

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

Traitement des calculs biliaires par l'huile d'olive,

par C. N. VALIN, M.D.

Belcail, P.Q.

Dans le numéro de novembre 1888 de L'UNION MÉDICALE, je faisais un rapport sur les bons effets de l'huile d'olive, à dose massive, dans le traitement des coliques hépatiques. J'avais ordonné ce traitement en désespoir de cause, après avoir vu échouer tous les autres modes de traitement connus. La méthode était nouvelle; l'inventeur venait à peine de la faire connaître au public médical, que j'eus l'occasion de l'essayer. Elle me réussit, et j'affirmai avoir vu une quantité innombrable de calculs biliaires, gros ou petits, passer sous l'influence de l'huile d'olive. Quelques semaines après, je lus dans les journaux de Paris que MM. Chauffard et Villejean avaient essayé aussi ce mode de traitement et l'appelaient une désillusion thérapeutique, parce que, disaient-ils, ces corps pris pour des calculs n'étaient que des concrétions d'acides gras. Pourtant j'étais bien sûr d'avoir touché et compté un grand nombre de vrais calculs. J'ai revu ces concrétions que le patient avait gardées, et j'ai constaté à nouveau, et je l'affirme encore, que ce sont de véritables calculs. Il est possible que parmi toutes ces petites masses dures ou molles passées pendant quelques jours il y eût des concrétions d'acides gras provenant du dédoublement de l'huile non digérée, mais j'avais bel et bien constaté le passage de véritables calculs biliaires et j'en avais encore la confirmation. M. le docteur Bucquoy avait également assuré avoir vu passer des calculs, mais M. Chauffard disait que c'était pure coïncidence. C'était vraiment de nature à jeter du discrédit sur la méthode naissante. Cependant il fallait avouer que ce mode de traitement avait du bon, puisque plusieurs médecins des hôpitaux s'accordaient à dire qu'il y avait dans tous les cas sédation de la douleur, soulagement considérable de tous les symptômes, et que cette amélioration persistait.

Puis, le docteur Rosenberg, de Berlin, rapporta un cas où 629 calculs furent évacués. Dans ce cas remarquable, la vésicule offrait, avant l'ingestion de l'huile, un volume considérable et revint à son volume normal après.

Comme on le voit, ce mode de traitement ne méritait pas d'être traité de désillusion thérapeutique, pour la seule raison qu'on ne connaissait pas encore son mode d'action et que les expériences de

laboratoire ne l'avaient pas encore donné. Combien de remèdes dont on ne connaît pas l'action et qui ont une action réelle et admise.

Je disais à la fin de mon rapport que je laissais aux physiologistes le soin d'expérimenter afin de trouver le *modus operandi* de l'huile d'olive. On se rappelle que l'hypothèse émise par le Dr. Touatre, père de la méthode, était que l'huile pénétrait directement dans les canaux biliaires et ramollissait localement les calculs dans la vésicule. Les expériences de Chauffard et Dupré, en France, n'ont pas corroboré cette hypothèse. En Allemagne, le Dr. Rosenberg fit des expériences sur des chiens, à jeun ou nourris. Cet expérimentateur trouva, seulement quand les chiens étaient nourris comme d'habitude, qu'il y a *augmentation marquée* de la sécrétion de la bile et que celle-ci est plus fluide qu'à l'ordinaire. Cette constatation fut faite par la fistule artificielle.

Si donc la bile devient *plus abondante et plus fluide*, cela est de nature à expliquer, d'une manière très satisfaisante, pour ne pas dire probante, l'action de l'huile d'olive dans la lithiase biliaire. En effet, à cause de sa plus grande fluidité, la bile doit couler plus facilement et entraîner de même les calculs qui y sont en suspension.

Cette fluidité plus grande de la sécrétion biliaire doit avoir aussi pour effet de dissocier les particules solides anormales qui avaient tendance à l'agglomération dans un liquide épais. Il résulte donc de cette expérience que l'huile d'olive est un *véritable cholagogue* et peut être le meilleur des cholagogues connus.

Le professeur Germain Sée, de Paris, donne une autre explication de la fluidification de la bile par l'huile d'olive. Suivant lui, la cholestérine est précipitée souvent parce qu'elle ne rencontre pas dans la vésicule une quantité suffisante de corps gras saponifiés, stéarate et oléate de soude, pour opérer sa dissolution. Cela a lieu quand les acides gras manquent dans l'alimentation. En faisant ingérer une certaine quantité d'huile d'olive, nous fournissons ces éléments nécessaires à la fluidification de la bile par la dissolution de la cholestérine. Le surplus d'huile passe par les intestins.

Pour résumer : l'huile d'olive a pour effet d'augmenter la sécrétion de la bile, de la rendre plus fluide et de contribuer à la parfaite dissolution de la cholestérine. Ce mode de traitement a fait du bien lorsqu'il était employé empiriquement ; maintenant qu'il a reçu la sanction de l'expérience physiologique, il se recommande davantage à l'attention des praticiens, qui trouveront en lui un mode de traitement aussi sûr que tout autre et plus inoffensif. Si l'huile d'olive a une action si évidente sur la quantité et la fluidité de la bile, il me semble qu'il ne faut pas se contenter de ne la donner qu'une fois au moment de l'attaque, mais répéter son administration de temps en temps afin que son action

soit soutenu. Chose certaine, c'est qu'elle n'est pas nuisible, et il est à présumer qu'on obtiendra de bons effets de son administration répétée chez un sujet prédisposé.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Les inhumations.

Discours prononcé par l'Hon. D. MARSIL, M.D., Conseiller Législatif, lors de la discussion sur le projet de loi relatif aux inhumations, le 27 février 1890.

