

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas d'ulcère simple du duodénum,

par L. J. V. CLÉROUX, M. D., Montréal. (1)

N. D. est un homme de 35 ans, a tempérament bilieux, maigre et de stature moyenne. Il a été garçon de ferme depuis l'âge de 12 à 17 ans, puis cordonnier.

À 8 ans, il a eu une variole confluyente, et, à 12 ans, une maladie d'intestins qui se traduisit par de violentes douleurs à l'abdomen durant toute une nuit et nécessita les soins du médecin. Cette dernière maladie dura plusieurs jours. Depuis, il a eu, à la suite de refroidissements, plusieurs attaques de douleurs intestinales.

Chaque année, depuis l'âge de 25 ans, D., a présenté des accès de coliques violentes, survenant après des changements dans son régime alimentaire, particulièrement durant un séjour de quelques jours qu'il faisait chaque été à la campagne.

Cet homme se nourrissait abondamment de viande mais ne faisait pas usage d'alcool. La digestion était accompagnée d'un peu de flatulence, quelquefois de diarrhée, et jamais de vomissements. Pas de brûlure; pas de syphilis; en un mot, aucun antécédent héréditaire morbide.

Samedi, le 18 novembre dernier, à 4 heures du matin, après un souper copieux et une nuit de bon sommeil, D., est pris soudainement de douleurs atroces dans l'abdomen.

Retenu par un autre patient lorsqu'on vient requérir mes soins, et comptant qu'une indigestion pouvait être la cause de telles souffrances, je prescrivis un laxatif. Au bout d'une heure, je me rends chez D., et le trouve très souffrant d'une douleur aiguë qu'il éprouve dans l'hypochondre droit, s'irradiant dans l'hypochondre gauche et dans tout l'abdomen. La pression continue procure du soulagement.

Trois onces d'huile de ricin sont ingérées, puis une dose de *cascara sagrada*, puis un grand lavement; le tout sans effet.

Je pratique le toucher rectal, et ne constate aucune obstruction. La température du rectum est à 99°, le pouls à 90°.

Deux heures après l'administration du lavement, je prescrivis la morphine, ($\frac{1}{2}$ gr. toutes les heures). La première dose diminue

(1) Lue devant la *Société médicale de Montréal*.

considérablement les douleurs. Ce n'est qu'à ce moment que je puis examiner l'abdomen, et encore assez superficiellement. Je remarque une forte tension des parois abdominales, de la sonorité normale et de la sensibilité au niveau des régions épigastrique, lombaires gauche et droite. De plus, la pression exercée sur cette dernière région ainsi que les mouvements du malade occasionnent des paroxysmes douloureux du début.

L'urine est normale et coule facilement.

Le soir à 8 h. le thermomètre marque 100°5, et le pouls 105.

Le 19. à 8h. a. m.—temp, 102°5; pouls 115, petit et dur. Même tension des parois abdominales; lesquelles sont sensibles au toucher; pas de ballonnement du ventre; sueurs profuses.

Les symptômes sont assez accusés pour me laisser croire que le malade souffre d'une péritonite par perforation. Je continue le traitement de la maladie par la morphine à doses calmantes.

Le 20 et le 21, les symptômes s'aggravent et se succèdent jusqu'à ce qu'enfin survient la mort, le 22, à 5h. p. m., laquelle est précédée d'une journée par des vomissements fécaloïdes.

Examen post-mortem (fait en présence des Drs. Barry et Desroches).—En ouvrant l'abdomen on voit un liquide, tenant en suspension des matières fécaloïdes, s'écouler avec abondance dans la région lombaire droite, par une petite ouverture siégeant au duodénum. D'anciennes adhérences unissent par brides l'estomac et quelques anses intestinales aux parois de l'abdomen. Comme il était facile de le prévoir, le péritoine tapissant les parois abdominales au niveau des régions épigastrique, et hypochondriaques droite et gauche, l'estomac, le foie et les anses intestinales contenues dans ces régions, est recouvert d'une couche fibrineuse, épaisse, laiteuse. On ne peut, à l'œil nu, constater la présence du pus. Le reste du péritoine est congestionné et ne contient aucun exsudat fibrineux ni séreux, si ce n'est le liquide qui s'est échappé par la petite ouverture du duodénum.

L'examen de la muqueuse de l'estomac et du duodénum ne laisse voir d'anormal que l'ulcère ayant amené la perforation de l'intestin. Cet ulcère, parfaitement rond, à bords taillés à pic, de couleur bleu-noirâtre et d'un diamètre de trois lignes, est situé dans la partie supérieure et horizontale du duodénum, à 1½ pouce du pylore. Autour de cet ulcère se trouve un léger gonflement de la muqueuse, avec induration, de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq centins.

Le cours de l'intestin est libre dans toute son étendue.

On peut maintenant se demander: quand le diagnostic de cette affection était-il possible. J'avoue n'avoir pu la diagnostiquer à son début; ce n'est que lorsque la péritonite par perforation a été évidente, que j'ai soupçonné, par le siège de la douleur, que l'ulcère duodénal pouvait en être la cause.

L'histoire du malade révèle bien quelques symptômes de cette

maladie, mais aucun n'était pathognomonique. Ainsi, il est bien probable que les accès de coliques se renouvelant chaque année, ainsi que les troubles digestifs, étaient dus à la présence de l'ulcère du duodenum. Le siège de la douleur ressenti par le malade est bien celui de l'ulcère; mais le moment où cette douleur apparaît dans l'ulcère duodénal est important à connaître: c'est presque toujours deux à trois heures après l'ingestion des aliments, c'est-à-dire l'instant où les matières alimentaires, encore acidifiées par la sue gastrique, arrivent en contact avec la muqueuse du duodenum. Dans ce cas-ci, le malade n'a pu donner de renseignements sur le temps de l'accès par rapport à celui du repas. Cependant sa dernière attaque est survenue de 8 à 9 heures après qu'il eût pris son repas du soir. Les causes invoquées dans la pathogénie de l'ulcère du duodenum: excès alcoolique, traumatisme interne, bulures, tuberculose, font ici défaut ainsi qu'un symptôme très important, l'hémorrhagie intestinale. Cette dernière peut avoir lieu sans être remarquée. Cependant cette hémorrhagie, le plus souvent soudaine et abondante, jette le malade dans un état d'anémie accusée, non-seulement par de la pâleur excessive, mais par des défaillances, sueurs froides, etc. De plus, l'hémorrhagie intestinale est assez souvent accompagnée d'hématémèse, symptôme faisant encore défaut ici.

En résumé, des trois ordres de phénomènes conduisant, par leur ensemble, au diagnostic: 1^o les hémorrhagies intestinales, 2^o la douleur, 3^o les troubles digestifs, le plus important manque, le second est incomplet, le troisième existe mais offre peu d'intérêt, particulièrement lorsqu'il est isolé.

Traitement des fractures du coude, par M. BERTHOMIER.—

Lorsque l'on traite par la flexion ou la demi-flexion les fractures du coude chez les enfants, il se produit les deux phénomènes suivants:

1^o La flexion se produit dans le foyer de fracture et non pas dans l'articulation.

2^o Le fragment inférieur subit un mouvement de translation en avant et la saillie de l'épitrachée si l'enfant est tombé le bras écarté du corps. Saillie de l'épicondyle si la chute a eu lieu le bras rapproché du corps. De sorte que l'ankylose ou la raideur articulaire que l'on observe fréquemment dans ce cas tiennent au lieu et non pas à la réduction ou de coaptation des fragments et non pas à l'arthrite consécutive, à une fracture articulaire. Si l'on met le bras dans l'extension après une traction légère, la coaptation est parfaite, les fragments sont maintenus en arrière par l'olécrane, en avant par le périoste qui est toujours décollé et qui, chez les enfants, présente une épaisseur beaucoup plus grande que chez l'adulte.—
Praticien.

REVUE ANALYTIQUE

des travaux du troisième Congrès français de chirurgie,

par A. T. BROUSSEAU, M. D., Montréal.

Le troisième Congrès français de chirurgie a été tenu à Paris du 12 au 17 mars dernier.

Ce congrès s'est ouvert en présence d'un nombreux auditoire. M. le professeur Verneuil était le président. Après avoir ouvert la séance en souhaitant la bienvenue aux membres du congrès, il a exprimé la difficulté de sa position, qui le mettait en demeure de représenter officiellement la chirurgie française à l'heure présente.

"A aucune époque, a-t-il dit, les tendances scientifiques et pratiques ne se sont montrées, dans notre pays, aussi variées et aussi divergentes.

"Tout le monde cherche la renommée et poursuit le progrès, mais beaucoup, pour les atteindre, s'engagent volontairement dans les voies nouvelles, fussent-elles fort étroites, plutôt que de suivre les larges routes déjà tracées.

"L'encyclopédisme est à la veille de disparaître, et la spécialisation, qu'on compare à la division du travail, semble constituer la préoccupation du travail du moment. Comme dans l'industrie où la concurrence talonne les travailleurs, il s'agit actuellement, dans les sciences appliquées, de produire vite et, coûte que coûte, de se distinguer en faisant mieux ou du moins autrement que les autres.

"Je reconnais que cette activité précoce et fiévreuse présente de sérieux avantages qui confirment ces inconvénients.

"A côté des hommes d'action qui brûlent les étapes, il y a les penseurs qui ne veulent rien faire sans la collaboration du temps. Dans un bataillon qui marche en avant, ceux qui sont à l'avant-garde, comme ceux qui sont à l'arrière, remplissent un rôle également utile..... Ne faut-il pas stimuler ceux-ci et ralentir ceux-là ?"

M. Verneuil saisit ici l'occasion de combattre les avancés du professeur de Vienne, M. Billroth, contre l'illustre Pasteur et contre la chirurgie française à laquelle il a reproché "de suivre d'un pas boiteux les immenses progrès des chirurgiens allemands et anglais."

"Pour proferer un semblable avancé, a dit M. Verneuil, il faut que Billroth ne connaisse pas les travaux français, car s'il les connaissait, comment pourrait-il dire que nous boîtons en marchant, etc., etc.

"Billroth ne peut donc juger et apprécier la science chirurgicale française, parce qu'il ne la connaît pas, du moins il n'en fait aucune mention dans son traité de Pathologie générale.

"Ceux qui s'extasiaient devant des exérèses audacieuses et élèveraient volontiers un temple au dieu Bistouri ne placent la chirurgie française ni au premier, ni même au second rang.

"Il faut bien avouer, en effet, que dans notre pays (et dans quelques autres d'ailleurs), on n'extirpe pas tous les jours le larynx, pas plus qu'on ne résèque bien souvent le pharynx, l'oesophage et l'estomac..... On hésite beaucoup à aller chercher des tumeurs gommeuses ou des masses tuberculeuses dans la profondeur des hémisphères cérébraux, et l'on n'introduit pas volontiers de corps métalliques, fussent-ils filiformes, dans l'anévrisme de l'aorte.....

"Nous osons mettre en doute la valeur de ces entreprises, et en effet, y a-t-il là un progrès véritable? autant vaut dans ce cas suivre à petits pas que de courir en risquant de se casser le cou.

"Quant aux opérations vraiment utiles, si hardies qu'elles soient, si difficiles qu'elles paraissent, on les pratique sans hésitation à Paris et dans nos grandes villes, et on enrégistre autant de succès qu'ailleurs.....

"Nulle part on n'a employé avec plus de sagacité et d'habileté que chez nous l'ouverture de la vessie pour remédier aux cystalgies rebelles, tumeurs intravésicales etc., l'ovariotomie, l'hystérectomie, la néphrectomie; la lithiase biliaire est franchement attaquée par l'ablation de la vésicule du fiel. En un mot, nous sommes aussi entreprenants qu'il le faut: nous opérons tout ce qui peut et doit être raisonnablement opéré, avec cette circonstance à porter à notre actif, que l'opération chirurgicale reste à nos yeux *ratio ultima et non prima*.

"Par exemple nous disons que la thyroïdectomie, l'extirpation de l'utérus cancéreux ne doivent être pratiquées qu'après avoir épuisé les autres moyens de traitement, et dans un nombre de cas très restreints.

"Il semble aussi que nous avons bien fait de ne pas accepter les yeux fermés et de ne pas pratiquer trop vite certaines opérations telles que la suture du col utérin déchiré, l'ablation des ovaires sains en cas d'hystérie, de dysménorrhée et de métrorrhagie, le raccourcissement des ligaments ronds, car ces opérations restent souvent inefficaces et elles comptent même des cas de mort, fait d'autant plus grave que les états morbides auxquels on les oppose ne compromettent pas par eux-mêmes la vie et peuvent guérir par des moyens chirurgicaux beaucoup plus bénins.

"Quand, avec quarante ans d'activité et d'expérience, on a vu paraître et disparaître, par douzaines, les panacées opératoires: quand, relisant les traités classiques qui servaient il y a un demi siècle de breviaires aux praticiens, on constate que

la moitié, pour le moins, des opérations, procédés etc., recommandés, sont justement tombés dans un oubli profond, on se prend à craindre qu'il n'en soit ultérieurement de même pour un grand nombre d'opérations et procédés édités de nos jours.

“ Ne vaut-il pas mieux examiner, réfléchir, peser le pour et le contre, comparer le nouveau et l'ancien, demander un supplément d'informations avant de se prononcer ?

“ Cette temporisation conduit plus sûrement au bien et garantit le mieux contre l'erreur; non-seulement on s'en fait une règle, mais on la préconise vivement pour ses disciples, lesquels trouvant, quelquefois, la procédure trop longue et la vie trop courte, se jettent dans des aventures d'où ils reviennent souvent pleins de désillusions, sinon même de regrets.

“ En somme, le but final de la pratique est la guérison, et si on peut l'atteindre par différentes voies, il n'est pas, que je sache, d'article de loi qui force à employer bon gré mal gré le fer ou le feu, quand on peut réussir aussi bien par les médicaments, l'hygiène ou les moyens de douceur. La chirurgie n'a pas de droits à elle propres, mais seulement un désir qui est de soulager ou de guérir le plus simplement et avec moins de frais possible.

“ Si l'on compare la thérapeutique chirurgicale en France et à l'étranger, on peut affirmer que dans aucun pays elle n'est plus conservatrice que dans le nôtre, que nulle part plus qu'ici on ne se préoccupe :

1^o D'utiliser les médicaments, les agents hygiéniques, les moyens chirurgicaux dits de douceur, et les opérations non sanglantes;

2^o De baser l'ensemble du traitement sur l'étiologie, la pathologie, la nature des formes et le degré du mal à combattre;

3^o De mettre à profit les enseignements de la physiologie et de la pathologie générale, d'effacer les barrières malencontreusement élevées entre la pathologie interne et externe.

4^o D'employer, au cas où la médecine opératoire est nécessaire, les procédés les moins périlleux et les plus faciles à exécuter.

5^o D'être éclectique, c'est-à-dire d'accepter comme utile tout moyen thérapeutique, à la condition expresse de déterminer soigneusement les cas fréquents ou rares qui le réclament, et surtout de ne l'appliquer exclusivement ni au hasard ni par séries.

6^o D'être opportuniste, c'est-à-dire de peser soigneusement les avantages et les inconvénients de l'action précoce ou tardive, de l'abstention momentanée ou définitive, pour arriver à saisir le moment favorable, *l'occasio præceps*.

7^o De préciser rigoureusement les indications et les contre-indications opératoires, en tenant grand compte de l'état organique des sujets et des maladies constitutionnelles patentées et latentes dont ils sont atteints.

8^o Enfin, d'instituer avant, pendant et après l'acte chi-

rurgical, un traitement capable d'en préparer, d'en assurer et d'en rendre définitif le succès. Or, tout porte à croire que le chirurgien, pénétré de ces principes et les appliquant avec conscience et sagacité, guérira beaucoup de malades et, si les trompettes de la renommée ne portent pas au loin son nom, comme s'il avait enlevé un poumon ou lié le tronc basilaire, il pourra se consoler en comptant le nombre de ceux auxquels il aura, sans fracas, conservé la santé ou sauvé l'existence.

"Excusez-moi d'entrer dans quelques détails, pour prouver que je n'ai point exagéré les mérites et les qualités de notre chirurgie française.

"La chirurgie française est conservatrice, elle utilise sans cesse les moyens non sanglants.

"Voyez ce qui se passe pour les lésions traumatiques des doigts, de la main, de l'avant-bras si communes dans les usines; consultez les statistiques étrangères; il appert qu'un étranger amputé, en une ou deux années, plus de doigts, d'avant-bras, que le chirurgien français dans toute sa vie.

"Passons au traitement des maladies articulaires. Combien nous amputons rarement, combien aussi nous sommes sobres de résection! Avons-nous tort sur ce dernier point? Comment le croire, quand, après avoir pratiqué nombre de fois ces opérations, nos confrères étrangers les condamnent maintenant, ou en restreignent de plus en plus l'usage.

"En France, on se contente d'associer la bonne attitude du membre, l'immobilité absolue de la jointure, la compression régulière, la révulsion modérée, mais répétée, l'usage intérieur d'une médication appropriée à l'état constitutionnel.

"Ajoutons à cette liste nombre de courbures rachitiques qu'on ostéotomise à outrance chez nos voisins et qui se redressent bien et relativement vite sous la seule influence de la thalassotomie.

"N'est-il pas juste et à propos de porter à l'actif de notre chirurgie française les merveilleux instruments dont nous avons enrichi l'arsenal chirurgical v. g., l'écraseur linéaire, le thermo-cautère, les seringues de Dieulsoff et de Pravaz, les bougies tortillées, la sonde rouge de Nélaton?

"*Post majora, minora.* Pour les hémorrhoides, nous avons abandonné la ligature, l'excision sanglante; quelques-uns conservent encore l'écraseur linéaire ou la cautérisation en masse ou interstitielle; le plus grand nombre se contentent de la simple dilatation qui convient à la presque totalité des cas et réussit 98 sur 100.

