendra les matières maintenant obligatoires, et de plus la physique, la chimie élémentaire, la philosophie intellectuelle et morale; il n'y aura plus de matières facultatives.

Les auteurs de philosophie intellectuelle et morale seront ceux en usage dans les collèges anglais et français respectivement.

XI. Le Bureau des Gouverneurs se réunira chaque année, le second mercredi de mai, à Québec et à Montréal alternativement.

XII. *Election des Gouverneurs.* — Les affaires du Collège seront régies par un bureau au nombre de quarante membres élus pour trois ans, ainsi qu'établi ci-après, savoir:

Deux par la faculté de l'Université Laval à Québec, deux par la succursale de cette institution à Montréal, deux par le collège McGill, deux par le collège Bishop, deux par l'École de médecine et de chirurgie affiliée à l'Université Victoria, quatre par les médecins de la cité de Montréal et quatre par ceux de la cité de Québec, un par les médecins de chacun des districts de Montréal, Québec, Gaspé, Saguenay et Chicoutimi, Rimouski, Montmagny, Beauce, Kamouraska, Terrebonne, Joliette, Richelieu, Bedford, St Hyacinthe, Iberville, Beauharnois, Ottawa et Arthabaska, deux par les médecins du district des Trois-Rivières et trois par ceux du district de St François.

Deux mois avant l'élection, le régistrateur donnera au secrétaire pour Québec une liste de tous ceux qui sont qualifiés à voter dans la ville et le district de Québec, les districts de Gaspé, Saguenay et Chicoutimi, Rimouski, Montmagny, Beauce, Kamouraska, Trois-Rivières et Arthabaska, et au secrétaire de Montréal, une liste de ceux qui sont qualifiés à voter dans la ville et le district de Montréal, Terrebonne, Joliette, Richelieu, Bedford, St-Hyacinthe, Iberville, Beauharnois, Ottawa et St. François. Un mois avant l'élection il enverra des bulletins de votation imprimés, lesquels devront être signés par le voteur, et renvoyés, sous pli cacheté, dans le cours des deux semaines suivantes, au secrétaire dont la signature sera apposée au bulletin de votation. Le secrétaire en recevant les dits bulletins, les placera, sans les ouvrir, dans une boîte de scrutin qui, fermée à clef, sera placée entre les mains du secrétaire, pour n'être ouverte qu'en présence des scrutateurs nommés à cet effet, lesquels compteront les bulletins et proclameront ceux qui auront obtenu la majorité des voix.

XIV. Une liste imprimée, donnant le résultat du scrutin, sera immédiatement expédiée à chaque voteur. L'élection des gouverneurs aura lieu le premier mercredi de septembre. La première assemblée du Bureau pour l'élection de ses officiers aura lieu le premier mercredi de septembre. La contribution annuelle sera payée d'avance, et chaque membre du Collège devra avoir payé sa contribution le ou avant le premier mai pour avoir le droit de voter et être éligible. Les scrutateurs seront nommés par le président lors de l'assemblée du Bureau précédant la date de l'élection.

XV. Les amendements concernant l'examen préliminaire et le bureau central d'examineurs seront en force au 1er janvier 1888.

XVI. Les étudiants en médecine seront obligés de suivre régulièrement les cours pendant quatre années académiques.

XVII. La botanique est retranchée du *curriculum* médical.

XVIII. Toute personne dûment enregistrée dans le registre médical de la Grande Bretagne et ayant en conséquence droit de pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans le Royaume-Uni de la Grande Bretagne et d'Irlande, aura le droit de se faire enregistrer dans la province de Québec sur production d'un certificat attestant la registration susdite, pourvu toutefois que le même privilège soit accordé aux membres de ce Collège. Il sera aussi loisible au Bureau d'accorder la licence à tout porteur d'un diplôme de l'Université de Paris et dûment qualifié à pratiquer en France. Lorsque et aussitôt qu'un bureau central d'examineurs semblable à celui constitué par cet acte, ou une institution dûment reconnue par une Législature de l'une des Provinces de la Puissance du Canada autre que celle de la Province de Québec sera établi comme étant le seul Bureau d'Examineurs dans le but d'accorder des certificats de qualification et dans lequel le *curriculum* est égal à celui de Québec, le porteur de ce certificat pourra, sur preuve dûment attestée, avoir son enregistrement du Bureau de Québec, si le même privilège est accordé par ce Bureau d'Examineurs ou Institution aux porteurs de certificats de la Province de Québec.