L'Honorable M. MARSIL, *Conseiller pour Mille-Isles*. — Nous avons à examiner un bien petit projet de loi ; mais la question qu'il renferme est excessivement grave, excessivement importante. C'est à la demande du bureau provincial d'hygiène que j'ai soumis cette mesure, dont le but est de protéger les vivants contre les morts. La question étant posée de cette manière, il faut être médecin, je l'avoue, pour bien la comprendre. Je vais essayer de développer ma pensée plus clairement.

Il y a quinze ou vingt ans, on ne considérait pas comme un grand mal que de placer le séjour des morts près du séjour des vivants. On se préoccupait peu de ce grave sujet. On ignorait alors toutes les conséquences qui peuvent découler de cet état de choses. La microbie n'avait pas encore parlé. On ignorait que des millions d'animalcules sont emportés par le vent comme une poussière, et que les germes qu'ils disséminaient dans l'espace engendraient pour l'homme des milliards d'ennemis ; mais depuis la science a fait des progrès prodigieux, et l'on a constaté partout que la présence des cimetières près des églises, au milieu des villages, était contraire aux règles de l'hygiène et pouvait causer des épidémies désastreuses.

Allez en Europe ; allez en Angleterre d'abord, et à Londres vous constaterez que le cimetière se trouve situé à cinquante milles de la ville et que l'on a recours à un chemin de fer pour transporter les morts à leur dernière demeure. A Paris, l'espace était suffisant pour les besoins de la population, mais il ne l'était pas pour les exigences de la mort. Il y a quelques années, le cimetière du Père Lachaise fut trouvé insuffisant. On nomma une commission composée d'hygiénistes et de savants, et elle fit rapport que l'on devait choisir l'emplacement d'un nouveau cimetière à soixante milles de Paris.

Je cite ces faits pour bien faire comprendre l'importance de la mesure que nous discutons dans ce moment. Partout on éloigne les cimetières des grands centres afin de prévenir l'invasion des épidémies contagieuses. Ici, que voyons-nous? Où sont situés les cimetières des villes et des campagnes? La demeure des morts est placée au milieu des vivants. N'est-ce pas là un état de choses propre à jeter l'épouvante dans toute la population? N'est-ce pas une véritable épée de Damoclès que nous tenons suspendue au-dessus de nos têtes? Je me plais à reconnaître que nous jouissons d'un climat des plus salubres, mais devons-nous pour cela laisser exister des germes qui peuvent donner la mort à nos femmes et à nos enfants et à des milliers de citoyens? Non, la prudence, qui est la mère de la sûreté, nous enseigne d'observer les lois de l'hygiène et de prévenir les maux qui nous menacent sans cesse.

Je vais vous rapporter un fait qui se rattache à la question que je traite. Ceux qui ont voyagé en France et qui sont allés à Lyon, savent que cette ville s'élève sur le penchant d'une colline et qu'elle est approvisionnée d'eau par des sources situées sur l'autre penchant de la colline. Sur ce dernier versant, et à côtés des sources, on rencontre le cimetière. Il y a quelques années, il fut question d'agrandir le cimetière pour répondre aux besoins de la population. Quelques-uns proposèrent de l'agrandir en le prolongeant vers les sources; d'autres s'opposèrent à ce projet, parcequ'ils y voyaient un grand danger.

Pour résoudre la difficulté, on nomma une commission de médecins et d'hommes renommés par leur science. La commission fit une étude approfondie de la question, et dans le rapport qu'elle présenta à la ville de Lyon, elle condamna le projet d'agrandir le cimetière en le prolongeant vers les sources, parce que ces sources seraient alors contaminées et que l'eau deviendrait impotable. Ce rapport fut soumis à la faculté de médecine de Paris, composée des hommes les plus érudits de l'univers, et la faculté ratifia les conclusions de la commission de Lyon.

C'est un fait reconnu par tous les hommes de la science que nos cimetières canadiens sont mal situés, qu'ils sont trop près des églises et des villages. On aime que nos morts reposent à la porte du temple sacré et au pied de la croix. L'idée est belle; mais je le demande, est-ce que nous n'entretiendrions plus les mêmes sentiments de foi et de croyance à l'immortalité, si le cimetière se trouvait à cinq ou six milles de l'église? Est-ce que cette distance nous ferait oublier ceux qui ne sont plus? Non, je ne le crois pas; la véritable affection est plus durable que cela.

A Montréal, lorsqu'il s'est agi de choisir l'emplacement du cimetière actuel, on s'est dit alors qu'il n'y avait pas de danger de le placer à cet endroit, parce que la ville en est séparée par une haute montagne; mais on s'aperçoit aujourd'hui que l'on a

commis une faute énorme et que la présence des nombreux charniers qu'on y rencontre sont un danger continuel pour la population. Ces monuments ont un but sublime ; ils nous rappellent l'éternité ; mais si nous descendons dans ces tombeaux, nous nous trouvons aussitôt en présence d'un foyer de putréfaction, de miasmes et de microbes qui s'exhalent au loin en répandant la mort partout où ils pénètrent. Je ne veux pas me poser en prophète de malheur, mais je n'hésite pas à dire qu'à la première grande épidémie, Montréal disparaîtra, comme ont disparu tant de grandes villes placées dans les mêmes conditions sous le rapport hygiénique. A Madrid, en 1789 ou 1790, l'influenza a détruit les deux tiers de la population ; là comme ailleurs, on avait négligé de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé publique dans le cas d'épidémie.

Comme médecin, j'aurais beaucoup à dire sur cette question scientifique, car la mission du médecin ne consiste pas à courir après la fortune, mais à étudier les secrets de la nature et à soulager ses semblables. Je pense que les remarques que je viens de faire convaincront mes honorables collègues de l'importance du sujet et de l'imminence du danger qui nous menace.