"D'ici à quelques années, on ne traitera le phimosis que par la dilatation, la grenouillette par la modeste injection d'une solution caustique. N'a-t-on pas également gagné du terrain, quand on a employé les injections d'éther iodoformé dans les cavités des abcès ossifluents et dans le centre des ganglions tu-

berculeux, la pulvérisation phéniquée dans l'anthrax au lieu du débridement; les injections interstitielles dans le goître au lieu de l'extirpation, et la dilatation de l'anus pour guérir les hémorrhoides au lieu des opérations sanglantes.

“ Pour quelques chirurgiens, l'essentiel est d'aller vite, et en conséquence, l'on va si vite parfois, qu'on ne prend pas même le temps de porter le diagnostic et d'entrevoir les contre-indications

“ L'éclectisme en thérapeutique est un devoir; par contre, l'exclusivisme est au moins une faute.

“ Une affection chirurgicale a d'autant plus de chance de guérir qu'on a fait un choix plus judicieux entre les diverses façons de la traiter.

“ On a dit que la lithotritie devait disparaître du cadre des opérations utiles, que la taille sus-pubienne devait remplacer toutes les autres méthodes de cystotomie.

“ Les diverses variétés de rétrécissement de l'urèthre doivent être traitées, les unes par la dilatation, les autres par l'uréthrotomie soit externe soit interne, jamais on ne pourra décider la majorité des chirurgiens à traiter uniformément toutes les hydrocèles par l'excision de la tunique vaginale et sa suture, ni à tenter pour toutes les hernies indistinctement la cure prétendue radicale.

“ Avant d'examiner la pierre de la vessie, nos chirurgiens examinent avec soin le volume, la consistance, la composition chimique du calcul, l'état de l'urèthre, de la prostate et des reins, enfin l'âge du patient et sa santé générale; ces informations réunies, ils optent suivant les cas pour la lithotritie ou pour l'une des lithotomies: hypogastrique, périnéale, prérectale etc., etc.; mais ils sont si peu exclusifs, que tout en considérant la lithotritie comme la meilleure et la plus bénigne des méthodes dans la majorité des cas, ils la déclarent hautement détestable dans des conditions déterminées.

“ C'est dans le traitement chirurgical, curatif ou palliatif, du cancer du rectum, que nous utilisons le mieux notre propriété de sélection. Les allemands ne font presque que l'extirpation, lors même qu'elle entraîne l'ouverture du péritoine et la récurrence prochaine et inévitable; les anglais ne font guère que la palliation, et pratiquent presque exclusivement la colotomie lombaire.

“ En France on fait l'ablation des cancers de la région anale encore peu étendus et dont on a l'espoir de dépasser largement les limites. La masse néoplasique remonte-t-elle plus ou moins haut, on se contente de pratiquer la rectotomie linéaire palliative pour remédier à la diminution du calibre; si l'infiltration épithéliale détermine des douleurs de rétention et des hémorrhagies, on pratique la colotomie iliaque, qui soulage rapidement, n'entraîne presque jamais par elle-même la mort, ni même d'accidents sérieux, et donne des survies tranquilles et parfois surprenantes.

“ Même adaptation des procédés différents aux cas différents pour

les cancers de la langue, que nous attaquons par la bouche ou par le cou, avec ou sans section médiane du maxillaire, avec ou sans ligature préliminaire de la linguale, en nous servant, comme agents d'exérèse, du bistouri, de la ligature simple ou élastique, de l'écraseur linéaire, de l'anse galvanique, du thormocautère, etc., etc. Et pour les polypes naso-pharyngiens que nous abordons par la voute palatine, par la joue, par le nez, en réséquant, enlevant, ou déplaçant le maxillaire supérieur, et que nous détruisons en une ou plusieurs séances par l'arrachement, la ligature, les cautérisations chimiques, voire même l'électrolyse.

La sélection thérapeutique s'effectue très convenablement avec du bon sens et une instruction qu'on peut toujours acquérir.

M. Vernueil édicte ici la formule suivante: " Si l'on considère, dans tout moyen thérapeutique, l'*efficacité*, la *bénignité* et la *simplicité*, il suffit, lorsque deux opérations sont en concurrence, d'examiner comparativement les trois qualités dans chacune d'elles, et tout naturellement on choisit celle qui, avec une efficacité égale, présente une bénignité plus notoire et une plus grande facilité d'exécution. Veut-on, par exemple, désarticuler l'épaule ou la cuisse avec le moins de danger possible? On adopte le principe de la ligature préalable et de la division des tissus de dehors en dedans, et l'on parachève, presque seul et sans accidents, ces grandes mutilations.

" Si j'ai montré les côtés forts et loué les tendances excellentes de notre chirurgie française, j'en distingue aussi les points faibles et les imperfections. Libre échangiste par nature, je concède sans peine que nous pouvons et devons même faire à nos rivaux d'utiles emprunts, mais je réclame la réciproque et voudrais que la justice que nous rendons aux autres nous fut également rendue.

" Un Français qui passe la frontière se croit obligé de trouver superbe tout ce qu'on lui montre, il croirait discourtois de signaler ce qu'il voit de défectueux et de réclamer pour les choses qu'on nous a empruntées; les étrangers qui viennent chez nous lisent nos livres et connaissent nos idées puisqu'ils les mettent à profit, ils sont taciturnes, la louange sort difficilement de leur bouche ou de leur plume. N'imitons pas les oublieux et les injustes; restons équitables quand même, mais soutenons nos droits et revendiquons hardiment notre part.

" Si le congrès tout entier acclame avec joie nos amis étrangers, il est du devoir des Parisiens d'exprimer leur gratitude à leurs confrères de province.

" Salut donc à vous, éminents praticiens de Lyon, de Bordeaux, et de tant d'autres cités, qui représentent si dignement la chirurgie et qui l'exercent avec tant de talent.

" Aujourd'hui, tous les grands centres ont des sociétés médicales à séances et à publications périodiques, on s'y réunit pour se communiquer les faits saillants de pratique et pour discuter les idées

nouvelles... Grâce à vous, chers confrères, les lumières de la science et les secours de l'art se répandent sans cesse et arrivent jusque dans les plus humbles villages. Ainsi vous démontrez l'erreur de ceux qui disent que la grande chirurgie ne peut être faite que dans les grandes villes et par les grands chirurgiens.

“Les pauvres ruraux et les petits citadins ne sont point à l'abri des affections graves exigeant les ressources suprêmes de la chirurgie ; mais ils ne peuvent aller les chercher à cent lieues de leur demeure, encore moins que les étoiles de la profession viennent les apporter dans leurs chaumières.

“ Il leur faudrait donc compter sur le bon vouloir de la nature, ou se résigner à souffrir et à mourir si vous n'étiez pas là pour les assister, les sauver, les soulager en tous cas, leur faire bénir cette chirurgie bienfaisante, jadis si redoutée, mais aujourd'hui en si juste faveur, depuis qu'entre vos mains elle rend de si grands services.

“ Applaudissons sans réserve, messieurs, à cette démocratisation de la chirurgie, si conforme à l'esprit humanitaire et désintéressé de notre race ; sans abaisser les grands, elle élève les moyens et les petits et fait entrevoir l'heure où l'on trouvera, sur les points les plus reculés de notre territoire, des esprits éclairés et des mains habiles.

“ Si les congrès français de chirurgie hâtent cet heureux événement, ils auront bien mérité de la Science et de la Patrie.”

Le discours de M. Verneuil, très souvent interrompu par les marques d'assentiment de l'assemblée, s'est terminé au milieu des plus vifs applaudissements.

Les lecteurs de L'UNION MÉDICALE me pardonneront, je l'espère, la longueur des citations qui précèdent en faveur de l'actualité du sujet et de l'éminente personnalité de l'orateur.

Je passe maintenant à l'examen des principales communications faites au congrès.

(A suivre.)

Traitement de la folie des femmes enceintes, par PINARD.— Lorsque la folie commence avec la grossesse, l'expectation peut faire tous les frais du traitement. Cependant, les toniques et l'hydrothérapie peuvent rendre des services ; la morphine est aussi quelquefois indiquée. Dans les cas d'hyperthermie crânienne, employer les vésicatoires et les cautères à la nuque, prescrire en outre des irrigations continues, avec le bonnet en tuyau de caoutchouc ou d'étain.—Rejeter la saignée et l'avortement provoqué. Ce dernier moyen, en faveur chez les Anglais, sacrifie l'enfant pour obtenir un résultat plus que douteux pour la mère.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

CORRESPONDANCES

LETTRE DE CINCINNATI.

Monsieur le Rédacteur-en chef,

Conformément à la promesse que je vous en ai faite, je me hâte de vous transmettre un résumé des principales communications faites à l'Association médicale américaine réunie à Cincinnati, du 8 au 11 mai courant, sous la présidence du Dr GARNETT, de Washington. Afin d'être plus directement pratique et intéressant pour la majorité de vos lecteurs, je bornerai mon travail d'analyse aux seuls travaux présentés dans les sections de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et gynécologie, de pédiatrie et de thérapeutique, ainsi qu'aux communications faites aux séances générales.

Rien d'important à signaler dans la séance générale du premier jour, 8 mai. Dans celle du deuxième jour, 9, le professeur BARTHOLOW, de Philadelphie, a, le premier, porte la parole. Il a déploré les progrès de l'homéopathie qu'il conseille de combattre par une étude plus approfondie de la thérapeutique. On n'étudie pas assez, a-t-il dit. L'action des médicaments, et l'on cherche trop aussi à conserver une multitude de vieilles drogues qui ont fait leur temps. Les deux tiers, au moins, des préparations pharmaceutiques pourraient être mises de côté, et le progrès de la thérapeutique n'en serait que plus avancé! On devrait posséder une connaissance très approfondie de chaque médicament, et n'employer que les principes actifs ou les préparations les plus énergiques. Les alcaloïdes réunissent ces conditions; simples et uniformes dans leur action, ils peuvent s'administrer à petites doses et sous une forme agréable aux malades. La méthode dosimétrique, dont on a tant parlé dernièrement, n'est pas chose nouvelle, et ses partisans n'édifient pas toujours leurs théories sur des bases strictement scientifiques. Du reste, il est prouvé que les médicaments entiers sont parfois incertains dans leur action, ce qui constitue une objection véritable quand il s'agit d'obtenir un effet déterminé et certain. Ainsi l'on obtient, au moyen de la pilocarpine, de la morphine, de la strychnine, des effets que nous ne pouvons pas produire par le jaborandi, l'opium, la noix vomique. De nos jours, l'étude de l'action physiologique des médicaments forme la base de toute thérapeutique rationnelle, et cette étude est comparativement de date assez récente. L'art de guérir utilise également un certain nombre d'agents dont l'électricité est un des plus importants; l'électrolyse, en particulier, est d'application nouvelle, et promet beaucoup pour l'avenir.

Au nom du *Committee on Dietetics*, le Dr WOOD a présenté un rapport préliminaire tendant à établir la part prépondérante qu'ont prise, en ces derniers temps, la chimie organique et la physiologie dans la détermination des effets des nombreuses substances alimentaires. On reconnaît aujourd'hui les dangers que fait courir l'usage d'aliments mal préparés, aussi s'efforce-t-on, de toutes parts, à élever l'art culinaire au rang d'une véritable science. On a dit que le peuple américain était un peuple de dyspeptiques. Il faut avouer qu'il y a du vrai dans cette assertion, aussi devons-nous, tous tant que nous sommes, nous efforcer de faire comprendre au public la nécessité de ne faire usage que d'aliments de première qualité et bien préparés. L'alimentation doit jouer toujours un rôle important dans le traitement des maladies, et il est la plupart du temps plus facile de ramener les malades à la santé au moyen d'une bonne et saine alimentation que par l'emploi des médicaments. Ceux-ci nous font très souvent défaut s'ils sont employés seuls, tandis que, combinés à une diète appropriée, ils font merveille. Il est toutefois un abus qui tend à s'introduire dans la médecine du jour et contre lequel le comité désire protester, abus consistant en une tendance trop prononcée à administrer les aliments par d'autres voies que par la bouche. Il y a des cas où il est certainement nécessaire d'avoir recours à ces modes d'introduction, mais ceux-ci ne sont que d'une utilité passagère et ne constituent qu'un moyen assez imparfait de nutrition. Si on les utilise trop longtemps ou sans nécessité absolue, les organes digestifs deviennent paresseux et inaptes à remplir leurs fonctions.

Le Dr. WOODBURY a présenté le rapport d'un sous-comité chargé d'examiner la question de l'alimentation des enfants, rapport dont voici les premières conclusions :

1. Dans le cas d'enfants privés, pour une raison quelconque, du lait maternel, l'article que l'on veut substituer à celui-ci devra, autant que possible, se rapprocher du lait humain.
2. Le lait de vache se rapproche du lait de femme d'aussi près que possible, mais sa caséine doit être désagrégée de telle sorte que, dans l'estomac, elle ne se coagule pas en gros caillots. La caséine doit d'abord être peptonisée, puis mêlée à du lait frais.
3. L'amidon crû ne saurait entrer dans l'alimentation infantile, et l'on doit condamner l'habitude où l'on est de la mêler au lait frais sous prétexte de faciliter la désagrégation de la caséine. Les produits ultimes de la digestion complète de l'amidon, s'ils sont pris en quantité excessive, amènent de l'indigestion. L'administration d'une nourriture toute digérée, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant, est préjudiciable aux organes digestifs.
4. Tous les biberons (*nursing bottles*) devraient être soumis, plusieurs fois par jour, à l'action de l'eau bouillante, afin d'y détruire tous les germes de décomposition. Le lait desséché (partiellement peptonisé)

peut souvent être convenablement et efficacement substitué au lait maternel. 5. Les succès que l'on peut obtenir dans l'alimentation des enfants dépendent beaucoup du plus ou moins de tact que peut mettre le médecin à individualiser chaque malade.

Cette question des substances alimentaires doit être de nouveau mise à l'étude et revenir sur le tapis à la réunion de l'an prochain.

C'est le docteur E. M. MOORE, de Rochester, qui, à la séance générale du troisième jour, 10 mai, a prononcé le discours annuel sur la chirurgie générale. Il a passé en revue l'histoire de la chirurgie depuis les âges les plus reculés, faisant voir qu'un grand nombre de ce qu'on appelle aujourd'hui des innovations ne sont en réalité que des méthodes ressuscitées des temps anciens. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que la chirurgie moderne a fait de grands progrès, principalement sur un point des plus importants: le traitement des blessures et des plaies opératoires. On peut dire que c'est avec Ambroise Paré et la ligature des artères qu'a commencé ce progrès. Les anciens avaient bien songé à empêcher l'hémorrhagie au cours de l'opération, et liaient une corde autour du membre à amputer, mais ce n'est que fort tard que l'on a songé au tourniquet. Puis l'on tenta d'appliquer des bandages autour du membre, de façon à en chasser le sang le plus possible. Enfin, de nos jours seulement, ce problème a été résolu par Esmarch dont on connaît la méthode et la bande hémostatique.

Avant Ambroise Paré, les plaies opératoires restaient nécessairement ouvertes, et la surface en était couverte d'onguents de toutes sortes. Galien préconisa cependant le pansement à l'eau froide, et, plusieurs siècles après Galien, Lister remit cette méthode en honneur. Après l'adoption définitive de la ligature des artères, on chercha à obtenir la réunion immédiate des blessures opératoires, mais on n'obtint de résultats vraiment satisfaisants qu'après l'introduction, dans la thérapeutique, des méthodes antiseptiques.

M. Moore s'est prononcé pour le choix de la ligne de démarcation comme lieu d'élection dans les cas où il faut amputer pour gangrène. En cela, sa manière de voir diffère de celle de la plupart des chirurgiens du jour et constitue tout simplement un retour vers le passé.

Il mentionne, en passant, le fait que les blessures par armes à feu ne causent plus d'effroi comme autrefois, surtout depuis que les antiseptiques jouent un si grand rôle dans le traitement de ces accidents. On peut en dire autant des opérations pratiquées sur la cavité abdominale. On ne pense plus aujourd'hui que le chirurgien qui tente d'enlever une tumeur ovarienne n'est ni plus ni moins qu'un meurtrier, car les méthodes actuelles de traitement de ces cas ont atteint un tel degré de perfection que le nombre des cas de laparotomie suivis de mort est inférieur au

chiffre des cas de mort après aucune autre opération capitale. Le chirurgien ne craint plus, maintenant, de toucher au péritoine, car l'expérience a appris que cet organe n'est pas tant affecté par un traumatisme quelconque, que par la malpropreté. Une propreté entière et absolue constitue donc une condition nécessaire du succès, et l'essence même de l'antisepsie chirurgicale. La postérité mettra le nom de Lister à la suite de celui de Jenner, et appellera toujours Listerisme la méthode préconisée par ce chirurgien.

Rien n'établit mieux les bons résultats de l'antisepsie que ne le fait la statistique de Volkmann au sujet des fractures composées de la jambe. Sur 885 cas traités dans les hôpitaux civils en Allemagne et en Angleterre, avant la découverte de l'antisepsie, il y eut 339 morts, tandis que sur les 75 cas qui suivirent et qui furent traités antiseptiquement, on n'eut à constater aucun cas fatal. Il n'y a pas plus de cinquante ans, la ténotomie sous-cutanée était considérée comme une opération hasardeuse et non justifiée, par des chirurgiens comme Barton, par exemple. Le principe des opérations sous-cutanées n'était, cependant, pour ainsi dire que le premier pas de la méthode antiseptique.