XIX. Les nouveaux amendements devront contenir des dispositions très explicites donnant au Bureau les mêmes pouvoirs disciplinaires sur les membres du Collège que possède actuellement le Barreau et la Chambre des Notaires sur leurs membres.

Les dispositions actuelles de la loi concernant les charlatans et les praticiens irréguliers sont amendés de manière à les rendre aussi effectives que possible.

XX. Ajouter la gynécologie au mot obstétrique (clause 15 de l'Acte médical, page 64), et lire : un cours de jurisprudence médicale de 60 leçons, (clause 15, page 66).

Des remerciements ont été votés à l'Université Laval, pour l'usage de ses salles.

Des félicitations ont été adressées au président le Dr Hingston, au sujet de sa nomination de membre de l'Association médicale d'Angleterre.

L'hon. Dr. Ross, vice-président pour le district de Québec, n'a pu prendre part aux délibérations, à cause de son départ pour l'exposition de Sherbrooke.—*Communiqué officiel.*

Le *Bulletin* de la présente livraison étant déjà composé en entier lorsque nous avons reçu le rapport précédent, force nous est de remettre nos commentaires à plus tard.—*Red.*

Le charlatanisme...en herbes !

Le charlatanisme vulgaire manifeste une forte tendance à se transformer, par le temps qui court. Ne pouvant s'intituler docteurs ou médecins, les nombreux charlatans de notre bonne ville de Montréal ont tout naturellement songé à se trouver un titre quelconque, et c'est ainsi que nous avons eu les marchands de racines, genre George Brault et Racicot, débitant la tisane *Root-racina*, (sic) et

l'onguent mystérieux! Puis est venu Tucker, le guérisseur sauvage, dont la binette s'est étalée avec complaisance aux colonnes d'annonces de nos journaux politiques. Or, il a pris envie à ce sire de s'intituler *herboriste*, rien que cela! et là-dessus, le voici qui se fait décerner des compliments par les naïfs de nos grands journaux. Mais être *herboriste* (genre Tucker) n'est pas aussi malin qu'on le pourrait croire. Il suffit d'aller glaner quelques racines ou quelques herbes sur la ferme Logan ou au parc de la Montagne, ou bien, ce qui est plus commode, d'acheter chez un pharmacien en gros quelques livres de racine de gentiane et de salsepareille ou de bois de quassia, et de débiter le tout aux badauds. Les marchandes de racines du marché Bonsecours sont bien souvent les pourvoyeuses des *herboristes* dont nous parlons.

Or, l'exemple de Tucker a réveillé des vocations latentes. Sans parler de Madame Veuve Lacroix-Desmarais, nous venons de voir poindre à l'horizon de la thérapeutique indigène les noms de Narcisse Dudevoir, professeur *herboriste* dont les *feuilles de la forêt ont été la guérison des nations*, (voir la *Minerve*) et de J.-B. Leduc, également *herboriste*, qui "lance un défi de mille piastres pour la guérison d'aucun cas de la (sic) coqueluche avec son remède infailible pour la coqueluche portant le nom sur son brevet "Leduc's Whooping Cough Sure Cure" qui possède l'efficacité de guérir la croupe (sic), diphthérie, l'asthme et tous maux d'estomac connus comme incurables." (textuel.—Voir le *Monde*).

Lecteurs de l'UNION MÉDICALE, n'est-ce pas que tout cela est sot, ridicule, renversant? Eh bien! tout cela nous fait un tort sérieux et c'est précisément pour cette raison que nous en parlons ici. En France, on ne tolérerait pas ces choses.