On m'a objecté que ce projet de loi renferme des dispositions inacceptables. Je dois dire que ce n'est pas moi qui l'ai rédigé ; c'est le bureau provincial d'hygiène qui nous demande cette législation. Eh bien, puisqu'il est chargé de veiller à la santé publique, laissons-lui la responsabilité de cette mesure qui, je l'espère, aura d'excellents résultats. Après tout, cette législation ne renferme rien d'extraordinaire ; voici ce qu'elle stipule :

“ Les inhumations dans les charniers particuliers,—à moins d'avoir reçu l'approbation du conseil provincial d'hygiène,—ne peuvent être faites que des trois manières suivantes, savoir :

1. En déposant le cercueil dans une fosse et le recouvrant de quatre pieds de terre, quelle qu'ait pu être la maladie qui a causé le décès ; ou

2. En renfermant le cercueil dans une maçonnerie d'au moins douze pouces d'épaisseur, si l'ouvrage est en pierres, ou d'au moins dix-huit pouces d'épaisseur si l'ouvrage est en briques, la pierre et la brique étant bien noyées dans le mortier.

L'honorable ministre des travaux publics m'a suggéré de changer l'épaisseur de la maçonnerie ; il a peut-être raison. Nous discuterons ce point lorsque le comité sera appelé à adopter la deuxième clause.

La troisième clause se lit comme suit :

“ 3. En entourant le cercueil, sur toutes ses faces, d'une couche de ciment de quatre pouces d'épaisseur.

A cette fin, une niche est construite de manière que l'intérieur puisse mesurer sur sa longueur, sa largeur et sa hauteur, huit pouces de plus que le cercueil qui doit y être enfermé.

Les parois de la niche doivent être en briques cuites cimentées, et avoir quatre pouces d'épaisseur.

Le fond des niches de la rangée inférieure est en briques cimentées comme ci-dessus, ou en béton.

Les niches inférieures servent de fond aux niches supérieures.

Le cercueil est déposé dans la niche ainsi construite, sur quatre blocs en pierre de quatre pouces de hauteur, de manière à laisser un espace libre de quatre pouces sur toutes les faces. Cet espace libre doit être rempli de ciment jusqu'à l'égalité des parois en briques."

C'est le mode que l'on devrait suivre, parce qu'il me paraît le plus économique et qu'il exige moins d'espace. Si, toutefois, on veut proposer des modifications qui seront encore plus favorables que les dispositions actuelles, je serai bien prêt à les accepter.

Ce projet de loi est une modification apportée à l'article 3466 des Statuts refondus qui avait été remplacé par la section 2 de l'acte 52 Victoria, chapitre 36. Dans l'ancienne loi, on disait que les corps devaient être renfermés dans des cercueils métalliques, etc. C'était là une erreur grave et une disposition contraire à la science hygiénique; car il est prouvé qu'aucun cercueil, quelle que soit sa composition, ne peut empêcher la putréfaction de se faire jour. Pour me servir de l'expression des fossoyeurs: "Tout cercueil souffle." Aujourd'hui, on dépose les cercueils sur de simples tréteaux, et, pour aérer les charniers, on pratique tout autour des soupiraux par où s'exhalent des miasmes et des odeurs insupportables. On comprend tout le danger qu'offre un pareil état de choses dans un temps d'épidémie.

Je vais vous citer un exemple ou plutôt un fait qui est arrivé dans mon village, à Saint-Eustache. Il y a quelques années, il fut question de changer de place le cimetière qui se trouvait tout près de l'église. A force d'entasser cadavres sur cadavres, le terrain était devenu complètement saturé. Comme ce cimetière était situé tout près de la petite rivière du Chêne, on décida, contre mon opinion, de le faire égoutter dans cette petite rivière. J'avais alors l'honneur d'être le maire de mon village. J'ai conjuré les paroissiens d'éloigner le cimetière du village. J'ai prié le curé et les marguilliers de l'œuvre de consulter le bureau d'hygiène sur ce sujet. Mais on a passé outre; on a aimé mieux céder aux préjugés et à l'ignorance que de suivre les données de la science. Eh bien! qu'est-il arrivé? Il y a trois ans, une terrible épidémie, la diphtérie, éclata à Saint-Eustache, et, quatre mois durant elle exerça des ravages épouvantables. Ma famille ne fut pas épargnée par le fléau. Un de mes enfants, âgé de 11 ans, en fut atteint, et, au milieu de ses souffrances atroces, il s'écria: "Papa, mon bon papa, opérez-moi donc. J'étouffe, je vais mourir!" J'accours à son appel, et je n'ai que le temps de l'embrasser, il était mort!!—De combien de scènes navrantes n'ai-je point été

témoin pendant cette épouvantable épidémie !—Un fait digne de remarque, c'est que l'épidémie n'a sévi, pendant quatre longs mois, que dans le village, c'est-à-dire à la source même du mal. On n'avait pas voulu écouter mes conseils et ceux de la science, et la mort avait fait de nombreuses victimes parmi notre population. On avait prétendu que les charniers n'offriraient aucun danger, pourvu que les cercueils fussent faits en métal. L'expérience prouva malheureusement qu'on était dans l'erreur. La science démontre que tout cercueil, qu'il soit fait en fonte, en plomb ou de tout autre métal, finit toujours par *souffler* et qu'il laisse échapper des miasmes ou des microbes qui renferment les germes de nombreuses maladies.

C'est en prenant les mesures que suggère la science ; c'est en augmentant l'épaisseur de la maçonnerie qui renferme les cercueils ; c'est en éloignant les cimetières des centres habités, qu'on parviendra à prévenir la propagation des maladies contagieuses ou épidémiques. Suivons donc l'exemple de Memphis ou d'autres villes des États-Unis où la fièvre jaune exerçait tant de ravages, il y a quelques années. On constate que ce fléau va toujours en diminuant et qu'il disparaît graduellement, parce qu'on a eu recours aux moyens que nous procure la science hygiénique pour protéger la santé publique.