Parlant ensuite de la luxation composée du coude-pied, M. Moore a émis l'opinion que dans ces cas l'amputation était rarement nécessaire. Même dans les cas les plus graves, il vaut mieux, d'après lui, faire du *conservatisme*, et si, plus tard, il devient nécessaire d'intervenir, on peut tenter une résection, et n'avoir recours à l'amputation qu'en dernier ressort. Dans ces cas, les irrigations chaudes continues agissent très bien, d'après M. Moore, en conservant la vitalité des parties lésées et prévenant la gangrène. Les malléoles et les ligaments qui les attachent à l'astragale devraient être conservés, si possible. Tout d'abord la partie devra être mise dans un appareil inamovible en plâtre de Paris, mais on commencera, de bonne heure, à lui imprimer de très légers mouvements passifs que l'on continuera tous les jours. Avec ces précautions on obtient presque invariablement d'excellents résultats et le mouvement de l'article est conservé.

L'orateur a employé avec succès l'acide chlorhydrique dilué (1 partie pour 20) dans le traitement de la carie osseuse. Il constate que le fait d'opérer sous une vapeur antiseptique ne constitue pas un progrès, car très souvent de petites particules étrangères se trouvent ainsi venir en contact avec la plaie.

M. Moore a terminé son remarquable discours en constatant les bienfaits évidents, autant que nombreux, apportés à l'humanité par l'art médical en général et par la chirurgie plus spécialement. Celle-ci envahit peu à peu le domaine de la médecine pure; elle opère sur la rate, les reins, l'intestin, le foie, le cerveau même, et il n'est pas facile de dire où elle s'arrêtera dans cette voie.

La séance générale du troisième et dernier jour, 11 mai, a été

presque toute entière consacrée à entendre un discours du Dr. H. C. WALCOTT, pré ident du Bureau de Santé de l'état du Massachusetts, sur l'hygiène publique. L'orateur a surtout insisté sur la nécessité d'établir un Bureau Central de Santé ayant juridiction sur toute l'étendue du territoire, muni d'amples pouvoirs et pouvant contrôler l'action des bureaux locaux établis dans chaque état.

Il faut avoir assisté aux séances des sections pour avoir une idée un peu juste de la valeur des travaux de la réunion. Comme vous venez de le voir, les séances générales sont plutôt consacrées à des revues d'ensemble, et les discours qui y sont prononcés, à peu d'exceptions près, ne présentent guère d'intérêt pratique.

Dans la section dite de *pathologie interne, matière médicale et physiologie*, le premier ordre du jour de la séance du 8 mai comportait une discussion sur l'étiologie, la nature et le traitement de la pneumonie. M. le président de la section, Dr. Van BIBBER, de Baltimore, a ouvert la discussion en présentant une note qui peut se résumer comme suit: La pneumonie reconnaît quatre causes prédisposantes qui toutes ont pour effet de favoriser l'état congestif du poumon: la vieillesse, le froid, l'impaludisme et l'alcool. Les ventouses appliquées à la racine des poumons, entre les deux épaules, ou mieux encore entre la 3e et la 8e vertèbre dorsale constituent un excellent moyen de faire la contre-irritation et de favoriser la circulation au niveau de la racine des poumons. Elles combattent également la tension artérielle exagérée et soulagent la douleur ainsi que la dyspnée. Sept médicaments peuvent être recommandés: la muriate et le carbonate d'ammoniaque, agissant à la fois comme stimulants de la circulation, réolutifs et expectorants, l'antipyrine et l'antifébrine, dont l'effet est de contrôler le mouvement fébrile, la digitale, la strychnine, le strophantus qui tonifient le cœur. L'asthénie cardiaque se produit de trois manières: 1o par rétrécissement du champ respiratoire, d'où diminution de la masse du sang artériel; 2o Exsudation intra-alvéolaire et hépatisation du tissu du poumon; 3o surmenage du cœur qui est obligé de se contracter plus activement pour vaincre l'obstacle au cours du sang.

Le Dr. WHITTAKER, de Cincinnati, a constaté les changements opérés dans le traitement de la pneumonie depuis que cette affection, n'étant plus classée parmi les maladies de refroidissement, avait été reconnue être de nature infectieuse, grâce à la découverte du diplococcus dit de Fraënkell. La connaissance de ce microbe nous donne, dit M. Whittaker, des indications précises de traitement. Le bacille est singulièrement affecté par la chaleur. Une température de 104° Fahr en atténue la vitalité en 7 ou 8 jours; avec 105°, le bacille est détruit en 5 jours. Il est donc facile de voir que la maladie doit tendre naturellement à se guérir d'elle-

même et que, toutes choses égales d'ailleurs, plus la température sera élevée, mieux et plus rapidement le bacille sera détruit. Dans la pneumonie, le danger ne vient pas tant de l'hyperthermie que de l'asthénie cardiaque qu'il faut combattre à outrance par la digitale, ou, à son défaut, par la nitro-glycérine, le café noir, l'alcool. Ainsi traitée, la pneumonie, d'après l'expérience qu'en a eue M. Whittaker depuis vingt ans, a vu sa léthalité tomber de 20 à 10 pour 100.

Le Dr. N. S. DAVIS, de Chicago, est loin de partager les vues de M. Whittaker. Au sujet de la léthalité de la pneumonie, il prétend que la maladie est certainement plus fatale aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a cinquante-cinq ans. La pneumonie est aussi plus fréquente en hiver, preuve que le froid entre pour beaucoup dans son étiologie.

M. Davis traite la pneumonie par la saignée durant la première période, et par les déprimants du cœur durant la seconde.

Le Dr. Van KLEIN, de Dayton, Ohio, est aussi partisan des émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie, et il croit que la léthalité plus grande dans cette maladie est due au fait que les constitutions ne sont pas aussi robustes qu'il y a cinquante ans.

Le Dr. OCTERLONY, de Louisville, partage l'opinion du Dr. Davis au sujet du chiffre de la léthalité dans la pneumonie. Ses observations l'ont forcément conduit à admettre que la pneumonie est une fièvre essentielle, spécifique, due à une cause spécifique, probablement le pneumo-coccus.

J'ai beaucoup goûté les remarques de mon distingué collègue et ami, le Dr. Shattuck, de Boston, sur le sujet dont nous parlons. Pour lui, on doit s'occuper beaucoup plus du pouls que de la température dans la pneumonie; il a presque entièrement mis de côté l'emploi des antithermiques dans ces cas. Considérant le fait que la pneumonie est une maladie fébrile de courte durée, il pense que l'emploi des antithermiques est plus ou moins dangereux, surtout au moment de la crise, principalement quand le cœur est affaibli, et peut amener des phénomènes de collapsus.

Il ne vois rien de remarquable dans la communication faite par le Dr. M. HENRY, de New-York, sur le traitement de la syphilis. Comme la plupart des praticiens, il prescrit le mercure dans la première période et l'iodure dans les périodes avancées. Il n'était pas besoin de venir à Cincinnati pour savoir cela.

Le temps me manque absolument de vous faire une lettre plus longue et je remets à la semaine prochaine la tâche de vous parler des autres communications importantes faites à l'association.

Veuillez me croire,
Monsieur le rédacteur,
Votre bien dévoué,

W. J. T.

A propos des charlatans.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi, comme à tant d'autres qui l'ont déjà fait avant moi, de venir demander, par l'entremise de votre journal, un peu de protection contre les charlatans qui menacent de nous supplanter dans nos campagnes. Depuis plusieurs semaines, un individu du nom de Guay, de Lévis, parcourt les paroisses du bas de Québec, abusant de la crédulité des gens pour extorquer leur argent en leur promettant des cures merveilleuses en vertu d'un don dit *de naissance* ; il va sans dire que cela produit un effet magnifique parmi nos cultivateurs.

Quand donc aurons-nous un Bureau capable de nous protéger contre cette engeance ? Pourquoi donc acheter des licences qui nous coûtent si cher, et payer une contribution annuelle de \$2, si notre Collège ne peut nous protéger, et si les charlatans ou les bonnes-femmes qui ne paient rien ont les mêmes privilèges que nous ? On nous menace de poursuite pour le moindre retard à payer notre contribution, et le premier venu qui s'avise de soigner, on le laisse faire sans l'inquiéter le moins du monde. A quoi donc sert notre Collège ? A rien du tout, si ce n'est à soutirer notre argent péniblement gagné et à le dépenser inutilement. Or puisque nos gouverneurs n'ont point l'autorité voulue pour arrêter les charlatans, ils ne devraient pas non plus en avoir pour nous faire payer une contribution, et la profession devrait refuser de les soutenir, s'ils négligent ou refusent de maintenir l'honneur de la profession.

Nous voyons tous les autres corps professionnels bien protégés par leurs gouverneurs, mais les médecins, eux, qui soutiennent leur Collège, souvent au moyen de grands sacrifices, n'en reçoivent aucune protection. On me répondra peut-être : mais dénoncez les charlatans à l'agent du Bureau. Belle réponse, quand il nous faut encourir tous les risques et le trouble de la poursuite, et de plus, prouver la rémunération.

Ces individus devaient être poursuivis du moment qu'ils veulent s'ériger en guérisseurs, qu'ils demandent rémunération ou non, et cette preuve devrait se faire par le Bureau sans que le médecin qui a raison de se plaindre soit mis en cause. Celui-ci pourrait faire connaître la chose au Collège et indiquer les personnes à appeler en témoignage, mais il ne devrait pas être question de lui au cours du procès, vu que ces plaintes sont de nature à lui faire tort, surtout à la campagne, vis-à-vis un certain nombre ; et, de plus, il ne devrait être responsable d'aucun frais.

Je serais trop heureux, Monsieur le Rédacteur, si ces quelques remarques pouvaient ouvrir les yeux à ceux qui sont payés pour

nous protéger et leur faire prendre quelque moyen pour arrêter ce fameux Guay et autres charlatans, qui réussissent à en imposer aux gens par leurs prétendus *bons* de guérir toutes les maladies. Je serais également heureux si nos gouverneurs pouvaient bien comprendre que nous les payons uniquement pour prendre les intérêts de la profession à la campagne comme à la ville, mais surtout à la campagne, car c'est nous qui avons, je crois, le plus à souffrir de la pratique illégale de la médecine.

UN ABONNÉ DE LA CAMPAGNE.

L'adénopathie axillaire au cours de la tuberculose du poumon.—M. le Dr SANCHEZ TOLEDO a consacré sa thèse inaugurale à cette question absolument nouvelle, sur laquelle M. le professeur GRANCHER avait appelé l'attention dans une clinique l'hiver dernier.

La petite fille qui a été le point de départ de cette étude, ayant eu une pleurésie, entra plus tard à l'hôpital avec des lésions tuberculeuses des poumons et une tumeur ganglionnaire volumineuse de l'aisselle droite ; on trouvait également, au niveau de la région sus-claviculaire et de la région sous-maxillaire du même côté, des ganglions hypertrophiés.—M. Grancher rapprocha de ce fait deux autres cas où la coexistence de lésions tuberculeuses du poumon et d'adénopathies axillaires avaient été signalée et montra combien il était naturel de voir une relation de cause à effet entre la lésion pulmonaire et la lésion ganglionnaire.

Ainsi, les pneumopathies tuberculeuses peuvent infecter les ganglions de l'aisselle par l'intermédiaire de la plèvre, soit par le trajet direct des lymphatiques qui se rendent à l'aisselle en traversant la paroi thoracique, soit par l'intermédiaire des ganglions sus-claviculaires. Cette marche n'avait pas été signalée jusqu'ici ; elle a pourtant une certaine importance dans quelques cas au point de vue du diagnostic et du pronostic : la tumeur ganglionnaire pourrait appeler l'attention sur la pneumopathie encore latente, et l'existence de celle-ci devrait détourner le chirurgien d'opérer l'ablation de la tumeur ganglionnaire, s'il était tenté de le faire, comme on enlève certaines tuberculoses locales pour prévenir l'infection générale. Aussi M. Grancher terminait-il la clinique à laquelle nous faisons allusion par le conseil suivant : "Dorénavant, toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un phthisique, ne négligez pas d'explorer l'aisselle.—Toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une tumeur de l'aisselle, ne négligez pas d'ausculter le poumon."—*Concours médical.*

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Des pleurésies phthisiques.—Clinique de M. le professeur Jaccoud à la Pitié.—Un homme de 28 ans, d'une bonne santé habituelle, est pris subitement, dans la nuit du 22 au 23 janvier dernier, d'un ensemble de symptômes graves: frisson, fièvre, courbature générale, gêne respiratoire, vomissements, diarrhée. Le lendemain, cet état persiste: les vomissements restent fréquents, la diarrhée est toujours abondante, la gêne respiratoire est augmentée; de plus, la toux a fait son apparition. Le surlendemain, mêmes symptômes. toutefois les vomissements et la diarrhée ont diminué de fréquence; par contre, le malade est tellement tourmenté par la peine qu'il éprouve à respirer et par la toux qui le secoue sans cesse, que le matin du quatrième jour il se décide à entrer à l'hôpital. A ce moment, la diarrhée et les vomissements n'existent plus, mais le patient se trouve mal à l'aise; sa température vespérale est de 38°,6; sa gêne respiratoire est caractérisée par la douleur qu'il éprouve en respirant plus que par la fréquence de la respiration; sa toux est remarquable en ce qu'elle est sèche, quinteuse, saccadée, fréquente; en ce que les quintes reviennent à l'occasion du moindre mouvement que le malade exécute dans son lit; en ce qu'elle est surtout intense quand il se couche sur le côté gauche, tandis qu'elle est un peu calmée dans le décubitus latéral droit; enfin en ce qu'elle est provoquée ou augmentée par la plus légère pression exercée sur la base du thorax, au niveau des dernières côtes.

A l'examen direct de la poitrine, on ne constate rien d'anormal du côté droit. A gauche, tout est également normal en avant; mais sur les parties latérale et postérieure de ce côté, on trouve de la submatité dans le quart inférieur, et, si le murmure respiratoire s'entend partout, les frottements sont manifestes dans les points où la sonorité est altérée.

Signes fonctionnels et physiques s'accordent à montrer d'une façon indiscutable l'existence d'une pleurésie sèche dans la partie postéro-latérale du côté gauche de la poitrine, dans la portion de la plèvre en rapport avec le diaphragme. Du reste, la défervescence a commencé dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, le cinquième jour à dater du début des symptômes mor-

hides, et à partir de ce moment la guérison s'est poursuivie avec la plus grande facilité, sans qu'aucun incident soit venu l'entraver; si bien que, huit jours après, on ne trouve plus que des traces de l'inflammation pleurale sous forme d'un exsudat fibrineux peu prononcé, dont la présence est révélée par la submatité, la rudesse de la respiration, et la rétraction de deux espaces intercostaux au moment de l'inspiration, dans la partie postéro-inférieure gauche de la poitrine.

Malgré son apparente banalité, cette observation prête à quelques considérations intéressantes, relatives à la séméiologie, au pronostic et au traitement de la forme de pleurésie qui en fait le sujet. On est d'abord frappé de son début orageux, violent, hors de proportion avec la localisation restreinte et la gravité minime de la lésion anatomique; car à aucun moment n'a existé la moindre trace de liquide dans la cavité de la plèvre. Le fait est assez fréquent dans l'explosion des maladies aiguës. Quand celles-ci éclatent subitement, leur début peut être marqué par un ensemble de symptômes très inquiétants, alors que la localisation qui se prépare n'est ni étendue, ni grave. Il faut donc avoir cette possibilité présente à l'esprit pour ne pas s'effrayer mal à propos jusqu'à ce qu'un diagnostic précis soit posé.

En second lieu, on remarquera que dans le cas particulier la symptomatologie n'est pas absolument conforme à celle qu'on assigne habituellement à la pleurésie diaphragmatique. Certes les vomissements sont très ordinaires quand la pleurésie intéresse directement ou indirectement le diaphragme, et cela s'explique par l'influence très nette des nerfs phréniques, qui s'anastomosent avec les pneumogastriques. Mais il n'en est pas de même pour la diarrhée, qui est tout à fait étrangère à l'inflammation aiguë de la plèvre, quel que soit son siège, et qui a persisté ici pendant plus de quarante-huit heures, avec une abondance telle qu'elle aurait pu égarer le diagnostic.

Ce n'était pourtant qu'une coïncidence fortuite, une complication tout à fait étrangère à la pleurésie, résultant de ce que le refroidissement avait agi sur l'intestin en même temps et de la même façon que sur la plèvre. Il aurait été d'autant plus facile de se tromper, du moins pendant les deux premiers jours, sur la nature de l'affection, que le point de côté ne se trouvait pas parmi les symptômes présentés par le malade: celui-ci avait les caractères nets, précis, d'une pleurésie diaphragmatique, mais il n'avait pas de point de côté. Cette absence est rare, mais peut exister, comme le montre ce cas et plusieurs autres déjà observés; d'où il faut conclure que ce point n'a pas de valeur absolue, n'est pas absolument nécessaire, même dans la pleurésie qui siège au voisinage du diaphragme, contrairement à ce qui se dit et s'écrit couramment. En revanche, ce qui ne manque jamais dans cette pleurésie, c'est le caractère spécial de la toux: elle est sèche,

quinteuse, fatigante, comme dans toute pleurésie au début, et, de plus, elle est réveillée quand on appuie, même légèrement, sur les attaches du diaphragme; c'est l'influence de cette pression sur la toux qui doit toujours fixer l'attention sur la base du thorax, et on peut être sûr, quand elle existe, que l'examen direct de la poitrine corroborera les présomptions qu'a fait naître le signe fonctionnel.