Que faire? Le nouveau Bureau des Gouverneurs s'occupera-t-il de nous protéger un peu mieux que ne le faisait son prédécesseur? Le comité des amendements à faire subir à l'Acte *Médical* voudra-t-il travailler aussi lui au bien commun? Nous voulons croire que oui. Aussi proposerons-nous de restreindre la vente des drogues et médicaments proprement dits aux seuls pharmaciens, et celles des racines médicinales et des simples aux pharmaciens tout d'abord, puis aux revendeurs et revendeuses sur la place des marchés. Mais il est à craindre que rien ne sera fait dans ce sens et que les *herboristes* continueront à *herboriser* en paix et à se moquer de nous.

Les charlatans anglo-américains.

Puisque nous en sommes à parler charlatanisme, nous profiterons de l'occasion pour demander à celui ou à ceux que cela peut concerner en vertu de quels pouvoirs et de quels titres certains soi-disant chirurgiens anglo-américains, commandés par un docteur (?) Kergan, sont venus à Montréal dans le cours de l'été dernier, y ont établi leurs quartiers généraux, et, tout en affichant de donner des consultations gratuites, y ont vendu au poids de l'or une foule de drogues et de médicaments.

La section 28 de l'Acte *médical* dit:

28. Toute personne n'ayant pas droit d'être *trésuregistrée* dans cette province, qui sera convaincue, sous le serment d'un ou plusieurs témoins, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec

en contravention aux dispositions de cet acte, après la passation du présent acte, soit à gages, soit pour argent, marchandises, effets généralement quelconques, ou dans l'espérance d'une récompense, ou qui sera récompensée d'une manière quelconque pour avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, encourra une pénalité de cinquante piastres.

Une pénalité semblable de cinquante piastres sera encourue par toute personne assumant après la passation du présent acte, le titre de docteur, de médecin ou de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette province, si elle ne peut pas établir ce fait par une preuve légale, tel que voulu par le présent acte et les lois du pays.

Toute personne qui, après la passation du présent acte, dans une annonce, dans un papier-nouvelle ou dans des circulaires écrites à la main ou imprimées, ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, assume un titre, ou une désignation de nature à faire supposer ou à porter le public à croire qu'elle est dûment enregistrée ou qualifiée comme pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique ou aucun de ces genres de médecine, ou toute personne qui offre ou qui donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée dans cette province, sera, dans aucun de ces cas, passible d'une semblable amende de cinquante piastres.

Or, nous aimerions être renseignés sur les points suivants :

1. M. le Docteur (?) Kergan et ses associés avaient-ils le droit de se parer du titre de Docteur ?

2. Avaient-ils une licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province ?

3. Étaient-ils dûment autorisés à pratiquer la médecine dans notre province, et, pour ce, étaient-ils enregistrés dans les livres du Collège ?

4. Ont-ils, oui ou non, exercé la médecine au milieu de nous, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense ?

5. En somme, ces gens-là tombaient-ils sous le coup des dispositions pénales de l'Acte médical ? Le cas échéant, des procédés ont-ils été pris contre eux pour les forcer à déguerpir ou à suspendre leurs opérations ? Si non, à qui la faute ?

Nous offrons une récompense honnête à qui répondra d'une manière satisfaisante à ces questions. Cette fois encore nous avons joué bel et bien le rôle de tondus. Nous ne nous en plairons pas trop, étant déjà habitués à la chose, mais on nous pardonnera notre curiosité si nous osons demander des éclaircissements sur la petite opération qu'on vient de faire subir à notre très légitime amour-propre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

A Reference Handbook of the Medical Sciences, embracing the entire range of scientific and practical medicine and allied sciences, by various writers.—Illustrated by chromolithographs and fine wood engravings.

Edited by Albert H. Buck, M.D., of New York City. Volume III. New York, William Wood & Company, 56 & 58 Lafayette Place, 1885.