Pendant de longues années, les sociétés médicales les plus savantes de l'Europe ont cherché à connaître la cause des terribles ravages causés par le choléra asiatique, et l'on a finalement constaté que le fléau, qui commençait toujours à sévir dans le delta du Gange, était dû au mode que les Hindous avaient adopté pour se débarrasser de leurs morts.

Ainsi, dans l'Indoustan, on n'enterrait pas les cadavres, comme la chose se pratique dans les autres pays ; on les jetait dans le Gange, parce que c'était un fleuve sacré dont les eaux avaient le pouvoir de laver les péchés. Qu'arrivait il alors ? C'est que lorsque le Gange baissait considérablement de niveau, les cadavres venaient s'amonceler sur les bancs de sable du delta, restaient exposés à la voirie, se décomposaient avant d'être charroyés à la mer et exhalaient des germes pernicieux que le vent disséminait dans toute l'Inde. Voilà pourquoi nous voyions apparaître, dans l'Asie, l'épidémie du choléra tous les quinze ou vingt ans. Naturellement on a amélioré ce mode primitif d'inhumer les cadavres ; les épidémies sont devenues moins fréquentes, mais tout de même le danger n'est pas encore complètement disparu.

Au nom du bureau d'hygiène, je prie cette honorable Chambre de vouloir adopter cette mesure, afin de protéger davantage la santé publique. Après les raisons que je viens d'apporter à l'appui de ma thèse, j'ai l'espoir que le projet de loi ne rencontrera aucune opposition de la part de mes honorables collègues.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

 ASSOCIATION
 DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 27 mars 1890.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

 Cancer du rein chez un enfant de trois ans et demi.

Le Dr. DELORME communique l'observation suivante :

Le cancer primitif du rein étant une affection rare, surtout dans le jeune âge ; j'ai cru pouvoir intéresser les membres de cette Association en rapportant le cas ci-dessous.

Plusieurs auteurs nient l'existence du cancer du rein chez l'enfant, entre autres Lancereaux qui dit que " tous les cas de cancer du rein observés dans le jeune âge doivent être rattachés au sarcome " (Dict. Encyclopedique), mais je crois que dans ce cas-ci nous avons eu affaire à un cancer.

Au mois de mai dernier, Madame B....., m'amène une petite fille de trois ans et demi, en me disant " qu'elle devenait hydro-pique." L'apparence générale de l'enfant n'a rien de particulier : l'intelligence est bien développée, la figure régulière, les yeux grands et brillants et le teint cuivré.

A l'examen de l'abdomen par le palper, on sent dans l'hypochondre gauche une tumeur arrondie, dure, bosselée, insensible au toucher, qui s'étend depuis la crête iliaque jusqu'aux dernières côtes. A la percussion, on a de la matité à la partie supérieure et à la partie postérieure, mais en bas, les circonvolutions de l'intestin passant entre la tumeur et la paroi-abdominale, on a de la sonorité. Pour éviter les douleurs lombaires qu'elle endure, la malade marche la tête et les épaules rejetées en arrière, comme une femme enceinte.

L'analyse du sang révèle une augmentation des globules blancs et une diminution des globules rouges ; l'urine est normale.

Après cet examen, le diagnostic resta suspendu entre une affection du rein et une affection de la rate ; je ne pus rien préciser, ce n'est que deux ou trois mois plus tard que j'ai pu me prononcer. A cette époque, la petite malade a eu plusieurs hématuries à de courts intervalles, ce qui, joint au fait que la tumeur se développait plus à la partie inférieure du ventre, et au passage en avant de la partie malade d'une portion d'intestin, me fit

croire à une tumeur maligne du rein gauche. Il est vrai que certains auteurs affirment qu'il peut y avoir de l'hématurie dans l'hypertrophie de la rate, mais dans ce cas, la tumeur se développe plus dans la partie supérieure de l'abdomen que dans l'autre cas. Les proportions de la tumeur devinrent telles que les dernières côtes furent repoussées en avant et en haut, les intestins furent refoulés à la partie supérieure du flanc droit, et la vessie fut comprimée à tel point que l'enfant était obligée d'uriner au moins tous les dix minutes. Alors, commença à se montrer l'œdème des pieds et des jambes par suite de la compression des veines intra-abdominales.

A peu près quatre mois avant la mort, la malade fut prise de cachexie à marche progressive, malgré son grand appétit qu'elle conserva jusqu'à la mort.

À l'autopsie, on trouva le rein gauche assez hypertrophié qu'il a fallu ouvrir la paroi abdominale dans toute sa longueur pour extraire la tumeur. Le rein avait perdu sa forme normale pour devenir presque sphérique. Le diamètre longitudinal de la tumeur mesurait douze pouces, et l'horizontal en mesurait dix.

À la coupe, la portion corticale présentait des noyaux durs assez nombreux, mais la substance médullaire n'était qu'une masse demi-solide retenue par un stroma fibreux très vasculaire. Le liquide qui s'échappait de cette masse était parfaitement miscible à l'eau.

Prophylaxie des déchirures périnéales.

Le Dr. DESROSIERS lit une note relative à la prophylaxie des déchirures du périnée.