Voilà pour la séméiologie. Passons maintenant au pronostic. Certes, le pronostic *actuel* est aussi favorable que possible pour le malade dont il s'agit, puisqu'il est complètement guéri et ne présente plus qu'un exsudat fibrineux limité. En est-il de même pour le pronostic *futur*? Non, ce dernier reste douteux en raison précisément de la présence de cet exsudat qui peut être l'origine d'adhérences pleurales, en raison surtout des relations étroites qui existent entre la pleurésie et la tuberculose pulmonaire. Ces relations sont connues de tout le monde; mais on croit généralement que les pleurésies du sommet doivent seules faire penser au développement possible des tubercules du poumon; or, c'est là une erreur absolue; une pleurésie quelconque, quel que soit son siège, peut précéder et préparer l'apparition de ces tubercules. Bien plus, les caractères essentiels de ces *pleurésies phthisiogènes* tels que M. Jaccoud les a fait connaître en 1882, et que l'observation ultérieure, les a vérifiés, est d'occuper la région inférieure de la plèvre dans sa partie antéro-latérale (plus rarement en arrière, comme ici); de siéger du côté gauche (elles sont tout à fait exceptionnelles à droite); de rester généralement sèches ou de donner lieu à un épanchement d'abondance médiocre, de sorte qu'elles se terminent presque toujours par adhérences; de suivre une marche très favorable en apparence. L'individu guérit rapidement, peut-être avec une certaine diminution des forces; c'est la première étape. Mais au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, il est de nouveau malade; après un début éclatant ou lent, on trouve au niveau des adhérences pleurales un foyer pneumonique qui, si l'explosion fait défaut, si la marche est insidieuse, ne le force pas à garder le lit. Le foyer tourne rapidement à l'excavation, et aboutit à ce qu'on appelait pneumonie caséuse, alors que la dualité de la phthisie pulmonaire était encore admise. Parfois on observe, à distance, de petits foyers pneumoniques semblables au premier, lesquels ne modifient guère l'évolution générale de la maladie, qui est arrivée à sa seconde étape, où étape pneumonique. Enfin, si le malade survit pendant quelques mois, il peut y avoir une troisième étape, représentée par une explosion de granulose pulmonaire plus ou moins généralisée.

Comment concevoir le rapport pathogénique qui existe entre ces pleurésies terminées par adhérences et la formation d'un foyer pneumonique qui est, en somme, tuberculeux? Il s'expli-

que par ce fait que la portion de poumon fixée par les adhérences à la paroi costale a perdu sa faculté d'expansion et prend une part faible ou nulle à la respiration; d'autre part, la circulation du sang se fait mal dans cette région du parenchyme pulmonaire, les vaisseaux sont comprimés par les brides pleuro-costales, les stases sanguines y sont fréquentes; par suite, l'action nutritive y subit une diminution très favorable à la pullulation des bacilles, qui se fixent dans ce territoire du poumon alors que l'examen direct montre que les sommets sont parfaitement indemnes.

Les conclusions pratiques à tirer de ce qui précède sont les suivants :

L'existence d'une pleurésie diaphragmatique se révèle moins par le point de côté, qui peut manquer, que par les caractères particuliers de la toux, réveillée par la moindre pression sur la base du thorax ;

Une pleurésie peut aussi bien mener à la tuberculose pulmonaire, quand elle occupe les parties déclives de la cavité pleurale, que quand elle en occupe le sommet, et cela est vrai surtout des pleurésies sèches, terminées par adhérences, qui siègent dans les parties antéro-laterales du côté gauche et qui, plus que tout autre, sont phtisiogènes ;

En présence de ces pleurésies, il ne faut pas se laisser détourner d'une thérapeutique active par leur bénignité apparente et par le rétablissement rapide du malade.

Le principal danger pour l'avenir résidant dans les adhérences pleuro-costales, ce sont elles que le traitement doit avoir en vue. Le meilleur moyen, le seul même dont nous puissions disposer pour prévenir leur formation, consiste à appliquer sur le côté du thorax, aussitôt que les frottements sont perçus, un énorme *vésicatoire de dimensions bien supérieures* à celles que sembleraient nécessiter l'étendue et l'intensité du mal. Cette méthode réussit souvent, mais non toujours; si elle a échoué, si les adhérences existent, il faut chercher à les étendre, à les allonger pour diminuer leur influence fâcheuse sur la circulation de la nutrition du poumon. Pour cela, on trouve une précieuse ressource dans l'emploi de l'aérothérapie, dont le procédé le plus usuel consiste à faire respirer de l'air comprimé dans des appareils fixes: on obtient ainsi un accroissement du déplissement des vésicules pulmonaires, une augmentation de l'ampliation du poumon capables de lutter victorieusement contre l'action contraire des adhérences. Mais la condition essentielle de réussite est que ce traitement soit prolongé sans interruption pendant plusieurs semaines: on n'obtient rien en quatre ou cinq séances.

Un autre procédé consiste dans l'aérothérapie à double effet, dans laquelle le malade inspire dans l'air comprimé et expire dans l'air raréfié. A chaque expiration, le poumon se vide au

maximum, ne conserve que l'air strictement résiduel, celui dont il ne se débarrasse jamais. On ajoute ainsi les avantages tirés d'une expiration aussi complète que possible à ceux que donne la pénétration de l'air comprimé dans les dernières cellules du poumon. Mais cette méthode, outre qu'elle est fatigante pour le malade, l'expose aux hémoptysies; on ne l'utilisera donc que dans les cas où on ne redoute ni épuisement rapide, ni crachements de sang; dans les autres, on se bornera à l'emploi pur et simple de l'air comprimé, qui le plus souvent suffit à prévenir le développement des bacilles, pourvu que, prévenu de cette éventualité possible, on y remédie en temps utile.—*Union médicale.*

Du diagnostic et du traitement de l'obstruction intestinale chronique.—M. F. TREVES divise tous les cas d'obstruction intestinale chronique, au point de vue du diagnostic, en quatre classes qui sont: par ordre de fréquence: 1° Accumulation de matières fécales; 2° sténose du côlon, due généralement à un rétrécissement cancéreux; 3° sténose du petit intestin, due généralement à des causes autres qu'un rétrécissement; intussusception chronique.

Intussusception chronique.—On entend, sous ce terme, l'invagination qui persiste depuis plus d'un mois. La forme de la maladie qui devient le plus facilement chronique est la variété iléo-cœcale (60%). La variété la plus rare est l'ileo-colique (10%). Le diagnostic se fera par: 1° l'âge. La grande majorité des malades sont des enfants ou des jeunes gens, chez qui les autres formes de l'obstruction chronique sont relativement rares. 2° Le mode d'invasion. La maladie peut commencer par une intussusception aiguë ou subaiguë et passer ensuite à l'état chronique. Malheureusement, presque toujours le début est insidieux et les premiers symptômes sont généralement rapportés à une indigestion ou à des coliques. 3° La tumeur. On la rencontre dans 50% des cas chroniques, mais elle est souvent prise pour un amas de matière ou pour une tumeur de toute autre nature. Quand la tumeur occupe le rectum, le diagnostic est plus facile, mais cette circonstance ne s'observe que 32 fois % environ. 4° Le sang dans les selles se rencontre dans 50 % des cas chroniques.

Il existe aussi des coliques toujours intermittentes. Le vomissement n'est pas très accusé: il manque 50 fois %. Au début, l'ingestion d'aliments le provoque. Les intestins peuvent fonctionner régulièrement, mais, généralement, il y a de la diarrhée, plus rarement de la constipation. Il n'y a pas de météorisme. Les parois abdominales sont flasques, les mouvements de l'intestin s'aperçoivent parfois à travers ces parois. Le malade dépérit rapidement.—*Rev. gén. de clin. et de thérap.*

Le médecin qui commet une bévue et qui l'avoue à un confrère est un naïf ou un sot.

Aphorismes sur le pronostic des maladies, par PYE-SMITH in *Guy's Hospital Reports*.

Les maladies épidémiques sont plus fatales au début de leur apparition.

Les maladies aiguës sont plus funestes lorsqu'elles succèdent à des maladies chroniques.

Une élévation de température, qui chez un enfant serait de peu d'importance, deviendrait grave chez un adulte et périlleuse chez un vieillard.

Le typhus est très malin entre 50 et 60 ans; il l'est moins chez les enfants et entre 30 et 50 ans; il est le plus léger chez les jeunes enfants et les adolescents.

La variole peut être rapprochée du typhus quant au pronostic.

La coqueluche est dangereuse pendant l'enfance et bénigne après 5 ans.

La scarlatine revêt rarement un caractère malin chez les adultes.

Une pneumonie lobaire aiguë se termine favorablement, d'ordinaire, dans l'adolescence; elle est fatale la plupart du temps dans l'âge avancé.

Chez les jeunes adultes, une pneumonie est rarement mortelle à moins de concomitance d'une maladie rénale ou cardiaque ou que le sujet ne soit alcoolique.

La pneumonie est une complication à craindre dans les fièvres et le rhumatisme aigu.

Une pneumonie lobaire aiguë qui guérit, laisse le poumon sain et le malade en bonne santé; elle n'est que rarement, presque jamais, suivie de tuberculose, même quand elle envahit le sommet du poumon.

Une pleurésie aiguë primaire n'est généralement mortelle qu'en tant qu'elle est accompagnée d'une péricardite.

Une pleurésie bien traitée qui se termine par la mort, est secondaire soit à la tuberculose, au cancer ou à une maladie des reins.

L'œdème du larynx est rarement mortel, celui du poumon l'est presque toujours.

La bronchite aiguë est fréquemment une cause de mort chez les jeunes enfants et chez les vieillards.

Une bronchite mortelle est, soit capillaire ou tuberculeuse.

La phthisie est plus pernicieuse quand elle est héréditaire.

Les phthisiques qui maigrissent et qui perdent leur teint et leur appétit sans présenter beaucoup de symptômes pulmonaires causent plus d'inquiétude que ceux chez lesquels les symptômes locaux sont bien caractérisés, mais dont l'appétit et la nutrition sont conservés.

Une hémoptysie, même abondante, n'est pas toujours de mauvaise augure; il est rare qu'une hémorrhagie pulmonaire ou gastrique soit immédiatement mortelle à moins qu'elle ne soit due à la rupture d'un anévrisme.

Les lésions valvulaires chroniques du cœur compliquant la phthisie n'aggravent pas cette dernière, mais, au contraire, en retarde la marche.

La mort subite est plus fréquente dans les lésions aortiques que dans les lésions mitrales; dans l'insuffisance aortique que dans le rétrécissement, dans le rétrécissement mitral que dans l'insuffisance.

Dans l'hémorrhagie cérébrale le pronostic ultime se relie à la profondeur et à la persistance du coma; le pronostic immédiat, au degré d'altération de l'acte respiratoire.

Les maladies chroniques de la moelle sont plus susceptibles d'une guérison chez la femme que chez l'homme.

La chorée n'est fatale qu'en autant que le malade ne peut dormir.

Les tumeurs malignes ont une terminaison fâcheuse plus prompte chez les jeunes sujets que chez les personnes âgées.

Les cancers chez les vieillards sont quelquefois extrêmement lents dans leur développement et peuvent même, dans certains cas rares, s'atrophier.

Les calculs du rein guérissent souvent sans exiger une opération; il n'en est pas de même pour ceux de la vessie.

Le diabète est rapidement mortel chez les jeunes gens; il a plus de chances de guérison dans l'âge moyen et offre peu de dangers dans l'âge avancé.

La diarrhée n'est guère à craindre que chez les jeunes enfants et les personnes au-delà de 60 ans.—*Chicago Med. Journ. and Exam.*

Traitement du rhumatisme articulaire aigu à caractère viscéral.—Clinique de M. le prof. JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Le rhumatisme viscéral qui est le plus souvent secondaire peut se montrer d'emblée, en même temps que les articulations sont prises.

Vous pouvez voir en ce moment, dans nos salles, un malade atteint de cette forme de rhumatisme.

Il s'agit d'un tonnelier âgé de 28 ans, robuste, sans antécédents morbides, qui, le lundi 14 novembre, se rendit à son travail en parfaite santé. A 11 heures, il était pris subitement de douleurs dans les jambes, de fièvre, de malaise général, et l'on fut obligé de le transporter dans son lit sur un brancard.

Le 15 et le 16, sa maladie s'aggrava encore, si bien qu'on dut nous l'amener à ce moment, juste 48 heures après cette invasion soudaine qui l'avait fait passer brusquement d'un état de santé irréprochable à un état de maladie, qui déjà pouvait être qualifié de grave.

En l'examinant alors nous constatons que ses jointures sont le siège de vives douleurs rhumatismales, mais en même temps,

phénomène tout à fait insolite, il éprouve une dyspnée intense et une anxiété extrême, sans relation aucune avec les douleurs, qui sont les indices d'une atteinte profonde de l'organisme. Sa température s'élève à 39.5.

Le 17 au matin, au moment où je vis le malade, cette température était de 39.6, et l'état général n'avait pas changé. En l'examinant, je trouvais bien vite la raison des phénomènes observés. L'auscultation montrait, en effet, que cet homme était atteint d'une endopéricardite, caractérisée par un frottement assez fort, occupant toute la région de la base, et une fluxion pleuro-pulmonaire, caractérisée par un mélange de frottements et de râles, occupant la partie postérieure des deux côtés de la poitrine.

Le jour de l'entrée du malade ces signes prédominaient à gauche; un peu plus tard, c'est à droite qu'on les entendait le plus nettement.

Notons enfin que l'urine, d'ailleurs très rare, contenait une grande quantité d'albumine.

Quelle conduite thérapeutique devais-je tenir en présence de ces diverses complications?

Je n'avais pas à me poser la question qu'on se pose en présence d'un rhumatisme ordinaire, celle d'instituer un traitement destiné à prévenir les accidents viscéraux. Le rhumatisme se présentait à moi avec la totalité de ses manifestations articulaires et viscérales, et je devais d'emblée me demander ce qu'il fallait faire pour traiter ce qui était déjà réanisé.

Et tout d'abord, j'estime que la plus grossière et la plus coupable erreur que l'on eût pu commettre eût été de donner à cet homme du salicylate de soude. Mes raisons sont multiples, et, en même temps tellement nettes, que je ne crois pas avoir besoin d'insister longuement pour vous les faire comprendre.

C'est d'abord l'état du cœur. Vous savez que bon nombre des cas de mort attribués à cette médication, alors qu'elle était moins connue, sont dus à ce que les malades avaient des lésions du cœur. De même l'état des reins. Cette albuminurie, quelle qu'en soit d'ailleurs la signification, suffisait pour contre-indiquer le salicylate. Enfin, il n'était pas jusqu'à cette fluxion pulmonaire qui ne plaidât dans le même sens, l'expérience ayant démontré que parmi les inconvénients de la médication salicylée, il faut ranger la tendance qu'elle a à favoriser la congestion pulmonaire.

Mais il y avait encore un autre motif pour cette abstention, et j'appelle sur ce point toute votre attention.

Que fait le salicylate quand il agit bien et vite? Il diminue la fièvre, et il dégage les articulations. Or, c'était là le plus grand danger que l'on pût faire courir à un homme, qui dès le début de son rhumatisme avait les fluxions viscérales que vous connaissez. En dégageant les articulations on provoquerait certainement un travail compensateur qui, quelle qu'en soit la nature, aggraverait

l'état des viscères malades, et amènerait peut-être des manifestations du côté des viscères, respectées jusqu'alors. C'est surtout dans ces formes de rhumatisme viscéral primitif, que la médication salicylée a été suivie, au bout de deux à trois jours, et justement quand elle agit bien sur les jointures, de l'explosion d'accidents cérébraux formidables.

Il n'y avait donc aucun intérêt à apaiser les souffrances du malade, parce que là n'était pas le danger. Ce danger, il était dans le péricarde et dans les plèvres, où l'on pouvait craindre la production d'un épanchement. Cet homme avait une dyspnée et une anxiété extrêmes, et cependant son péricarde et ses plèvres étaient secs. Vous devez penser ce qu'il serait advenu de sa fonction respiratoire, si quelques heures plus tard il y avait eu un épanchement dans ces deux cavités.

C'est donc vers la nécessité de prévenir cet épanchement que nous devons diriger tous nos efforts.

Or, il est une médication qui non seulement satisfait à cette indication: prévenir l'épanchement, mais qui a en même temps une action sur l'intensité de la fièvre, sur le processus aigu. Cette médication, c'est le tartre stibié à dose modérée, 40 centigrammes chez l'homme robuste, 30 centigrammes chez la femme.

J'ai donc donné à notre homme, le 17, 40 centigrammes de tartre stibié dans un julep sans opium, parce que mon but était d'obtenir le maximum des effets évacuants, par l'intestin ou par les vomissements. J'ai prescrit, en outre, une potion cordiale, associée à 4 grammes d'extrait de quinquina. La potion stibiée est donnée par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Les effets évacuants de cette médication ont été aussi complets que possible, et le malade a été plus calme; mais en le voyant le 18, je constatai à ma grande stupéfaction que la fièvre ne s'était pas modifiée. Jugez de ma surprise. J'ai eu l'occasion de vous le dire il y a deux ans, du 1er janvier 1872 au 1er janvier 1882, j'ai traité par le tartre stibié 152 cas de rhumatisme à caractère viscéral primitif; depuis 1882, j'ai eu encore 10 nouveaux cas, total 162 cas.

Or, celui-ci est le premier dans lequel je n'ai pas vu la médication stibiée produire sur la fièvre un effet au moins temporaire, et, par effet, j'entends non pas deux ou trois dixièmes de degré, mais au moins un degré. J'avoue que cette constatation m'a rendu très inquiet.

Je ne donne jamais, sauf urgence, le tartre stibié deux jours de suite, car la médication est trop fatigante. Je laisse donc au malade un jour de repos.

Le 19, l'indication étant toujours la même, je donnai du tartre stibié pour la seconde fois, mais je le prescrivis à la dose de 30 centigrammes seulement. Cette fois, nous n'obtînmes aucun vomissement, mais seulement une évacuation très abondante. An

point de vue immédiat, la médication a donc produit tout ce que nous devons souhaiter.