Ce troisième volume, avec lequel se termine la lettre H. (Fac-Hegs) ne diffère en rien, quant à la forme extérieure, des deux précédents ; c'est assez dire que c'est une œuvre artistique.

Quant au fond, ce volume ne démont pas la haute opinion que toute la presse médicale a exprimée sur la valeur scientifique des deux premiers. Grand octavo de 810 p. avec 719 gravures sur bois et six chromo-lithographies intercalées dans le texte, 91 auteurs ont contribué à l'écrire, ce qui explique la rapidité avec laquelle se succèdent les volumes et le caractère essentiellement original et actuel de la matière. Comme on le sait déjà, le *Reference Handbook* ne traite que des sujets d'une importance reconnue, l'éditeur en a exclu à dessein toutes les questions banales ou d'intérêt secondaire qu'on peut retrouver dans toutes les bibliothèques; cette méthode toute nouvelle permet de donner aux sujets traités tous les développements que peuvent désirer le praticien général et le spécialiste. Aussi, en feuilletant l'ouvrage, on ne sait vraiment à quelle page s'arrêter. C'est toute une petite bibliothèque de bons livres, et nous le recommandons de tout cœur comme quasi-indispensable.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's Office, United States Army. Authors and Subjects. Vol. VII. Insignares—Leghorn—Washington: Government Printing Office. 1886.

Ce volume comprend 14,688 titres d'auteurs, représentant 5,987 volumes et 12,372 pamphlets. Il renferme en outre 6,371 titres de sujets de livres et pamphlets différents et 34,903 titres d'articles de publications périodiques.

LA MÈRE ET L'ENFANT.—Journal mensuel illustré de la première enfance. Rédacteur en chef: Docteur Th. CARADEC.

Sommaire du n° 9.—1^{er} Septembre 1886.—2^{me} année:

Causerie du Docteur: Sevrage prématuré et sevrage tardif, par le docteur Th. CARADEC; *Hygiène maternelle: Carie dentaire de la grossesse: Hémorrhoides*, par le docteur COLLIN; *Causerie sur le mariage: joies et avantages du mariage: Inconvénients et dangers du célibat*, par le docteur GRELLETY; *Cours d'obstétrique comparée suivant les différentes races humaines*, par le docteur VERRIER; *Correspondance.—Chronique.*

Illustrations: *A la sortie de l'école*, composition de E. de Liphart.

Abonnements: Un journal postale, un an: 6 fr.—Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie.—Librairie Ch. Delagrave, 15 rue Soufflot, Paris.

NOUVELLES MÉDICALES.

M. le Dr. J. C. Cameron, ci-devant professeur à l'Université Bishop, a accepté la chaire d'obstétrique à l'Université McGill en remplacement du Dr A. A. Browne, qui a résigné.

D'après le *Journal Officiel* de Paris, les soixante-deux listes de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur s'élèvent ensemble à la somme de 1,430,025 frs. 36.

Nécrologie.—A Florence, Giovanni PAGLIARI, doyen des chimistes et des pharmaciens italiens, C'est à lui que nous devons l'eau hémomatique qui porte généralement son nom.

M. de Lamirande nous communique les faits suivants :

Le 17 juillet dernier, le Collège des M. et C., P. Q., a intenté trois poursuites contre T. D. Whitcher, de Beebe Plain, P. Q., pour pratique illégale de la médecine. Whitcher s'est hâté de régler l'affaire avant le retour des actions en cour, et a immédiatement transporté ses pénalités à Newport, Vermont. Et d'un !

Le 10 septembre, Norbert Racicot, charlatan de Montebello, pratiquant depuis plus de trente années, est venu régler à l'amiable une poursuite que l'on était sur le point d'intenter contre lui. Et de deux !

Elie Delisle, charlatan de Ste Jeanne de Neuville, est actuellement sous le coup d'une saisie pratiquée sur ses biens, pour infraction à la loi médicale. Jugement sera rendu à Québec à la fin de ce mois. Et de trois !

Enfin, une action a été intentée contre le Dr. Edward Allan, pratiquant, sans licence du bureau, à Grenville. La cause sera entendue sous peu de jours, à Hull. Et de quatre !