À la fin de la seconde période du travail, au moment où la tête atteint le périnée, celui-ci commence à se distendre, lentement en général, et il est admis que la lenteur du mouvement de descente et de dégagement de la tête est en raison directe de la résistance offerte par le périnée, en raison directe aussi de l'épaisseur de celui-ci. Or, en même temps que le périnée résiste, le sphincter du vagin, le *constrictor cunni* se contracte sous l'influence de l'irritation et du contact de la tête, et cette contraction doit constituer un obstacle de plus au passage du fœtus. Il s'ensuit nécessairement que c'est au moment précis où le périnée aurait le plus besoin d'être soulagé que la contraction spasmodique du sphincter vient rendre la tension des parties molles plus considérable et augmenter la résistance à la sortie de la tête. Quand l'effort expulsif cesse, la tête remonte un peu, comme on sait, la tension périnéale disparaît de même que la contraction du bulbe et, à ce moment là, l'orifice vulvaire est certainement plus agrandi qu'il ne l'était durant la *douleur*. Les auteurs qui sont opposés au support du périnée durant la dilatation de celui-ci se basent sur un fait analogue. Pour eux, le simple contact de la main avec la surface du périnée et de la vulve suffit à

augmenter la contraction du sphincter, et empêche conséquemment, plutôt qu'il ne favorise le dégagement de la partie fœtale.

En résumé il se produit, au moment où la tête atteint la vulve, absolument le même phénomène que celui que nous observons dans le vaginisme : contraction spasmodique du *constrictor cunni* d'où obstacle à la sortie de la partie fœtale laquelle finit toujours, sous l'influence des contractions utérines, par franchir l'orifice vulvaire, mais non sans danger pour les parties molles et en particulier pour le périnée.

La conclusion pratique à laquelle nous arrivons nécessairement, c'est que le moment le plus propice au passage de la tête doit être l'intervalle de deux contractions utérines, puisque c'est à ce moment là même que l'orifice vulvaire est à son *sum-mum* de dilatabilité. Or voici comment je procède depuis bientôt deux ans : au moment où la tête, descendue au détroit inférieur, commence à distendre le périnée, j'en surveille attentivement les mouvements de descente et de dégagement, n'intervenant que pour constater le degré de tension des parties molles. Quand l'effort expulsif fait bomber le périnée, j'ai soin de graduer pour ainsi dire cette tension, et cela en repoussant la tête et l'empêchant de se dégager trop rapidement. J'ai soin, surtout, que la tête ne se dégage pas *durant* une douleur, et quand, durant un intervalle de calme, je crois constater que la douleur suivante va inévitablement amener la sortie de la partie fœtale qui se présente, je refoule, de chaque côté, les parties molles, je refoule en arrière, également, le périnée lui-même, tout en repoussant en haut la tête de façon à la faire se défléchir et à faire remonter l'occiput au dehors, sous l'arcade pubienne. Ces quelques manipulations ne sont guère douloureuses et toujours, jusqu'à aujourd'hui, j'ai réussi, grâce à cela, à faire naître la tête *dans l'intervalle* de deux efforts expulsifs.

Quand l'accouchement se fait avec l'aide du chloroforme ou du bromure d'éthyle, la besogne est de beaucoup simplifiée. En effet, chez beaucoup de malades, en poussant un peu les doses d'anesthésique, on obtient une diminution assez bien marquée de l'intensité des efforts expulsifs, et l'on peut de la sorte ralentir au besoin le mouvement de dégagement de la tête et par conséquent rendre plus graduelle, moins brutale si je puis ainsi parler, la distension des parties molles. En outre, il est admis que, durant l'anesthésie, même simplement obstétricale, le spasme du *constrictor cunni* est toujours annihilé, ainsi que la sensibilité locale, les parties molles sont plus relâchées, toutes circonstances de nature à diminuer les chances de déchirure du périnée.

Je ne prétends pas que cette méthode soit infaillible, ni même qu'elle soit toujours praticable. Ce que je veux constater, c'est qu'elle semble rationnelle, qu'elle m'a permis, j'en suis convaincu, d'éviter plus d'une fois la rupture du périnée, et qu'elle vaut probablement la peine qu'on la mette à l'épreuve.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Valeur pronostique de l'hémoptysie dans la tuberculose.—
Traitement.—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Le pronostic de l'hémoptysie dans le cours de la tuberculose est fondé sur des caractères assez précis et qu'il est indispensable de pouvoir apprécier à leur valeur. Les trois observations suivantes, relatives à des malades qui se sont trouvés en même temps dans le service, en sont des exemples très instructifs.

Le premier, âgé de 38 ans, a été pris brusquement d'une hémoptysie très abondante qui a duré onze à douze jours, elle a été accompagnée d'un mouvement fébrile très léger qui n'a duré que deux jours, point fort important au point de vue du pronostic.

Un second malade, âgé de 23 ans, a été pris brusquement aussi d'une hémoptysie très abondante qui a continué par reprises et ne s'est terminée aussi qu'au bout d'une dizaine de jours. Il n'y a pas eu de fièvre au début, mais au bout de six jours, celle-ci a éclaté brusquement, et, à l'inverse du précédent qui a eu un vestige de fièvre hémoptoïque initiale; en ce cas, la fièvre n'a été que secondaire. On aurait pu croire aussi que chez lui l'hémoptysie était initiale et que ce malade était à la première période de la tuberculose; cependant, en l'interrogeant avec soin, on constata qu'il toussait depuis quelque temps déjà, et de plus on reconnut l'existence de bacilles dans les crachats dès les premiers jours de l'entrée; or les bacilles ne se rencontrent ainsi qu'à une période beaucoup plus avancée de la maladie.

Enfin, une femme de 26 ans a été atteinte d'une hémoptysie qui a duré quinze jours environ avec une interruption de trois à quatre jours. Mais chez elle, la fièvre hémoptoïque a été initiale, très forte, persistant pendant toute la durée de l'hémoptysie et après sa cessation. Quant au début de la tuberculose, il remontait à deux ans environ.

Ces trois cas sont des exemples d'hémoptysie très franche ayant paru soudainement au milieu d'une santé considérée comme bonne, mais liées pourtant à la tuberculose et non initiale malgré les apparences. Cette distinction est capitale dans la pratique, car il est tout différent d'avoir affaire à une tuberculose à son début ou à une tuberculose plus ou moins ancienne. Il faut donc chercher avec le plus grand soin tout ce qui peut être de quelque

utilité à cet égard et poser des questions très précises dans cette direction. L'hémoptysie au cours de la tuberculose est d'ailleurs beaucoup plus fréquente que celle du début.