Le lendemain, 20, je constatai, avec une surprise encore plus grande que l'avant veille, que l'effet sur la fièvre avait été absolument nul. Non seulement il était nul, mais encore, par une coïncidence que je dois vous signaler, le 19 au matin, il y avait 39,2, et le 20, à la même heure, 39,6. La ténacité de la fièvre m'était encore mieux démontrée que la première fois. J'ajoute que ce jour-là la péricardite, tout en restant sèche, avait gagné en étendue; elle s'approchait de la pointe. La fluxion pulmonaire était prédominante à droite, ce qui d'ailleurs importait peu. Elle a oscillé d'un côté à l'autre jusqu'à aujourd'hui.

Dans ces conditions, j'avoue que je fus très préoccupé du mode fonctionnel du cœur, et je dus songer à lui venir en aide. Le 20, cependant, je laissai encore le malade se reposer. Mais le 21, d'une part, je fis appliquer un grand vésicatoire sur la région précordiale, d'autre part, j'administrai de la digitale de la façon que voici :

Je fis incorporer dans la potion cordiale une infusion de digitale très concentrée : 60 centigrammes de digitale pour 30 grammes d'eau, cela fut filtré et ajouté à la potion. Le lendemain, même médication à la même dose.

Le troisième jour, même médication à la dose de 50 centigrammes.

Sous l'influence de cette médication, le cœur conserva une énergie suffisante pour se rassurer, bien que la température fût toujours aussi élevée.

Toutefois, le 24, en auscultant le malade, je fus obligé de reconnaître que si la péricardite était toujours sèche, il n'en était pas de même de la plèvre droite; il s'y était fait un petit épanchement, sur une hauteur de quatre travers de doigt.

Dans ces conditions, je n'avais pas à hésiter, et bien que le malade fût très fatigué, je lui redonnai 20 centigrammes de tartre stibié. J'en obtins un effet évacuant très satisfaisant, en même temps que je pouvais constater un état stationnaire de la pleurésie à droite, et pas d'épanchement de la plèvre à gauche. La péricardite étant également stationnaire, j'avais rempli mon but.

Le 25, le lendemain de cette troisième administration de tartre stibié, la température était à 38,9. C'était une différence bien minime, mais nous avons été tellement stupéfiés de la ténacité de cette fièvre, que cette légère tendance à la défervescence nous donna un peu de satisfaction. Ce jour-là, pas de médication sauf la potion cordiale.

Cependant, à côté de ses signes favorables, je pus constater une particularité qui ne fut pas sans m'inquiéter. Les douleurs des grandes jointures étaient diminuées au point que la pression avait peine à en provoquer le souvenir.

Pour un rhumatisme qui avait marché de la sorte, qui s'était affirmé d'emblée avec des lésions viscérales, il y avait vraiment de quoi être inquiet, d'autant plus que le lendemain, tout en constatant un nouvel abaissement de la température (38,8), je dus revenir à la digitale, parce que le pouls faiblissait; le malade était très affaibli, la langue était sèche; bref, il y avait un état grave.

Le 26, la température s'élève de nouveau à 39,5, et le 27 à 39,6. Il n'y avait plus trace de douleurs. Aussi, l'anxiété du malade est au comble, et le 28, elle se manifeste par de l'orthopnée qui a failli l'emporter. Le 29, il est dans un état syncopal, et son pouls est d'une faiblesse très inquiétante. L'auscultation du cœur montre une augmentation considérable du souffle aortique et une augmentation étonnante dans l'intensité et dans l'étendue des frottements. Dans ses conditions, mon chef de clinique, M. Bourcy, n'hésite pas à faire mettre un nouveau vésicatoire sur la région précordiale, à ajouter du rhum à la potion cordiale, et à faire mettre des ventouses sèches sur la poitrine. Ce péril imminent fut ainsi conjuré.

Le 29, le malade n'était plus en danger, les phénomènes du côté du cœur s'étaient amendés, et vous allez voir que mon interprétation relative à cette aggravation était bonne. Des douleurs excessivement vives avaient reparu dans la nuit du 28 au 29.

A ce moment, je me décidai à intervenir pour dompter la fièvre, au moyen d'un troisième médicament, le bibromhydrate de quinine, que je donnai à la dose de 1 gr. 50 sur trois prises, le matin, à midi, à 5 heures.

Le 30, j'eus vraiment à m'applaudir de ma médication. Le malade se trouvait mieux, et, pour la première fois, nous avions une modification thermique notable. La température n'était plus que de 38°3. J'espérais alors que le malade était hors d'affaire.

Je me gardai de donner deux jours de suite une pareille dose de quinine; le 30, je prescrivis 1 gramme seulement.

Le 30 au soir, agitation nouvelle, température s'élevant à 38°6, et atteignant même 39°6, le lendemain 1^{er} décembre.

A ce moment, absence totale de douleurs, de sorte que pour la seconde fois vous aviez la preuve que l'aggravation de l'état général suivait la disparition des douleurs. Comme le malade était très affaibli, je fis porter la dose de rhum à 60 grammes, je prescrivis des ventouses sèches, matin et soir, enfin je fis couvrir les deux genoux de larges vésicatoires, espérant ramener ainsi quelque fluxion périphérique.

Le 2, nous avons eu à nous applaudir de cette manière de faire; la température est à 39°4, mais nous avons un semblant de douleur dans quelques articulations autres que les genoux, et l'état général est meilleur. Ce matin, 3, les douleurs sont plus accusées, notamment dans le poignet gauche, la respiration est plus calme, la température est à 38°2. Nous n'avons jamais été si bien. La

pleurésie droite a disparu ; la péricardite occupe aujourd'hui son domaine définitif : la totalité de la région précordiale produisant dans toute cette étendue des frottements comparables au bruit du cuir neuf. Ces frottements s'entendent même en arrière. Ajoutons que le malade est considérablement affaibli, et, chose rare dans cette maladie, il est amaigri comme à la suite d'une fièvre typhoïde. Vous voyez que je n'ai rien exagéré en vous parlant de la gravité de ce cas. S'il fallait se prononcer cependant, je vous dirais que j'incline un peu du bon côté. Je ne puis aller au delà. Nous ne sommes pas à l'abri des accidents dus à la faiblesse générale, ni des accidents cérébraux résultant de la disparition des douleurs, accidents que nous n'avons eus à aucun moment, ce que je n'hésite pas à imputer au traitement.

Tels sont, Messieurs, les renseignements qui se dégagent de ce fait. J'ai surtout tenu, en vous le citant, à vous montrer combien il serait erroné de penser que le rhumatisme articulaire est toujours justiciable du même traitement.

Il en est du rhumatisme comme de toutes les maladies, il y a une forme légère et une forme grave. La plus grave, celle dont je viens de vous citer un exemple, ne comporte pas un traitement unique ; elle fournit des indications successives que nous avons toutes rencontrées chez notre malade. — *Praticien.*

CHIRURGIE

Fongus du testicule.—Clinique de M. RECLUS à l'Hôtel-Dieu.— Ces jours-ci est passé dans mon service un malade atteint d'une affection assez rare, d'un fongus tuberculeux du testicule.

Chez cet homme, les altérations portent sur les deux bourses ; à droite, nous constatons l'existence d'une tumeur qui vient s'épanouir au-devant du scrotum, tumeur grosse comme une petite noix et recouverte d'une membrane rouge granulée, allant de cette tumeur au scrotum, avec lequel elle se confond. En arrière, la tumeur est comme étranglée et se termine par un pédicule qui se prolonge dans la profondeur des tissus et semble se continuer avec une autre tumeur qui rejoint le canal déférent.

Or, que sont ces deux tumeurs ? La première, superficielle, située en avant, hors du scrotum, n'est autre que le testicule, ainsi que le démontrent sa forme, sa position et son absence dans les bourses (où l'on ne trouve qu'un vide) et la douleur accablante que l'on détermine par la pression. La seconde, profonde, est l'épididyme, ainsi que le prouvent également sa forme, son volume, sa position et sa continuité avec le canal déférent.

En somme, nous sommes donc en présence d'une hernie du testi-

cule à travers l'enveloppe scrotale, ou mieux d'un fungus testiculaire d'origine tuberculeuse. Sa formation aurait été la suivante, ainsi que le veut certaine théorie : des foyers caséux déposés dans l'épididyme se sont ramollis, abcédés, et le pus, cheminant, est allé s'ouvrir à l'extérieur par une ou plusieurs ulcérations à travers lesquelles, grâce à une perte de substance, le testicule a fait hernie à l'extérieur. Mais cette théorie vient se heurter à certaines objections : ainsi, si elle était vraie, le testicule ferait toujours hernie à la partie postérieure et non antérieure des bourses.

Or il n'en est pas ainsi chez notre malade, non plus que dans les autres cas de fungus tuberculeux, tandis que ce sont les foyers épидидymaires qui s'ouvrent à la partie postérieure du scrotum.

Dans l'immense majorité des cas de fungus tuberculeux du testicule, l'épididyme reste sain ; ce ne sont donc pas les lésions de ce dernier organe qui entraînent la hernie testiculaire. Je pourrais vous citer à l'appui les deux cas suivants :

1^o Celui d'un ouvrier tapissier, entré à la Pitié porteur de lésions analogues à celles que nous observons chez notre malade d'aujourd'hui ; je fis la castration ; et c'était bien le testicule normal qui était recouvert par une membrane rouge et granuleuse ; il est ainsi que, dans l'épididyme, je trouvai deux foyers tuberculeux ; mais ils étaient isolés, encapsulés, et les tubercules étaient jeunes, crus et sans aucun rapport avec les altérations du scrotum.

2^o Le second cas a été observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, chez un phthisique qui eut un phlegmon dans la partie antérieure des bourses, lequel, suppurant, permit au testicule de s'échapper au dehors. Le malade ayant succombé, je trouvai, à l'autopsie, le testicule sain et l'épididyme avec un petit foyer tuberculeux, cru, récent, encapsulé, et sans rapports avec le scrotum.

Chez notre malade d'aujourd'hui, je repousse toute origine épидидymaire. Il est vrai qu'à droite, l'épididyme est bien un peu plus gros ; mais il ne présente ni foyers ramollis, ni fistules se rendant au scrotum, tandis qu'à gauche, la bourse est œdématiée ; elle est un orifice fistuleux laissant écouler une sérosité grumeleuse.

Un stylet, introduit dans la fistule, pénètre entre les téguments et le testicule. Une incision nous a montré aussi l'existence d'un abcès avec une série de diverticules et, le pus évacué, une cavité très large sans communication avec la glande.

Conclusions.—Abcès indépendant de la glande spermatique, mais développé dans l'épaisseur du scrotum, dont les lésions ne reconnaissent pas l'épididyme pour origine, mais le scrotum lui-même, qui a été primitivement tuberculeux. Il n'y a donc pas en pareil cas, dépôt préalable dans l'épididyme, mais le tubercule hernié se serait-il déjà recouvert de fongosités, d'une membrane rouge, granuleuse, dès son issue au dehors. Si le testicule est ainsi

revêtu, c'est à cause du foyer existant dans l'intérieur des bourses et reposant sur le testicule. Supposons pour un instant que notre malade, au lieu de rester au lit, se livre à des travaux fatigants, à des efforts journaliers, alors un second fongus se produirait, car rien ne retient les testicules dans les bourses.

Le processus est donc : gomme, ramollissement, ulcération du scrotum et hernie testiculaire.

Si le diagnostic anatomique du fongus est facile, le diagnostic étiologique nous reste encore à faire, car maintes causes peuvent se rencontrer : 1° un traumatisme accidentel ou opératoire sur le scrotum, ce dernier notamment dans la cure radicale de la hernie, de l'hydrocèle, etc. ; 2° les inflammations gangréneuses, les inflammations survenant quelquefois à la suite d'injections iodées, les infiltrations urineuses, etc. ; 3° enfin, les diathèses tuberculeuse et syphilitique. Mais ce diagnostic étiologique n'est pas non plus difficile, car la cause sera bien connue du malade ; il saura bien dire s'il y a eu ou non traumatisme, inflammation ; les commémoratifs seront là ; les seules difficultés seront entre la syphilis et la tuberculose, et encore, dans la majorité des cas, l'examen du corps des malades vous dévoilera des lésions concomitantes, et celles-ci même, je suppose, faisant défaut, le recours au traitement mixte (iodure de potassium et mercure) tranchera la question par les modifications rapides qu'il déterminera sur les foyers syphilitiques.

J'ai dit que le fongus était un signe de la hernie du testicule, et que cette forme était certainement la plus commune ; mais il y a une seconde variété de fongus.

Dans certains cas, de l'albuginée et de l'épaisseur des testicules, partent des bourgeons charnus qui viennent s'épanouir au-devant du scrotum et constituer ce que l'on appelle le fongus parenchymateux profond, par opposition au fongus superficiel et albugé- nique. Mais comment distinguer ces deux fongus ? Par l'évolution du mal.

Si vous avez affaire au fongus superficiel, un abcès se forme et le fongus apparaît tout à coup, aussi gros le premier jour qu'il le sera plus tard, puisque, en réalité, ce fongus n'est autre que le testicule lui-même, faisant hernie au dehors. S'il s'agit de fongus profond, le processus détruit les bourses, la tunique albugé- nique, et, quand le foyer testiculaire se sera évacué au dehors, il faudra une formation de bourgeons charnus, assez exubérante pour remplir le testicule et s'étaler à la superficie de la glande ; alors la tumeur, arrondie, n'aura plus la forme d'un testicule, mais l'aspect framboisé, une consistance moindre ; la pression ne déterminera pas les douleurs accablantes dont nous parlions tout à l'heure, et, de plus, vous trouverez dans les bourses le testicule à l'état de débris ou atrophié. Le diagnostic entre ces deux variétés de fongus ne sera donc pas difficile non plus, et, d'ailleurs, le fongus profond est très rare, tandis que l'on voit fréquemment le fongus superfi-

ciel, c'est-à-dire la hernie du testicule succéder au traumatisme, à l'inflammation, à la tuberculose et à la syphilis.

Il est possible que le fongus profond se rencontre dans la tuberculose, mais c'est extrêmement rare, et je n'en connais qu'un ou deux faits, tandis qu'on ne le trouve guère, au contraire, que dans la syphilis.

Nous arrivons maintenant à la question du traitement. Lorsqu'il s'agit de fongus profond, il faudra abraser, enlever la tumeur, en cautériser la base et recourir à un traitement général énergique. Ce dernier, quelquefois, à lui seul peut suffire, sans aucune opération. Si nous avons affaire au fongus superficiel, faut-il en arriver à faire la castration ? enlever la glande, aviver les parties et chercher la réunion par première intention ? C'est là un traitement trop rigoureux, trop radical, dans la majorité des cas, sauf lorsqu'il est avéré que le testicule et l'épididyme sont envahis et que l'organe est perdu.

Un autre traitement consiste à débrider l'orifice par lequel le testicule a fait hernie et refouler celui-ci dans les bourses, aviver les pertes de substance de l'anneau et suturer pour arriver à la réunion par première intention. Mais je me méfie quelque peu de ce traitement, car le foyer tuberculeux primitif a une paroi profonde, constituée par des fongosités et non par des bourgeons charnus, par des granulations tuberculeuses gris blanchâtres ; de plus, l'albuginée est épaissie et contient des granulations grises. Or, est-ce un bon moyen que de renfermer dans les bourses de semblables granulations ? Non, d'autant plus que nous savons que, exposées à l'air, elles ont de la tendance à guérir spontanément ; que, de plus, elles peuvent être traitées plus efficacement par des applications de poudre d'iodoforme, par exemple. C'est même le moyen auquel je vais avoir recours chez mon malade, avec l'espérance de voir la membrane granuleuse devenir adhérente au rebord de la perte de substance, puis se rétracter peu à peu, comme toute membrane inodulaire, l'espérance de voir aussi, par suite, le testicule rentrer lentement de lui-même dans les bourses, soit, en un mot, une guérison lente mais spontanée — *Gazette des hôpitaux*.

Orchite et épидидymite.—Le Dr. LORONDES conseille de traiter ces maladies suivant la méthode de F. Jordan, qui consiste à faire, sur le testicule, des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent, 2 drachmes à l'once ; en même temps on prescrit le repos absolu. La douleur est bientôt soulagée et le testicule reprend son volume normal dans quelques jours. Quelquefois un second badigeonnage devient nécessaire.—*The Pacific Record*.

VIN DE CHASSAING : Dyspepsie. }
BROMURE FALIÈRES : Affections nerveuses. } VOIR
PHOSPHATINE FALIÈRES : Alimentation des Enfants. } aux
 Annonces.

Du traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorure de zinc au 10^e avec ou sans évacuation préalable.—Ce procédé, qui fait le sujet de la thèse de M. LEROND, a été imaginé par M. POLAILLON en 1879 et se recommande par une grande simplicité d'exécution et par la bénignité de ses suites. Si l'hydrocèle est volumineuse, de la dimension des deux poings, M. Polaillon débarrasse la tunique vaginale du liquide qu'elle contient, et le lendemain, ou les jours suivants, il injecte dans la cavité goutte à goutte un gramme d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Si l'hydrocèle présente de moindres dimensions, le chirurgien retire quelques grammes du liquide et injecte immédiatement après une seringue ou une demi-seringue de Pravaz remplie de la solution de chlorure de zinc; enfin si l'hydrocèle est petite, il injecte directement sans évacuation préalable un demi-gramme de la solution au 1/10. Aucun phénomène inflammatoire ne se passe du côté des bourses, le malade peut reprendre ses occupations 48 heures après l'opération. Le liquide se résorbe lentement en 20 ou 30 jours.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

Greffes zooplastiques.—**Greffes avec la peau de poulet,** par P. REDARD, chirurgien du dispensaire Furtado Heine.—Communication faite à la Société de Biologie.—Les greffes animales, jadis étudiées par Czerny (de Vienne), Coze (de Strasbourg), Follet, Houza de l'Aulnoit, avaient été presque généralement abandonnées dans la pratique chirurgicale.