L'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine et de la chirurgie, commencé le jeudi, 23 septembre, dans la salle des promotions de l'Université Laval, s'est terminé vendredi soir, 24 septembre. Les examinateurs étaient les professeurs Laflamme, Verreau, Howe et Weir. 62 candidats se sont présentés, 9 ont été refusés complètement, 10 ont certaines matières à reprendre, et 43 ont été admis. Voici les noms de ces derniers :

Joseph Guérard, St. Laurent, Ile d'Orléans ; Arthur Simard ; G. Gariépy ; Charles Verge, Québec ; Hubert Douglass Hamilton, Montréal ; Emile St. Hilaire, Québec ; J. O. A. Archambault ; N. Leduc ; J. J. Lemire ; Joseph Boucher, St. Edouard de Lotbinière ; J. E. Larin ; D. D. White, Montréal ; Eugène Arthur Lelaidier, St. Pierre les Becquets ; Edouard Napoléon Fugère, Batiscan. J. Booth ; Eugène Côté, St. Sauveur de Québec ; J. A. Lanctôt ; Albert Giroux, St. Sauveur de Québec ; Elisée P. Marcotte, St. Zéphirin ; J. E. Vanasse ; Achille Costolow, Québec ; J. N. Thuot ; C. H. Plante ; J. C. Gustave Bacon, St. Thomas de Montmagny ; Narcisse Tremblay, St. Roch des Aulnets ; D. Berthiaume ; J. R. Boulet, Joliette ; Oscar Brodeur, Sherbrooke, H. Campeau ; E. Désy ; J. B. Faribault, l'Assomption ; M. Forest ; Louis de Lotbinière Harwood ; A. Lafrenière ; E. Landry ; A. LaRose ; L. J. A. Levallois ; P. B. A. Marion ; A. Piette ; H. Horace Préfontaine, Durham Sud ; O. R. de Cotret, Montréal ; Harrison Rubidge Ross, Québec ; Prosper Synott, Québec ; H. Duhamel, Montréal.

Ecole vétérinaire canadienne-française de Montréal.—Les cours de cette école ont été ouverts lundi, le 4 octobre. M. le prof. Daubigny a prononcé le discours de circonstance. Vingt-huit élèves se sont inscrits pour suivre les cours, qui se donnent au No 378, rue Craig.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les cours de la Faculté de médecine se sont ouverts le 5 octobre, par la messe de Saint-Esprit, dite à la cathédrale par Sa Grandeur Mgr l'Archevêque de Montréal. Tous les professeurs y assistaient, en costume, ainsi que les étudiants.

Il n'y a pas eu de séance académique dans la soirée.

Durant le premier terme, les cours se donneront dans l'ordre suivant :

Physiologie : prof. DUVAL.—8 hrs A. M.

Chimie : prof. FAFARD.—9 hrs a. m.

Toxicologie : prof. DESROSIERS.—9 hrs a. m.

Anatomie descriptive : prof. LAMARCHE.—10 hrs a. m.

Anatomie pratique : prof. BERTHELOT.—2 hrs a. m. depuis le 8 novembre.

Pathologie interne : prof. ROTTOT.—3 p. m.

Ophthalmologie : prof. FOUCHER.—4 hrs p. m.

Pathologie externe : prof. BROUSSEAU.—5 hrs p. m.

CLINIQUES :

Clinique interne (Hôpital Notre-Dame) : prof. LARAMÉE.—11 hrs a. m. lundi, mercredi, vendredi.

Clinique externe (Hôpital Notre-Dame) : prof. BROUSSEAU.—11 hrs a. m. mardi, jeudi, samedi.

Clinique obstétricale (Hospice de la Miséricorde) : prof. DAGENAI.—
Sar avis spécial.

Le nombre de nouveaux élèves inscrits jusqu'à ce jour est de trente-six. Le chiffre total dépasse soixante-dix.

L'annonce suivante paraît actuellement dans quelques uns de nos journaux politiques.