Un autre point intéressant à étudier est l'influence de l'hémoptysie intercurrente sur la tuberculose en évolution. Or, l'exemple de ces trois malades montre trois éventualités différentes dans cette influence.

Le premier malade, en effet, n'a eu qu'une fièvre éphémère et il a présenté le maximum des chances favorables. L'hémoptysie n'a eu, malgré son abondance, aucune influence sur les allures de la tuberculose qui était torpide auparavant et paraît avoir conservé le même caractère par la suite: l'état général comme l'état local sont restés dans les mêmes conditions.

Chez le second les conditions sont déjà différentes. Il n'y a eu aucune fièvre au début, mais celle-ci s'est montrée vive à la fin où la température a atteint 39° 6. Cette invasion dénote avec certitude un processus pulmonaire aiguë consécutif à l'hémoptysie. Ses conséquences peuvent être assez variables, mais on peut observer alors surtout trois complications principales: foyer pneumonique, foyer broncho-pneumonique et granulose aiguë secondaire. La courbe thermométrique indique ici très nettement ce qui s'est passé. La fièvre a duré dix à douze jours, puis a cessé complètement; on ne peut donc pas supposer qu'il y ait de tuberculose aiguë. Il ne reste donc que les deux autres hypothèses, dont la seconde est plus probable, parce qu'on n'a pas trouvé de foyer pneumonique bien constitué. Le point principal, d'ailleurs, est qu'on puisse écarter sûrement la tuberculose aiguë. Mais il y a eu néanmoins aggravation de l'état de ce malade, bien que la broncho-pneumonise n'ait pas persisté.

Dans le troisième cas, l'hémoptysie a été fébrile; la fièvre a cessé avec l'hémorragie, mais elle a repris quatre ou cinq jours après et a persisté d'une façon continue. On peut donc conclure que la lésion qui a donné lieu à la fièvre persiste encore à l'état d'activité. Ce signe déjà grave par lui-même prend plus d'importance encore si on y joint ceux que donnent l'examen de la poitrine; partout on entend des râles sibilants et quelque râles humides, signes d'un catarrhe aigu des bronches: or, ce sont là les caractères de la tuberculose aiguë à forme catarrhale. On ne trouve pas de trace de foyer pneumonique, mais seulement au niveau des sommets les lésions de la tuberculose ancienne.

Tous les signes persistent depuis un mois et on peut conclure que l'hémoptysie a eu pour effet la transformation d'une tuberculose torpide en une tuberculose aiguë secondaire; il existe même déjà des poussées granuleuses appréciables, dans la région sous-mammaire gauche par exemple, où on trouve un foyer de râles plus fins et plus secs. Le pronostic est donc devenu fatal alors que, sans l'hémoptysie, la tuberculose eût pu garder sa torpidité.

—L'hémoptysie initiale, c'est-à-dire constituant le premier phénomène de la tuberculose, peut être mortelle d'emblée, et Graves avait déjà signalé ce fait qu'il avait vu plus d'un malade succomber à cette première atteinte d'hémorrhagie sans que l'autopsie ait montré de lésion pulmonaire. M. Jaccoud a observé aussi cette marche foudroyante. D'autre part lorsque cette hémoptysie éclate avec fièvre d'emblée, elle constitue un mode de début ordinaire de cette forme appelée tuberculose pneumonique. A l'inverse de la tuberculose ordinaire, neuf fois sur dix peut être, elle débute par une hémoptysie fébrile.

—Étant donnée l'importance de l'hémoptysie au point de vue du pronostic, il est bon de préciser laquelle de ces diverses éventualités peut se produire, lorsque ce phénomène survient; or cette prévision peut être établie, d'une part, d'après l'élément fièvre et d'autre part, d'après le mode de terminaison de l'hémoptysie.

L'élément fièvre a une importance considérable; si l'hémoptysie n'est pas accompagnée de fièvre, si celle-ci ne survient pas dans les huit jours, le pronostic est aussi favorable que possible et on peut être presque assuré que l'hémoptysie n'aura aucune influence fâcheuse sur la tuberculose; c'est cependant à la condition qu'il s'ajoute à ce signe un élément favorable; c'est le mode de terminaison de l'hémoptysie. Celle-ci peut, en effet, se terminer suivant trois modes différents.

Dans le premier, le sang garde jusqu'à la fin sa rutilance, les crachats terminaux sont aussi rouges que les premiers.

Dans le second mode, plus fréquent que le premier, deux jours avant la fin de l'hémoptysie, le sang devient noir et est rendu par fragments pelotonnés; de plus, il ne peut plus reprendre sa coloration rouge au contact de l'air; néanmoins il reste pur jusqu'à la fin.

Enfin, dans un troisième mode, le sang devient noir, puis est mêlé de mucosités visqueuses et peu à peu est remplacé par cette expectoration visqueuse qui continue.

La signification de ces différents modes est différente.

Dans le premier cas, le sang, versé dans les bronches, n'a pas pénétré ou séjourné dans les canalicules ou les alvéoles, et cette particularité, jointe à l'absence de fièvre est d'un excellent pronostic.

Dans le second cas, au contraire, le sang est noir parce qu'il a pénétré dans les alvéoles, et y a séjourné assez longtemps pour avoir perdu la faculté de s'artérialiser de nouveau. Il est à craindre alors qu'il n'en reste et que le séjour n'ait produit un travail irritatif, il faut donc se tenir en garde, car ce reliquat peut être le point de départ d'un processus broncho-pulmonaire.

Enfin lorsque l'expectoration visqueuse accompagne et suit l'hémoptysie, cette irritation peut être considérée comme certaine, car c'est elle qui est la cause de ce phénomène.