Aujourd'hui, une réaction semble se faire en leur faveur, et Petersen, Baratoux, Dubousquet Laborderie, ont fait voir la possibilité de combler des pertes de substance considérables par des transplantations de peau de grenouille. Assaky, Fargin, Monod, Peyrot, ont obtenu des résultats heureux de greffes de tendons sur des animaux d'espèces différentes.

Nous venons d'obtenir de beaux résultats de greffes, pratiquées avec de la peau de poulet, et nous croyons utile de signaler ces résultats, qui intéressent à la fois la physiologie et la chirurgie, à la Société de biologie.

Dans nos recherches, nous n'avons trouvé aucune observation de greffe de peau d'oiseau sur une plaie humaine, dans le but de hâter la cicatrisation et la réparation. Wiesmann a transplanté deux fois de la peau de pigeon à pigeon avec succès; trois fois de la peau de poulet à poulet, avec deux adhérences et un insuccès. Diefenbach dit avoir pratiqué avec de bons résultats un très grand nombre de greffes chez les oiseaux. G. Martin rapporte dans sa thèse des résultats heureux d'expériences de transplantation de peau de canard et de pigeon sur des animaux de même espèce.

Dans des cas de plaies étendues, nous avons obtenu une régénération rapide, grâce à des greffes avec de la peau de poulet. Nous

insistons surtout sur un cas de brûlure profonde de presque tout le cuir chevelu et datant de huit mois, chez un jeune enfant de 2 ans.

Aucune réparation ne s'était faite pendant cette période, la suppuration très abondante affaiblissait le sujet et menaçait sa vie.

Les greffes avec la peau de grenouille ne donnant pas de résultats rapides, nous fîmes des greffes avec de la peau de poulet et en deux mois nous obtînmes une régénération de la peau de 7 centimètres (dans le sens antéro-postérieur) du crâne, sur 8 centimètre (dans le sens transversal).

Dans d'autres observations, nous avons obtenu de semblables résultats.

Nous pensons donc que les greffes avec des peaux d'oiseaux et particulièrement des peaux de poulet, sont à recommander. La peau de poulet est souple, fine, vasculaire, elle s'étale bien sur les surfaces, elle adhère, sans se résorber, donnant des îlots épidermiques importants qui, en se développant et s'étendant, forment des tissus nouveaux, souples et différents des tissus ordinaires de cicatrice.

Nous étudierons, dans un prochain travail, les modifications histologiques des peaux d'oiseaux greffées, recherchant la théorie des phénomènes de réparation observés. Les auteurs n'ont donné, jusqu'à ce jour, que des renseignements incomplets sur ce sujet important.

Le manuel opératoire que nous avons employé dans nos greffes est très simple. La peau doit être prise sous l'aile de jeunes poulets, elle ne doit pas être privée de tissu cellulaire et ne pas contenir de graisse. Les lambeaux transparents doivent avoir de $\frac{1}{2}$ à 1 centimètre.

Les sutures sont inutiles, la peau adhérant très facilement et ne se déplaçant pas. La plaie doit être aseptique et le pansement fait avec une rigueur extrême.

La gaze iodoformée avec une couche de ouate légèrement compressive, nous paraît surtout convenir pour le maintien des greffes.—*Gazette médicale de Paris.*

Entorse, traitement.—Voici les conclusions d'un travail du Dr. ABELLE, récemment inséré dans le *Courrier médical*:

1^o Au-dessus de tous les traitements jusqu'ici employés contre l'entorse et le dia-tasis, paraît devoir s'imposer celui des onctions avec la belladone, pour faire disparaître rapidement l'élément douleur, et subsidiairement plusieurs des nombreux accidents qui l'accompagnent ou le suivent, et cela à titre de résolutif.

2^o Pour que ces onctions aient une ressemblance aussi complète que possible avec le fameux emplâtre de la vieille sœur de l'Hôtel-Dieu de Paris, et pour qu'elles puissent, par le renouvellement

fréquent, avoir le même effet que cet emplâtre, il faut, d'après mon expérience, faire un mélange par moitié d'extrait de belladone et d'excipient, soit : 15 grammes d'extrait de belladone pour 20 grammes d'axonge et 10 grammes de cérat, total 30 d'excipient, le cérat rendant plus extensible la pommade. Il faut, en outre, après avoir déposé une couche de cette pommade sur et autour des parties malades, appliquer par dessus une lame d'ouate imbibée d'eau froide, recouvrir ensuite le tout d'un taffetas gommé et maintenir par un bandage peu serré.

Au fur et à mesure des renouvellements des pansements, la ouate humide absorbe ou attire à elle une partie de la pommade, si bien qu'en la faisant resservir dans les pansements consécutifs, après nouvelles onctions belladonnées, elle offre une très grande ressemblance avec l'emplâtre, sans en avoir les inconvénients, c'est-à-dire une dureté inutile, et ayant peut-être plus d'efficacité sur la peau, qui l'absorbe mieux, vu son état de quasi-dilution.

3^o Ces pansements doivent être renouvelés d'abord toutes les heures au moins, puis toutes les heures et demie ou deux heures, et enfin, toutes les quatre, six et huit heures, suivant les effets obtenus, pour, enfin, dans les deux derniers jours, n'être renouvelés que le matin et le soir.

4^o Généralement, en huit ou dix heures, l'élément douleur a été vaincu. Donc, voilà bien établie l'action dolorifuge de la belladone. Les mouvements articulaires commencent à s'exécuter sans souffrances, et, dans les entorses simples ou légitimes, les malades peuvent marcher dans les vingt-quatre heures ou même plus tôt; ce qui démontre clairement que, si elle est dolorifuge, la belladone jouit également d'une puissance résolutive incontestable, tandis que dans celles compliquées de diastasis avec plus ou moins de lésions consécutives, la douleur disparaît presque aux mêmes échéances, mais les mouvements sont peu possibles et ne s'effectuent librement que quand les désordres matériels ou lésions consécutives au diastasis sont réparés.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

L'ozène.—La nature parasitaire de l'ozène est généralement admise, surtout depuis le mémoire de Læwenberg. La lésion anatomique consiste, on le sait, en une rhinite atrophique. La muqueuse s'amincit, les cornets s'atrophient, surtout l'inférieur; les fosses nasales s'élargissent. Mais il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse, bien qu'elle se recouvre de croûtes solides, adhérentes. Dans le mucus nasal, qui 15 fois sur 16 est alcalin, Læwenberg a toujours trouvé un gros coccus, presque toujours en diplocoques ou en chaînettes. Cet auteur pense que le coccus amené par l'air, comme une foule d'autres, est fixé par le mucus nasal; mais chez certains sujets, soit par suite de la structure particulière des fosses

nasales, soit par suite d'une perversion de la sécrétion du mucus, le coccus de l'ozène se multiplie à l'exclusion de tous les autres microbes. En tout cas, c'est aux antiseptiques que Lœwenberg a dû tous ses succès. Voici en quoi consiste le traitement journalier.

1^o Douche nasale au bichlorure de mercure à 1/10000.

2^o Bain nasal qu'on pratique à la fin de la douche, en inclinant la tête en arrière jusqu'à ce que les narines forment le point le plus élevé des cavités naso-pharyngiennes, et en laissant couler doucement la solution de sublimé.

3^o Insufflations de poudre impalpable d'acide borique, faites pendant que le malade soutient la voyelle *a* pour empêcher la poudre de tomber dans le pharynx.

Voici la méthode de traitement conseillée par M. le docteur Noquet (de Lille), dans la *Revue de laryngologie et d'otologie*, méthode peu différente, d'ailleurs, de celle de M. Moure (de Bordeaux). Il conseille au malade de pratiquer deux fois par jour une douche naso-pharyngienne avec toutes les précautions usitées. Un litre d'eau tiède, dans lequel on a dissous une cuillerée à bouche de chlorate de potasse (Michel), doit passer, chaque fois, dans les fosses nasales. Après cette douche, le malade fait, par chaque narine, une pulvérisation tiède avec la solution suivante :

Hydrate de chloral.....	1	partie.
Acide borique.....	12	"
Glycérine pure.....	20	"
Eau dist. de laurier cerise.....	40	"
Eau distillée.....	400	"

L'embout du pulvérisateur est dirigé d'abord horizontalement pour atteindre l'arrière-cavité, puis un peu dans tous les sens, mais sans trop insister toutefois, quand on lance le jet vers le haut. On recommande au malade de continuer la pulvérisation jusqu'à ce qu'il éprouve le besoin de cracher et de tousser. Dans le milieu de la journée, et sans douche préalable, il pratique une autre pulvérisation, avec de l'eau contenant du vinaigre antiseptique (une cuillerée à thé pour 8 onces d'eau environ). Après huit jours on remplace le chlorate de potasse par l'acide phénique, en s'arrangeant de façon que chaque cuillère d'eau contienne environ 18 grs. d'acide. On alterne ainsi régulièrement entre les deux substances. De plus, on badigeonne deux ou trois fois par semaine, trois fois au début et dans les cas intenses, la muqueuse de l'arrière-cavité et celle des fosses nasales, avec une solution de chlorure de zinc à 20/100. On obtient une solution limpide en faisant ajouter à l'eau une petite quantité d'acide chlorhydrique. M. Noquet se sert, pour le pharynx nasal, d'un porte-ouate courbé en S allongé, et pour les fosses nasales du porte-ouate coudé ordinaire. Il est bon d'avoir recours à l'ouate hydrophile. On parvient

à enlever, de cette façon, les mucosités situées à la hauteur du bord libre du voile du palais.

L'ensemble du traitement amène très rapidement un soulagement marqué. La fétilité disparaît, mais il ne faut pas se relâcher, on doit continuer même quand la guérison semble bien assurée et qu'il n'y a plus de sécrétion. On peut toutefois, après trois mois, apporter le plus souvent un certain adoucissement au traitement, en ne faisant qu'une douche et une pulvérisation par jour. Quant aux badigeonnages avec le chlorure de zinc, il faut les espacer de huit jours après le premier mois, et les cesser presque toujours à la fin du quatrième mois.

Voici d'autres traitements basés aussi sur l'antisepsie.

Masini, après avoir bien nettoyé le nez par des lavages, fait exécuter deux fois par jour une pulvérisation de résorcine (1/2 pour 100).

Masséi préfère des irrigations faites plusieurs fois par jour avec $\frac{1}{2}$ drachme de résorcine pour une chopine d'eau.

Malacrida a recommandé l'essence de térébenthine. On imbibe de cette essence une boulette d'ouate, on enveloppe cette boulette imbibée d'une couche d'ouate sèche, de façon à obtenir une boulette plus grosse, et à éviter l'irritation due au contact direct de l'essence avec la muqueuse. On introduit cette boulette dans la narine, et on l'y laisse 2 heures environ, matin et soir.

M. Rochet a préconisé l'emploi du talc iodé, qui amènerait toujours la suppression de la fétilité de l'haleine dans un laps de temps très bref, et quelques jours après, celle de la sécrétion purulente. M. Rochet n'a pas obtenu de cure avérée. Les bénéfices du traitement ne durent que si celui-ci est continué. Chaque jour le malade prise un certain nombre de fois dans la journée la poudre de talc, et chaque matin il enlève l'excès de la poudre par un lavage à l'eau savonneuse. Le talc iodé se compose de talc de Venise préalablement porté au rouge dans un creuset pour le stériliser et auquel on incorpore 1 gr. pour 100 d'iode métallique. Le mélange est opéré dans un mortier et par voie humide au moyen de l'alcool. Le talc iodé est légèrement caustique à 2 p. 100.

M. Ruault estime que divers antiseptiques utilisés dans le traitement de l'ozène sont passibles de critiques. Le chloral est irritant : le sublimé est trop toxique et peut donner lieu à des accidents.

L'acide phénique ne peut être employé qu'à doses faibles, le permanganate de potasse tache le linge.

Or, le traitement de l'ozène est très long. Le mieux est donc, et telle est la pratique de Ruault :

1^o Faire des lavages alcalins pour détacher les croûtes : bicarbonate de soude, biborate de soude, salicylate de soude, chlorate de soude.

2^o Faire suivre ces lavages de pulvérisations de résorcine à 1/100 ou de sublimé à 1/1000, mais peu souvent et peu longtemps.

Puis introduire des tampons térébenthinés. Si l'affection ne cédait pas, il semble qu'on serait autorisé à s'ouvrir une voie pour pénétrer largement dans les sinus. En effet, puisque l'affection est microbienne, le micro-organisme doit pénétrer dans les sinus, et la ténacité de la maladie est vraisemblablement due à cette cause.

—LE GENDRE, in *Concours médical*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Môle hydatiforme.—Clinique de M. le docteur BUDIN à l'hôpital de la Clinique.—Une jeune femme mariée depuis un an à peine avait eu ses règles pour la dernière fois le 20 octobre dernier. Pendant le temps qu'elle était jeune fille, elle avait toujours été mal réglée; après son mariage la menstruation était devenue normale. Des les premiers jours de novembre, elle eut quelques nausées. Le 25 décembre, elle eut une peur effroyable, puis une crise de nerfs consécutive. Pendant plusieurs jours, le souvenir seul de sa frayeur la mettait dans un état nerveux impossible à décrire.

Les règles ne réapparurent point, le ventre augmenta de volume, la grossesse fut donc supposée. Le 7 février les vomissements confirmèrent cette opinion. En mars, les vomissements s'accroissent; le 7 du même mois, elle éprouva quelques pertes de sang qui se renouvelèrent le 12. Jusqu'au 25 mars elle perdit de temps en temps un peu de sang, sans menace de fausse couche cependant.

Le 23 mars, époque à laquelle M. Budin examina la jeune femme, l'utérus présentait un volume plus considérable que ne l'indiquait l'époque de la grossesse (5 mois); il était régulier, mais dans son intérieur on ne trouvait rien de caractéristique d'un corps solide. A l'auscultation on n'entendait point les battements d'un cœur fœtal, on ne percevait aucun frôlement. Au toucher on sentait un utérus très globuleux avec un col rejeté en arrière. En exerçant, d'une main, une pression sur la paroi abdominale, l'autre main sur le col, on avait bien la sensation d'une seule tumeur. Le doigt était seulement taché d'un peu de sang.

En somme, aucun signe certain de grossesse.

Mais ce développement anormal de l'utérus fait penser de suite à une grossesse pathologique.

On pouvait se trouver en présence: 1^o d'un hydramnios, mais il n'y avait pas de syphilis dans la famille; 2^o d'une grossesse multiple, mais on ne percevait rien à l'auscultation, pas plus qu'on ne rencontrait de petites parties fœtales; 3^o on pensa donc à une môle hydatiforme.

La jeune femme dut garder le repos au lit, et contre les vomissements on lui fit prendre de la glace; en cas de contractions elle devait prendre du laudanum.

Pendant la fin de mars et le commencement d'avril, les choses restèrent en cet état, les vomissements cessèrent. Le 16 avril la malade eut froid, se mit à tousser et fut prise de douleurs.

A ce moment-là on était frappé du développement énorme de l'utérus qui remplissait toute la cavité abdominale, comme un utérus gravide de sept mois et demi à huit mois. Il avait conservé sa forme normale, sans bosselures.

Dans l'intervalle des contractions cet utérus n'était pas mou et compressible: la tension était continue et l'on ne pouvait y déterminer aucune fluctuation. L'auscultation et la palpation ne donnèrent pas plus de résultats que précédemment. Au reste la femme n'avait jamais ressenti de mouvements actifs du fœtus.

L'utérus faisant saillie dans la cavité pelvienne, et le col s'étant effacé, il y avait manifestement menace de fausse couche. La femme perdait un peu de sang, sans caillots.

On porta le diagnostic de *grossesse anormale* et par élimination celui de *môle hydatiforme*.

On laissa les choses suivre leurs cours, et on prévint le mari ainsi que la garde, en recommandant bien de recueillir tout ce qui serait expulsé.

Le lendemain on apporta à la clinique ce que la femme avait rendu. Ce sont les pièces que présente le docteur Budin.

Il s'agit là d'une masse énorme de grains, les uns petits, d'autres volumineux, réunis entre eux par des filaments. Ils ont une teinte rosée due à l'imbibition de la matière colorante du sang; des caillots de sang anciens et récents s'y trouvent mélangés. Mais il n'y a nulle part trace de fœtus.

C'est une môle hydatiforme.

Ces vésicules ont été comparées à des grappes de raisin, de groseilles. Cette comparaison est peu juste, car les grains sont plutôt en *chapelet* et en *réseau*. Quelques-uns sont isolés, leur pédicule s'étant rompu.

En quoi consistent ces vésicules?

De nombreuses discussions ont eu lieu à leur sujet. Quand on les examine avec soin, on voit que les unes sont sphériques et les autres ovoïdes. Elles peuvent avoir quelquefois la grosseur d'un œuf de pigeon. Elles se composent d'une membrane renfermant du liquide. Ce sont des parties de villosités choriales.

Dans certains cas rares il se trouve dans la môle (*môle embryonnée*) un embryon plus ou moins altéré. Dans d'autres (*môle creuse*) il subsiste un petit bout de cordon. Ailleurs (*môle pleine*), l'embryon a complètement disparu, il n'y a plus que des villosités choriales malades et des caillots. Enfin il peut se faire qu'une partie seulement du chorion soit malade et que l'embryon continue à vivre d'une façon normale.

Parfois ces môles s'insinuent dans l'épaisseur de la paroi musculaire de l'utérus, en écartent les fibres, et lui font faire des saillies irrégulières.

Ils pénètrent quelquefois dans les cavités des sinus, et il peut se produire des hémorrhagies abondantes. La paroi péritonéale peut être traversée, et surviennent alors les accidents péritonéaux les plus graves.

Quelles sont les causes de cette affection ?

Il s'agit évidemment d'une altération des villosités choriales. On a longuement discuté cette question et les théories les plus étranges ont été émises.