AVIS AUX ARCHITECTES

Un concours est ouvert pour la préparation des plans de la Succursale de l'Université Laval, à Montréal, et des projets de plans seront reçus au bureau du soussigné jusqu'au premier mai prochain.

Les architectes qui desiront concourir obtiendront tous les renseignements nécessaires en demandant le programme du concours qui sera prêt depuis le premier octobre prochain.

Trois prix de \$700, \$500 et \$300 sont offerts aux trois meilleurs projets désignés par un comité de juges compétents.

M. E. METHOT, Ptre.,
Supérieur du Séminaire de Québec,
Recteur de l'Université-Laval.

Québec, 15 septembre 1886.

Nous extrayons du programme de ce concours ce qui a trait à la Bibliothèque et à la Faculté de médecine :

BIBLIOTHÈQUE

La bibliothèque doit être d'accès facile pour l'administration et les trois facultés et aussi pour le public ; elle doit pouvoir contenir 50,000 volumes et être susceptible d'agrandissement indéfini

Fonds carrés

2400—Salles de lecture 2000 sur 400.

600—Décharges.

400—Bureau du bibliothécaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE

Amphithéâtre à pente rapide pour 225 élèves, près du laboratoire de chimie.

Amphithéâtre à pente douce pour 150 élèves

Deux auditoires pour 100 et pour 75 élèves.

Pieds carrés

3000—Salle d'attente pour élèves, communiquant facilement avec les auditoires et amphithéâtres.

800—Salle de lecture contiguë à la salle d'attente.

2000—Trois salles d'attente pour professeurs avec water-closet.

2400—Deux gardes-robos pour élèves dans le voisinage de la salle d'attente, communiquant avec les corridors et les auditoires autant que possible.

4000—Grande salle de dissection, dans la mansarde, avec lumière d'en haut.

Amphithéâtre à pente rapide pour 200 élèves, communiquant avec la salle de dissection; lumière d'en haut et à gauche.

1425—Contiguës à ces deux appartements a) chambre pour préparer et conserver les cadavres avec un ascenseur aboutissant à cette salle (6250) b) chambre pour prosecteur d'anatomie (400) c) deux chambres de travail pour professeurs (400).

3600—Laboratoire d'histologie, en amphithéâtre, éclairage à gauche et en avant (3000) avec une chambre pour professeur (400) et une chambre pour instruments (200).

900—Laboratoire de physiologie.

900—Laboratoire de bactériologie.

900—Laboratoire de physique médicale.

900—Laboratoire de pharmacologie et matière médicale.

6800—Laboratoires de chimie médicale 4300 + 2000.

N. B.—Ces laboratoires, ainsi que ceux de la faculté des arts doivent être bien ventilés, munis de cheminées nombreuses et doivent faire suite, autant que possible, aux laboratoires de la faculté des arts, et être alimentés par le même magasin général.

5000—Musées de pathologie, d'hygiène, de chirurgie, d'anthropologie, d'anatomie humaine et comparée, susceptibles d'agrandissement indéfini.

600—Pharmacie.

300—Chambre pour appareil.

1500—Logement d'un gardien, 5 chambres.

500—Water-closets et urinoirs.

NAISSANCES.

CYPIHOT.—A Ste Cunégonde, le 1er octobre, la dame du Dr. T. Cypihot, un fils.

FILIATRAULT.—A Montréal, le 11 septembre, la dame du Dr M. S. Filiatroult, un fils.

DECES.

LAVOIE.—A Québec, le 27 septembre, dame Cordélia Audet, épouse de M. le Dr J. P. Lavoie, professeur à l'Université Laval. Notre ami, si cruellement éprouvé, voudra bien agréer l'expression de notre très vive sympathie.

BROUILLET.—A St Alexis, comté de Montcalm, le 22 du courant, âgée de 63 ans et un mois est décédée dame Esther Beaudoin, épouse de M. J. Bte Brouillet. Elle était la mère du Dr V. J. E. Brouillet de Kamouraska.