On peut observer encore d'autres formes d'hémoptysies qui,

complètement indépendantes de la tuberculose, quand elles se produisent peuvent être néanmoins phthisiogènes : elles produisent la phthisie *ab hæmoptoe*. Pour cela, elles déterminent d'abord une pneumonie ; celle-ci se résout mal et il reste ainsi un point favorable à la fixation du bacille et à son développement. L'hémoptysie ne provoque donc pas directement la tuberculose ; il y a entre ces deux accidents un intermédiaire qui est le processus pneumonique.

Le traitement des hémoptysies comporte quelques particularités sur lesquelles M. Jaccoud insiste tout spécialement. On doit considérer à ce point de vue les hémoptysies selon qu'elles sont apyrétiques ou fébriles. Dans le premier cas il suffit souvent, indépendamment des moyens généraux applicables à toutes les hémorrhagies, de l'emploi du ratanhia, de l'acide gallique ou du perchlorure de fer. Si l'hémoptysie est très abondante on emploie les injections sous-cutanées d'ergotine ou l'extrait thébaïque à haute dose, par pilules de 0.02 centigrammes toutes les heures, jusqu'à production de la somnolence ; on peut aller ainsi jusqu'à la dose de 0.02 ou 0.40 centigrammes. Il faut y ajouter les révulsifs, ventouses, etc.

S'il y a fièvre, les moyens à mettre en œuvre sont différents : c'est avant tout l'ipéca à doses fractionnées. Suivant la force du malade on donne des prises de 0.05 ou 0.10 centigrammes, une tous les quarts d'heure jusqu'à production de l'état nauséux mais sans vomissements ; on écarte alors les doses, en ne les donnant que toutes les demi-heures ou toutes les heures.

L'ipéca ici est préférable au tartre stibié parce qu'on ne risque pas autant de provoquer la diarrhée qui serait nuisible dans ces circonstances.

C'est d'abord aussi un inconvénient de l'ipéca parce que les sujets sont déjà débilités et peuvent tomber facilement dans le collapsus. Aussi ne faut-il employer ce moyen que si on peut surveiller les malades de très près, et s'assurer, toutes les heures, par le thermomètre que la température ne descend pas au-dessous de la normale.—*Journal de médecine pratique*.

Régime alimentaire dans l'insuffisance rénale, par DEJARDIN-BEAUMETZ.—À mon avis, dit l'auteur, chaque fois qu'on est appelé à prescrire un régime alimentaire à un malade atteint d'insuffisance urinaire, deux indications s'imposent : 1^o empêcher les toxines de se produire dans le tube digestif ; 2^o réduire au minimum les toxines qui peuvent exister dans les aliments.

On répondra à la première indication par l'antisepsie intestinale si bien connue depuis les travaux du professeur Bouchard, et qui peut être pratiquée soit par la voie stomacale, soit par la voie intestinale.

Pour répondre à la seconde indication, on devra n'autoriser

que les aliments aussi exempts que possible de matières toxiques. A ce titre devront être proscrites les viandes avancées, le gibier faisandé ou forcé, les poissons suspects, en particulier la morue qui dégage une odeur ammoniacale, la moule si fréquemment cause d'accidents, etc.—Même interdiction pour les fromages forts, pour toutes les viandes mal cuites. On prescrira donc de préférence les viandes bien cuites (bœuf à la mode, veau à la gelée, poulet au riz). La cuisson prolongée, supprime les dangers de putréfaction, ce qui explique la tolérance des albuminuriques pour le porc rôti qui demande à rester longtemps exposé au feu. — De même les jambons jouissent d'une certaine innocuité, la salaison qu'ils subissent retardant leur fermentation.

Aux malades atteints d'insuffisance urinaire convient particulièrement le régime végétarien, et par là j'entends l'alimentation par les œufs, les farineux, les légumes verts et les fruits.

a) Les œufs devront être donnés cuits (omelette, crème, etc.), afin que l'albumine soit saisie par la chaleur, bien que je ne croie pas qu'elle puisse passer par le rein.

b) Les féculents, en purée de préférence : pomme de terre, haricots, lentilles, farine lactée, chocolat; bouillies faites avec des grains différents de blé, riz, orge, avoine, maïs; riz sous toutes les formes, panades, pâtes alimentaires.

c) Légumes frais : épinards, artichauts (auxquels on a attribué des propriétés contre l'albuminurie), salades cuites, fruits cuits.

En outre de tout cela, lait frais ou bouilli, ou bière légère, plus exceptionnellement un vin blanc léger très étendu d'eau. Mais pas d'alcool.

Ajoutez au régime quelques laxatifs pour faciliter l'élimination des substances nuisibles, des frictions pour exciter les fonctions de la peau, et vous parviendrez avec beaucoup de patience, lorsque toutefois le rein n'est pas atteint dans sa totalité, à prolonger, parfois même à guérir des malades considérés comme perdus.—*Mercredi médical.*

La myocardite segmentaire essentielle chronique.—M. le professeur RENAULT (de Lyon) a fait lire à l'Académie un travail sur une forme particulière de myocardite qui se caractérise anatomiquement par le ramollissement du ciment qui unit bout à bout les cellules musculaires du cœur. Cette myocardite segmentaire essentielle n'est pas, comme les autres myocardites segmentaires symptomatiques des affections valvulaires, accompagnée de lésions des séreuses, de cirrhose cardiaque ni d'endartérite des vaisseaux du myocarde.

On l'observe chez les vieillards ou les individus sénilisés prématurément par l'alcoolisme, la goutte, ou à la suite de quelques maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde.

Cette cardiopathie se révèle par l'arythmie du cœur et du pouls.