Ambroise Paré raconte qu'une comtesse de Hollande expulsa 365 œufs. On croyait alors que chaque vésicule était un enfant. Parmi ces 365 œufs on compta 182 mâles, 182 femelles et un hermaphrodite ! Un suffragant de l'évêque donna le baptême à tous ces enfants. La légende raconte que cette comtesse, fière et hautaine, ayant un jour rencontré une femme du peuple qui lui demandait l'aumône pour nourrir ses deux enfants, lui répondit que puisqu'elle avait eu le plaisir de les faire, elle n'avait qu'à subvenir seule à leurs besoins. La femme lui jeta un sort lui souhaitant d'avoir autant d'enfants qu'il y avait de jours dans l'année. Ce qui expliquait la venue des 365 œufs.

La môle hydatiforme ne peut venir qu'après conception.

L'endométrite semble en être la cause occasionnelle.

Les *symptômes* sont d'abord les signes probables de la grossesse : disparition des règles, vomissements, etc... A ces signes généraux s'ajoutent des signes spéciaux : il y a des hémorrhagies, l'utérus augmente de volume d'une façon anormale, quelquefois il y a émission de vésicules (signe certain). Parfois l'utérus n'affecte pas une forme régulière, sa consistance est différente.

En général, sauf quand il y a émission des vésicules, le *diagnostic* ne peut être quesoupçonné. Il doit se faire entre l'hydramnios et les grossesses multiples, nous l'avons vu.

Pour ce qui est du *pronostic*, il est grave pour le produit de conception. Quant à la mère, elle est en danger, disent les auteurs. Cependant il ne faut pas exagérer ces dangers, M. le docteur Budin a vu sept cas de môle hydatiforme, et ayant tous guéri. Cette affection n'est sérieuse qu'autant qu'il y a hémorrhagie grave, septicémie.

Quelle conduite doit-on tenir en face d'une môle hydatiforme ?

Il faut d'abord traiter l'hémorrhagie par les moyens appropriés. S'il y a des môles sûrement diagnostiquées, on doit savoir attendre et ne pas aller gratter l'utérus pour l'en débarrasser, on s'exposerait aux accidents les plus graves, tels que la rupture des parois de l'organe. Dans ce cas, si on ne trouve aucune trace d'enfant vivant, et si la situation de la mère est critique, on peut provoquer l'avortement.—*Praticien.*

Traitement du carcinome utérin avancé.—La térébène est conseillée mélangée avec parties égales d'huile d'olive ou d'amande. On en imbibe des tampons d'ouate qu'on applique sur les parties ulcérées, après avoir désinfecté le vagin au moyen d'une solution de permanganate de potasse ou d'eau chlorée. Les tampons sont maintenus en place au moyen d'un pansement *ad hoc*, lequel doit être changé tous les deux ou trois jours. Si l'appareil n'est pas trop volumineux, ses inconvénients sont nuls.

Ce mode de traitement est surtout à recommander quand toutes les ressources thérapeutiques ont échoué : il diminue les souffrances et prévient les émanations fétides, qui rendent si malheureux et la malade elle-même et tout son entourage.—*Moniteur du praticien.*

Valeur thérapeutique de l'ortie blanche (*lamium album*), par FLORAIN.—L'auteur ne doute pas de l'action hémostatique de l'ortie blanche, comparable à celle de la grande et de la petite ortie (*Urtica dioica*, *Urtica minor* ; sa préparation préférée est celle-ci :

Teinture d'ortie blanche.....	100 parties.
Sirop simple	50 “
Eau	25 “

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures jusqu'à cessation de l'hémorrhagie ; ensuite une cuillerée toutes les quatre heures. L'auteur s'est, par l'expérimentation, convaincu que la matière astringente ne suffisait pas pour expliquer l'hémostase produite. L'agent hémostatique serait, d'après lui, un alcaloïde, la *lamine*, qu'il a isolée. Le sulfate ou le chlorhydrate de lamine en injection hypodermique déterminent l'hémostase, à dose non toxique.

Traitement de la sciatique par les pointes de feu.—M. DAVEZAC donne ce traitement comme très efficace, que la sciatique soit aiguë ou chronique. Il s'est guéri lui-même de trois attaques de sciatique contre lesquelles les autres agents avaient échoué. Il a obtenu des résultats réellement remarquables chez des malades tant de sa clientèle privée que de l'hôpital. M. Durand, son collègue de la Société de médecine, qui suit les mêmes errements, a obtenu également des guérisons rapides.

M. Davezac applique les pointes de feu en très grand nombre (une soixantaine) au niveau de l'émergence du plexus lombaire, de chaque côté de la ligne malade.

Nous avons obtenu une guérison très rapide dans une sciatique datant de plusieurs semaines. Nous avons appliqué les pointes de feu au point d'émergence et sur le trajet du nerf.—*Lyon médical.*

FORMULAIRE.

Diabète.—*Fischer.*

P.—Saccharine.....	45 grains
Bicarbonate de soude	30 “
Mannite	1½ once

Pour faire pastilles No. 100.

Une de ces pastilles suffit pour édulcorer une tasse de café, etc.—*Gazette médicale de Paris.*

Migraine.—*Dujardin-Beaumez.*

P.—Teinture de gelsémium.....	3 drachmes
Sirop simple.....	8 onces

M. *Dose*:—Une cuillerée à soupe trois ou quatre fois par jour.—*Maryland Medical Journal.*

Delirium tremens.—

P.—Bromure de potassium.....	2 drachmes
Hydrate de chloral.....	3 “
Extrait de jusquiame.....	9 grains
Eau distillée.....	6 onces

M.—*Dose*:—Une cuillerée à thé toutes les deux heures jusqu'à sommeil.—*Medical Register.*

Stomatite.—*Bartholow.*

P.—Tannin.....	2 drachmes
Teinture d'iode	4 scrupules
Iodure de potassium.....	1 “
Teinture de myrrhe.....	4 “
Eau de rose.....	8 onces

M.—Une cuillerée à dessert dans un petit verre d'eau tiède en gargarisme tous les matins.—*American Practitioner.*

Dysenterie des enfants.—*Halé.*

P.—Salicylate de bismuth.....	2 drachmes
Teinture de capsicum.....	12 gouttes
Esprit d'ammoniaque aromatique.....	1½ drachme
Poudre d'acacia.....	2 “
Eau de cannelle q. s. pour.....	2 onces

M.—*Dose*:—Une cuillerée à thé toutes les deux heures pour un enfant de 3 mois à un an.—*The Polyclinic.*

Coliques néphrétiques.—*Reliquet.*

P.—Chloroforme	4 drachmes
Extrait de jusquiame	4 “
Teinture d'opium	75 minimes
Huile de camomille	5 onces

M.—En applications sur tout l'abdomen.—*The Pacific Record.*

Bronchite.—*H. C. Wood.*

P.—Muriate d'ammoniaque	} ââ 1½ drachme
Extrait de réglisse	
Glycérine	½ once
Mucilage	2 drachmes
Sirop	
Eau, ââ p. e. pour	3 onces

M.—Dose : Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.—*Therapeutic Gazette.*

Tâches de roussour.—*Rohé.*

P.—Borate de soude	2 drachmes
Chlorate de potasse	1 drachme
Glycérine	½ once
Alcool rectifié	2 drachmes
Eau de rose q. s. pour faire	6 onces

M.—Appliquer au moyen d'une éponge, plusieurs fois par jour.—*Maryland Medical Journal.*

Verrues.—*Hermann.*

P.—Bichlorure de mercure	1 partie
Collodion	30 parties

Faire dissoudre. Enduire avec soin la verrue avec une petite quantité du liquide une fois par jour.—*Revue de thérapeutique.*

Pommade à l'ichthyol.—*Fisher.*

P.—Ichthyol	1 partie
Lanoline	9 parties

Agit bien contre les douleurs rhumatismales, articulaires, goutteuses ; contre le psoriasis, le prurigo et les brûlures.—*L'Abeille médicale.*

L'inflammation du tube digestif, chez les jeunes enfants, s'établit de préférence dans le gros intestin, très rarement dans l'intestin grêle. encore moins dans l'estomac, et mérite bien le nom d'entéro-colite.—*Dr. BOUCHUT.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JUIN 1888.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2010, Bureau de Poste Montreal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2010, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montreal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, 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 plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe 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, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

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

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

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

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 déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Assemblée semi-annuelle des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

L'assemblée a eu lieu le mercredi, 9 mai, à 10 heures du matin, dans les salles de la faculté de médecine de l'Université-Laval à Montréal.

Étaient présents : les docteurs Hingston, président ; J. L. Lepronhon, vice-président ; A. G. Belleau, secrétaire ; E. P. Lachapelle, trésorier ; Léonidas Larue, régistrateur ; les Drs Lemieux, Parke, Simard, Watters de Québec ; Rodger, Kennedy, Dagenais, R. P. Howard, Craik, Durocher, de Montréal ; P. M. Guay, M. P., St-Romuald ; Rousseau, St-Casimir ; Grandbois, M. P., Ri-

vière-du-Loup (en bas); Ladouceur, Montréal; Gibson, Cowansville; J. E. Turcot, St-Hyacinthe; Thomas Christie, Lachute; Longpré, Papineauville; Lafontaine, Saint-Edouard; Duchesneau, Terrebonne; H. T. Mignault, Saint-Denis; Marcell, St-Eustache; E. Badeaux, Trois Rivières; F. Paré, Sherbrooke, et Thcs. Larue, Compton.

Les minutes de la dernière assemblée ont été lues et adoptées.

Lu le rapport des examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine. D'après ce rapport, il y a eu 46 admissions. (1)

32 candidats auront certaines matières à reprendre au prochain examen, et 19 ont été renvoyés.

Ce rapport est adopté sur proposition des docteurs Howard et Leprohon.

Le Dr Lafontaine porte plainte contre un confrère pour conduite criminelle. Le Bureau décide que l'affaire est du ressort des officiers de la Couronne.

Le président annonce qu'il a reçu l'accusé de réception de l'adresse présentée à Sa Majesté la Reine par le Collège, à l'occasion de son jubilé.

Le Dr Prosper O. Lauzon présente un avis notarié informant le Collège qu'il fera application au parlement pour sa licence.

Le président annonce que le comité des amendements à la loi médicale ne s'est pas réuni depuis septembre dernier.

Le comité d'examen des qualifications et diplômes est nommé comme suit: Drs L. Larue, Lachapelle, Kennedy, Christie et Mignault.

Le président étant forcé de s'absenter est remplacé au fauteuil par le docteur Leprohon.

Proposé par les Drs Lachapelle et Lemieux, que les candidats à la licence, porteurs de certificats d'admission à l'étude d'autres provinces que celles de Québec, devront signer une déclaration solennelle attestant qu'ils ont obtenu ces certificats en se conformant aux exigences de la loi de ces provinces, et non dans le but d'éluder la loi de la province de Québec.

Proposé en amendement par les docteurs Thomas Larue et Paré, que le Bureau des médecins et chirurgiens de la province de Québec ne peut pas suivant la loi et ses règlements accepter le brevet délivré dans les autres provinces du Dominion aux élèves de cette province qui veulent étudier la médecine dans la province de Québec.

Proposé en sous-amendement par les docteurs Kennedy et Parke, que les certificats de matriculation comme étudiants en médecine enregistrés par le bureau d'Ontario, soient acceptés comme ci-devant pour le moment, et qu'un comité soit nommé

(1) Nous avons, dans notre livraison de mai, publié la liste (par ordre de mérite) des nouveaux élèves admis à l'étude de la médecine. (N. de la R.)

pour s'enquérir du caractère de ces certificats et faire rapport à une assemblée subséquente du Bureau.

Le sous-amendement est mis aux voix et rejeté.

L'amendement est aussi rejeté : —9 pour, 11 contre.

La motion principale est également rejetée : —9 pour, 11 contre.

Le Dr. Lachapelle donne alors sa démission de membre du comité de créances et est remplacé par le Dr Paré.

Les comités d'examen sont nommés comme suit :

1er comité. Anatomie, Dr Lemieux ; chirurgie, Dr Grandbois ; médecine légale, Dr Thos. Larue.

2e comité. Physiologie, Dr Simard ; pratique de la médecine, Dr Howard ; matière médicale, Dr Gibson.

3e comité. Accouchements, Dr Dagenais ; botanique, Dr Guay ; hygiène, Dr Leprohon.

Proposé par les Drs Dagenais et Simard, que le bureau ne peut accepter les diplômes d'admission à l'étude de la province d'Ontario.

Le président décide que la motion est hors d'ordre, la question ayant déjà été résolue dans la négative.

Il y a suspension de une à deux heures.

À deux heures, les rapports des assesseurs des Universités Laval de Montréal et Québec, McGill, Victoria et Bishop, sont lus et adoptés.

Le Dr Alleyn, ci-devant de Québec et maintenant à la Nouvelle-Orléans, fait application pour une nouvelle licence, la sienne ayant été brûlée par mégarde. Demande accordée à la condition qu'il donne un affidavit attestant le fait, et que le mot *duplicata* soit écrit sur la nouvelle licence.

Un nommé Thomas Ward, de Richelieu, qui a été poursuivi plusieurs fois par le Bureau comme charlatan, fait application pour qu'on lui permette de pratiquer le pansement des blessures et de soigner les cancers comme il l'a fait depuis 40 ans. Cette lettre est laissée sur le bureau.

Mme Mitchell, graduée de l'Université de Kingston, demande la licence du Collège. Cette application reste aussi sur le bureau.

Le Dr. Belleau, secrétaire de Québec, est chargé de signer les licences en remplacement du Dr. W. Campbell, secrétaire de Montréal, qui est allé auprès de son fils le Dr. Rollo Campbell, qui est tombé malade en Europe où il était allé pour compléter ses études.

Le Dr. Kennedy, du comité de créances fait rapport que les gradués suivants ont droit à la licence :

Université Victoria.—Henri Ducharme, Jos. Beaulne, Victor Bourgeault, E. A. Laferrière, Hyacinthe Bastien, L. A. Beaudry, J. C. Gadoury, J. A. Marcotte, J. E. Breault, E. E. Laurent, L. C. Bussière, Jos. Barolet, J. M. Picotte, J. A. Pomminville, C. T. Mcreau, J. A. Paré, L. Leblanc, Jos. Thériault, Chas. F. Clerk.

Université Bishop.—V. J. Groulx.

Université Laval, Montréal.—E. A. René de Coteret, Chas. Marcil, Arthur J. Ricard.

Université McGill.—E. H. P. Blackader, E. L. Quirk, F. Q. Quirk, F. G. Finlay, W. G. Stewart, J. H. Bell, A. W. Haldimand, C. W. Haentschell, W. W. Chalmers, R. Marr Kincaid.

Ces messieurs sont assermentés sur présentation de leurs diplômes respectifs et reçoivent la licence.

Le Dr Kennedy, du comité d'examen des qualifications et diplômes, soumet le cas de plusieurs candidats à la licence, porteurs du diplôme de M. D., et qui ont subi l'examen préliminaire soit dans Ontario, le Manitoba, ou au Nouveau-Brunswick.

Les Drs Guay et Rousseau proposent que la question de l'admission à l'étude soit reconsidérée.

Le vote est pris, 16 pour, 9 contre. Cette motion est rejetée parce que le président décide qu'il faut les deux tiers de l'assemblée pour reconsidérer une question qui a été discutée à la même réunion.

Proposé par les Drs Grandbois et Howard, que dorénavant il soit résolu de refuser l'octroi de la licence à ceux des élèves qui, étant de cette province, ont cherché à en éluder la loi en passant dans d'autres provinces leur examen d'admission à l'étude, et que les candidats actuellement devant le bureau porteurs de certificats d'autres provinces, soient requis de signer une déclaration soignée qu'ils ont obtenu ces certificats d'une manière régulière et non pas pour éluder la loi de cette province.

Proposé en amendement par les Drs Dagenais et Ladouceur, qu'à l'avenir le bureau provincial de médecine n'accorde pas de licence de pratique aux aspirants qui ne sont pas pourvus du certificat d'admission à l'étude donné par ce bureau, sauf les cas prévus par la loi.

Cet amendement est rejeté: 8 pour, 10 contre.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Trois gradués sont remis à six mois pour leur licence, parce qu'ils n'ont pas fini leurs quatre ans d'études médicales.

Il est résolu que le Dr Alfred C. Smith, porteur du diplôme de M. D. de l'école de médecine de Toronto, a droit à sa licence.

Il est proposé par les Drs Howard et Kennedy et résolu que le degré de B. A. de l'Université Brown du Dr T. C. Hennessy, soit accepté comme équivalant à celui d'examen préliminaire de ce bureau et qu'il peut se présenter à l'examen pour la licence.

Les certificats d'un des candidats à la licence ne sont pas jugés suffisants.

Les gradués suivants signent la déclaration ci-dessus devant le Dr Leprohon, juge de paix, sont assermentés sur présentation de leurs diplômes respectifs, et prennent la licence:

Université Victoria:—Thos. Ennis, Félix Coran, Paul Royall, U. A. Dorais.

Université Bishop:—Frederic Taylor, Follin H. Pickel.

Université McGill:—R. B. Struthers, J. A. Springle, W. D. T. Ferguson, F. D. Robertson, John Geo. McCarthy, F. G. Desmond, James Hewitt et C. P. Dewar.

Queen's College:—Jas. N. Anglin.

Le Dr Alfred Smith, de l'école de médecine de Toronto, est aussi assermenté et reçoit sa licence.

Sont admises à la pratique des accouchements après avoir subi un examen devant les Drs Guay, Leprohon et Dagenais :

Delle Léontine J. Barbe, Delle Lina Hollingworlts, Madame Jane Barelsam et Mme Jouvin Authier (graduée de Paris.)

Les Drs Guay et Leprohon proposent et il est résolu que les Drs Lemieux, Belleau, Lachapelle et Parke soient nommés pour prendre les mesures nécessaires pour la passation de l'acte médical projeté devant la législature.

Les Drs Christie et Durocher proposent que cet acte soit remis à six mois.

La motion est rejetée.

Un candidat à l'examen pour la licence est rejeté, et l'assemblée s'ajourne à 7.30 heures du soir.—*Communiqué officiel.*

* * *

Un point seulement du procès-verbal qui précède nous semble valoir la peine d'être commenté. Nous voulons parler de l'octroi de la licence du Collège aux aspirants admis à l'étude en d'autres provinces. Franchement, nous ne voyons aucune raison qui puisse nous engager à faire acte d'une telle générosité.

L'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine est, dans notre province de Québec, plus rigoureux que dans aucune autre province. Il nous a, depuis qu'il est exigé des candidats à l'étude, donné de bons résultats en ce sens qu'il a servi à éliminer un bon nombre d'aspirants très peu qualifiés à étudier la médecine, et, par le fait même, a contribué dans une grande mesure à atténuer un mal dont tous les médecins se plaignaient avec raison : l'encombrement de la profession. Puisque nous avons voulu faire preuve d'un tel rigorisme envers des candidats de notre province, pourquoi ouvririons-nous les bras aux aspirants venant des provinces étrangères où l'examen préliminaire est parfois d'une facilité remarquable ? Les deux examens n'étant pas équivalents, il ne saurait y avoir équivalence dans la valeur des certificats. Ontario, pour ne parler que notre proche voisine, Ontario n'accepte pas d'emblée notre certificat d'admission à l'étude, et nous accepterions le sien ? C'est déjà bien assez que notre chère province-sœur exige un examen (devant un Bureau central) des

gradués de nos universités qui désirent aller pratiquer dans Ontario, tandis que nous accordons, sans examen, la licence du Collège à tous les diplômés des universités haut canadiennes.

Pousser la réciprocité plus loin encore deviendrait de la naïveté, ce nous semble. Aussi, serions-nous disposé à appuyer la proposition faite par les docteurs Dagenais et Ladouceur (rejetée par un vote de 10 contre 8), et comportant que "dorénavant le Bureau provincial de médecine n'accorde pas de licence de pratique aux aspirants qui ne sont pas pourvus du certificat d'admission à l'étude donné par ce Bureau, sauf les cas prévus par la loi."

* * *

Nous voyons que le Bureau a nommé un comité composé des docteurs Lemieux, Belleau, Lachapelle et Parke pour que les mesures nécessaires soient prises dans le but de faire adopter le nouvel *Acte médical* par la législature. Le lecteur ferait erreur s'il s'imaginait que l'adoption du *bill* se fera sans encombre. Nous savons qu'une opposition assez vive s'est organisée dans le but de faire échouer le projet de loi en question. Une pétition dans ce sens a même été tout récemment présentée à la signature d'un certain nombre de médecins de Montréal. Tel qu'il est, le *Bill* ne réalise certainement pas l'idéal d'une loi parfaite, et si, une fois adopté, il ne devait pas nous donner plus de satisfaction que la loi actuelle, autant vaut, croyons-nous, rester dans le *statu quo*. Nous y constatons des lacunes réelles à côté de dispositions qui certainement gagneraient à être modifiées. Cependant, nous serions favorables à l'adoption immédiate du projet de loi, quand ce ne serait que pour consacrer une bonne fois le principe du Bureau central d'examineurs, et établir des dispositions pénales réellement efficaces contre les charlatans, rebouteurs, guérisseurs, etc., qui nous débordent de tous côtés. Depuis longtemps nous nous plaignons du tort considérable que nous font les charlatans, à la ville comme à la campagne. De tous côtés (et la correspondance que nous publions plus haut en fait foi) l'on nous demande si le Bureau de médecine ne pourrait pas nous protéger de quelque façon. Le nouvel *Acte médical* dont l'existence est aujourd'hui si sérieusement menacée nous offre des dispositions qui répondent à ce besoin, et qui, mises en vigueur par un agent actif et intelligent, devraient contribuer efficacement à faire disparaître cette plaie qui a nom "l'exercice illégal de la médecine."

Si le *bill* est rejeté par la législature, il va falloir en bâtir un autre, car il n'y a qu'une voix pour admettre que l'*Acte* actuel est insuffisant et inefficace. Dans ce cas, nous nous demandons qui sera chargé de le préparer. Il faudra bien que le Bureau des Gouverneurs y mette la main cette fois encore; or ce que nous en savons aujourd'hui est loin de nous rassurer.

Le traitement palliatif du cancer utérin.

Qui dit cancer, dit, la plupart du temps, maladie incurable, et dès lors s'impose nécessairement un traitement purement palliatif, du moins dans le cas d'un cancer un peu avancé. Or, c'est la plupart du temps à une période avancée de la maladie que nous sommes consultés, alors que l'intervention chirurgicale active : ablation, cautérisations, etc., est devenue inapplicable.

Dans la *France médicale* du 17 mars dernier, M. VERCHÈRE étudie cette question du traitement des cancers utérins inopérables, appuyant principalement sur les deux symptômes que les malades et le médecin ont le plus à redouter : les hémorrhagies et la douleur.

Contre les hémorrhagies, M. Verchère préconise surtout le curage et la dilatation. Il pratique le curage au moyen d'une curette à long manche permettant d'agir à une certaine profondeur, et cela bravement, par des mouvements rapides, évitant ainsi tous les tissus fongueux qui se présentent. On serait peut-être porté à croire que ce râclage ne saurait se faire sans danger de perforer la paroi utérine. Ce danger n'existe pas, d'après l'auteur, tant qu'on opère au niveau de la cavité utérine même, mais peut se présenter quand on évide au niveau des culs-de-sac. Il faut alors ne pas aller qu'avec grande précaution. Il va de soi, fait remarquer M. Verchère, que l'opération est purement palliative et que l'on n'a nullement l'intention d'enlever tout le tissu malade.

Ce curage utérin empêcherait, dans la plupart des cas, toute hémorrhagie, bien loin de les provoquer comme on serait porté à le croire tout d'abord. S'il s'écoule un peu de sang au cours même de l'opération ou immédiatement après, une injection chaude (solution de sublimé) en aura facilement raison.

Moins efficace que le curage, la dilatation du col et de la cavité utérine peut aussi être employée. Elle se pratique de préférence au moyen de tiges de laminaria ou de cônes d'éponge préparée ayant préalablement séjourné dans une solution éthérée d'iodoforme. L'action des tiges et des cônes est purement mécanique la compression centripète qu'ils exercent sur les vaisseaux de la paroi utérine ayant pour effet de supprimer l'écoulement sanguin. Ajoutons que ce moyen n'est pas toujours d'application facile ni même possible.

Quant aux douleurs, il faut distinguer celles dues au cancer lui-même (rarement vives tant que le néoplasme n'a pas envahi la paroi vaginale) de celles dues à la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins, compression qui amène très souvent la rétention des matières fécales (compression de l'intestin) et de l'urine (compression de l'uretère), voir même la néphrite et la cystite, avec ou sans urémie.

Contre l'accumulation des matières fécales : lavages du rectum répétés fréquemment, purgatifs salins donnés à jour fixe, anus contre nature. Contre la rétention d'urine, il y a peu à faire, sauf à calmer les souffrances par les opiacés et à établir une fistule vésico-vaginale ou mieux urétéro-vaginale. Dans tous les cas, il est impossible de prévenir les accidents urémiques.

Les douleurs tenant au cancer lui-même sont généralement atténuées par le râclage décrit plus haut. Nous avons encore à notre disposition : l'antiseptie soignée, les pulvérisations de poudre d'iodoforme, les lavages fréquents, enfin les analgésiques : chloral, opium, belladone en suppositoire, morphine en injection hypodermique, ce dernier médicament, dit M. Verchère, devra être administré largement, jusqu'à stupéfaction des malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La jeune mère.—6 francs par an. Bureaux, 8 place de l'Odéon, Paris.—Cet utile journal apprend aux mères à élever leurs enfants. Avec les précieux enseignements qu'il contient sur l'allaitement maternel, l'emploi du biberon, l'alimentation, la dentition, le sevrage, la vaccination, l'hygiène, les maladies de l'enfance et de la maternité, la mère n'est jamais embarrassée et peut toujours attendre l'arrivée du médecin. De gracieuses nouvelles, constamment morales et attrayantes, font de cette publication le complément obligé de tous les journaux que reçoivent les jeunes femmes.

La santé pour tous.—L'attention et la curiosité des gens du monde se portent de plus en plus vers tout ce qui concerne les moyens de prévenir ou de guérir les maladies : c'est à ce public soucieux de sa santé et désireux de connaître les plus récents progrès réalisés par l'hygiène, la médecine et la chirurgie, que s'adresse le *Dictionnaire de la Santé, illustré de 600 figures intérieures dans le texte, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir*, par le Dr. Paul BONAMI, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance.

Le *Dictionnaire de la Santé* se publie en 30 séries à 50 centimes, paraissant tous les jeudis.

L'ouvrage complet formera un volume grand in-8 jésus à deux colonnes, de 300 pages, illustré de nombreuses figures, choisies avec discernement, d'une exécution parfaite, et semées avec profusion dans le texte dont elles facilitent l'intelligence et à la clarté duquel elle ajoutent d'une façon très agréable pour les yeux.

On peut souscrire à l'ouvrage complet, qui sera envoyé franco chaque semaine, en adressant aux éditeurs, MM. J. E. BAILLIÈRE & FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un mandat postal de quinze francs.

Toutes les sciences médicales ont trouvé place dans le *Dictionnaire de la Santé*, parce qu'elles forment un ensemble dont toutes les parties s'éclairent et se complètent mutuellement ; mais, tout en restant exact dans le fond, l'auteur s'est attaché à exclure de son langage ces termes à mine rébarbative qui effrayent les profanes.

Ce livre sera le guide de la famille, le compagnon du foyer, que chacun, bien portant ou malade, consultera dans les bons comme dans les mauvais jours.

GUILLET. — *Des tumeurs malignes du rein*, par le Dr Eug. Guillet. — G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

LAUTH. — *Essai sur la cirrhose tuberculeuse*, par le Dr G. Lauth. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, 1888.

TRAZIT. — *Contribution à l'étude de la chlorose fébrile*, par le Dr Xavier Trazit. — G. Steinheil, 2 Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

DASSIEU. — *Etude sur l'infection pneumonique*, par le Dr Mathieu André Dassieu. — G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

POLGUÈRE. — *Des infections secondaires ; leurs localisations pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie*, par le Dr D. Polguère. — G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

VINCENT. — *Contributions à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux*, par le Dr E. Vincent. — G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris.

TEXIER. — *Déformation particulière du tronc causée par la sciatique*, par le Dr Simon Texier. — G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

ROULLAND — *A propos de quelques faits de paralysie des nouveau-nés*, par le Dr A. Roulland. — G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1887.

FOUBERT — *Des variations passagères de volume du cœur*, par le Dr G. Foubert. — G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1887.

POZZI.—**Le traitement du cancer de l'utérus** (en dehors de la grossesse) par le Dr Adrien Pozzi.—G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

ODRIOZOLA.—**Étude sur le cœur sénile**, lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires, par le Dr Ern. Odrioloza.—G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

DUVAL.—**Traité pratique et clinique d'hydrothérapie**, par E. Duval, avec figures. Préface par M. le professeur Peter.—Paris, J. B. Baillièrre et fils, éditeurs, 19 rue Hautefeuille, 1888.

HUCHARD.—**Quand et comment doit-on prescrire la digitale**, par le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. Paris, O. Berthier, 104 Boulevard Saint-Germain.

VILLEMEN.—**Étude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose**, par le Dr P. Villemén.—G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

JEANTON.—**Étude critique sur la valeur clinique de l'albuminurie dans le mal de Bright**, précédée de quelques considérations chimiques sur les albumines urinaires, par le Dr P. Jeanton.—G. Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

KISH.—**Causes et traitement de la stérilité chez la femme**, par le Dr Henri Kish, professeur à l'Université de Prague.—Traduction par le Dr F. Weiss, de Cousances-aux-Forges.—Un volume in-8 raisin, de 350 pages avec 42 figures sur bois. Prix, 8 francs.

LEGENBRE-BARETTE-LEPAGE.—**Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène.**—(Médecine-chirurgie, obstétrique) par les docteurs Paul Legendre, Barette, Lepage. Le premier volume, comprenant l'antisepsie médicale, par le Dr Legendre, forme un volume de 460 pages in-8 raisin. Prix, 10 francs. Le deuxième volume, antisepsie chirurgicale, par le Dr Barette, et antisepsie obstétricale, par le Dr Lepage, formera un volume de 500 pages environ. Il paraîtra incessamment.

BOUCHARDAT.—**Formulaire magistral.**—La 27^e édition du *Formulaire magistral* du professeur Bouchardat vient de paraître chez l'éditeur Félix Alcan. Cette édition a été revue et mise au courant des plus récentes découvertes thérapeutiques par M. G. Bouchardat, membre de l'Académie de Médecine, professeur à l'École de pharmacie de Paris.

Nous signalerons principalement parmi les articles nouveaux : *Les Formules générales pour les injections hypodermiques, les applications nouvelles de la cocaïne, les médications par l'antipyrine, l'antifébrine, l'emploi nouveau de l'iodoforme et de ses succédanés, les recettes pour les pansements antiseptiques.*

Dans les innombrables médicaments proposés journellement, il y avait un choix à faire, et M. G. Bouchardat l'a fait avec la prudence qui a caractérisé les précédentes éditions, qui a assuré le succès du *Formulaire magistral*, et l'a rendu indispensable à tous les praticiens (1 vol. in-18 de 700 pages, broché 3 fr. 50, cart. à l'anglaise 4 fr.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Assemblée annuelle de l'Association pharmaceutique de la province de Québec, se tiendra à Québec, le 12 juin courant.

On dit que désormais, dans l'état de New-York, l'électricité sera utilisée comme mode d'exécution capitale.

M. le docteur Frank Woodbury vient de se retirer de la rédaction du *Philadelphia Medical Times*, lequel sera dorénavant dirigé par M. le docteur Wm. F. Waugh.

La clientèle de Lewis A. Sayre, de New-York, rapporte, dit-on, à l'illustre chirurgien, la modique somme de \$100,000 par an. Celle de Sir Morrell Mackenzie est d'environ \$75,000 par année.

Congrès d'hydrologie et de climatologie médicales. — Un congrès d'hydrologie et de climatologie médicales s'ouvrira à Bologne, le 10 octobre 1888, sous la présidence du Pr. Murri. Ce congrès coïncidera avec l'ouverture d'une exposition nationale d'hydrologie et de climatologie.

Montreal College of Pharmacy. — La Collège de pharmacie s'est assemblé, le 29 mai 1888, et a fait l'élection de ses officiers pour l'année 1888-89 :

Président, M. Alfred H. Mason. F. C. S., F. R. M. S. ; vice président, M. Jules Hirtz ; trésorier, M. Alex. Manson. Comité : MM. S. Lachance, Wallace Dawson. L. R. Baridon, A. E. DuBerger, R. C. Carrière, A. Maillet, J. F. de Vergne, A. D. Mann et W. S. Kerr.

Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — L'inauguration officielle du nouveau Musée de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août de l'année prochaine. A cette occasion et en raison de

l'affluence probable à Paris de médecins de la France et des autres pays, les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont jugé le moment favorable pour la réunion d'un Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Ce Congrès, dont la durée sera d'une semaine, se tiendra dans la grande salle du Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de MM. Ricord et Hardy. Adresser les adhésions à M. Feulard, à l'hôpital Saint-Louis.

Décroissance du nombre des mariages en Europe. — La *Pall Mall Gazette* donne les chiffres suivants : En Angleterre, pendant l'année 1885, il y avait 17,5 mariages pour 1,000 habitants, et seulement 14,1 en 1886 ; pendant la même période, la moyenne est tombée de 15,7 à 13,4 en Belgique, de 16 à 14,8 en France. Pour les vingt dernières années, la moyenne était de 17,1 en Autriche, de 17,4 en Allemagne, de 16,2 en Hollande, et elle est tombée en 1886, pour chacun de ces pays, à 15,5, 15,8, et 13,9.

L'âge moyen du mariage a suivi une augmentation progressive depuis 1873 et était en 1886 de 28 ans 2 mois pour les hommes, et 25 ans 9 mois pour les femmes. Concurrément à ce retard dans l'époque des mariages, il faut noter une augmentation notable de la prostitution.

Examens de pharmacie.—Les examens annuels de l'Association pharmaceutique de la province de Québec ont eu lieu dans la salle de l'Association, 223^e rue McGill, mardi, mercredi et jeudi, 15, 16 et 17 mai.

Les candidats suivants ont été inscrits dans les diverses classes. Nous en donnons la liste par ordre de mérite :

Licenciés en pharmacie. — H. H. Wootten, J. E. Tremble, T. R. Goulden, R. A. Kerry, A. LaRue, G. Papineau, L. A. Bernard, F. O. Baker, A. D. Mann, Jno. Row et A. Boyce.

Commis licenciés.—A. Gauvreau, W. J. Burke, A. Savard, A. Bé langer, H. J. R. Harwood, Emile Roy, G. R. Gagnon, N. Mallette, Ed. White et A. E. Goyer.

Apprentis enregistrés. — J. Clapwood, Frank Lemire, H. Panne ton, W. K. Brown, C. L. H. Scott, Louis Courtois, F. S. Jackson, W. O. Lambly, A. W. Bowden, Chas. Barry.

Le comité des examinateurs se composait de MM. A. Manson, H. F. Jackson, J. R. Parkin, S. Lachance, de Montréal, R. W. Williams, de Trois-Rivières, et P. Mathie, de Québec.

NAISSANCE.

TURCOT. — A St-Hyacinthe le 17 mai, la femme du Dr. Gaspard Turcot, une fille.