M. Renaut distingue deux formes de pouls myocardique : le *faux pouls régulier* où les pulsations artérielles ne sont plus ni équipotentielles ni équidistantes, bien qu'au doigt elles semblent régulières, et le *pouls arythmique vrai multiforme* où on voit d'instant en instant les pulsations changer de hauteur, de distance entre elles, de rythme, etc. Les variations de ce pouls défient toute description.

Comme trouble cardiaque, M. Renaut signale l'*effacement du choc précordial localisé* et une *matité rectangulaire du cœur*. Les bruits normaux sont affaiblis et tôt ou tard apparaît d'une manière épisodique ou permanente un *souffle systolique médico-cardiaque*, c'est-à-dire siégeant à égale distance de la pointe et du foyer sigmoïdien, bruit limité, se propageant très peu et se distinguant des souffles dus à l'endocardite déformante de la mitrale, parce qu'il ne s'accompagne d'aucun bruit harmonique surajouté.

De plus, la myocardite segmentaire ne produit ni la tuméfaction avec sensibilité du foie, ni les veinosités du visage, ni l'encombrement des grands réservoirs veineux, ni les autres signes de dilatation du cœur droit. On remarque seulement chez beaucoup de ces malades un très léger œdème malléolaire presque latent et quelquefois un peu d'œdème pulmonaire des bases surtout à gauche.

La mort peut survenir par syncope brusque ou asystolie, par thromboses corticales du cerveau. Ces malades ont une vulnérabilité particulière aux causes morbifiques accidentelles : un rien les tue. Il faut leur donner la digitale et les toniques généraux, leur éviter surtout les bronchites et, quand celles-ci durent un peu, associer l'ergot de seigle à la digitale.—*Concours médical.*

Accidents consécutifs à la lithiase biliaire, par M. le professeur POTAIN.—Les accidents qui peuvent être consécutifs à la colique hépatique sont extrêmement nombreux, et il est souvent bien difficile de prévoir ceux auxquels ces malades restent exposés. Indépendamment de la cholécystite et des accidents les plus habituels qui peuvent être observés en ce cas, il peut survenir des phénomènes dont le diagnostic est fort embarrassant. La vésicule enflammée peut être le point de départ d'une lésion du foie qui peut être dur, ferme, et par sa consistance faire penser à un cancer hépatique alors qu'il s'agit seulement d'une variété de cirrhose dont l'origine serait très obscure si on n'avait suivi la marche des accidents dès le début.

On voit aussi assez souvent se produire chez les malades qui ont eu de l'ictère, un amaigrissement plus ou moins marqué, des troubles digestifs, tous phénomènes qui semblent indiquer la part prise par le pancréas au processus pathologique. M. Potain a observé ainsi une malade chez laquelle les gardes-ropes renfermaient une grande quantité de matières grasses ; ce fait semble indiquer un trouble profond dans la sécrétion pancréatique.

D'ailleurs, le cancer du pancréas peut lui-même donner lieu à une erreur inverse, M. Potain a vu un malade chez lequel la vésicule biliaire très distendue donnait en outre la sensation d'un corps dur faisant penser à un calcul biliaire. Un chirurgien, appelé pour soulager ce malade arrivé à un état très grave, fit la laparotomie, retira sept à huit cent grammes de liquide de la vésicule, mais ne rencontra pas de calcul; la dureté sentie était produite par le pancréas cancéreux, augmenté de volume. Ce sont là des cas très rares, mais le diagnostic des affections abdominales et en particulier des affections hépatiques est si difficile en général, qu'il faut connaître toutes les éventualités qui peuvent se présenter.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par M. ESPINA Y CAPO.—Il est du plus haut intérêt d'établir le plus rapidement possible le diagnostic de la tuberculose, parce que c'est à cette période du début que le traitement a son action la plus efficace et qu'on est en droit d'espérer des guérisons. A ce titre, le travail suivant de M. Espina y Capo est des plus instructifs.

Les données étiologiques, on le sait, maintenant que l'hérédité et la contagion de la tuberculose ne sont plus en discussion, ont une importance considérable comme premier élément de diagnostic. Nous n'y insistons que pour mémoire.

A côté des données fournies par l'étiologie, M. Espina y Capo passe en revue un ensemble de signes qui peuvent de propos délibéré faire rechercher et trouver la tuberculose commençante :

Tout périmètre de la cage thoracique qui n'atteint pas la moitié de la taille de l'individu doit faire soupçonner la maladie : le grand enfoncement des fosses claviculaires, certain prolongement du diamètre antéropostérieur du thorax, la grande décussation des espaces intercostaux et l'accentuation du triangle trapézo-claviculaire, sont également des signes d'une respiration défectueuse du sommet du poumon.

A ce moment il n'y a pas encore de toux : mais la moindre cause provocatrice détermine une toux quinteuse et fatigante, gutturale, avec sensation d'âpreté, si c'est le larynx qui est pris d'abord, et le laryngoscope permet d'apercevoir sur une muqueuse pâle, des ecchymoses, des éminences granuleuses. Si c'est le poumon qui est atteint, la *toux se produit par quintes sèches et avec une expectoration peu abondante, séro-muqueuse.* Cette toux est intermittente et coïncide avec le développement de chaque germe tuberculeux. A côté de ces signes se montre une *dyspnée d'effort*, qui disparaît par le repos. Une autre forme de dyspnée est la *migraine à forme oppressive.* Des modifications vasomotrices se manifestent dans certaines circonstances sur les joues, sous forme de *plaques rouges* transitoires.

Déjà à cette époque la percussion montre une *tonalité plus*

aiguë qu'à l'état normal, et l'auscultation montre une *respiration rude*, difficile, avec une *expiration active*, en même temps que se montre concurremment aux dyspnées déjà signalées, une *accélération permanente du rythme* respiratoire.

Puis viennent les indices d'un trouble de la santé générale, les troubles menstruels chez la femme, et les dyspepsies dont l'un des caractères fondamentaux est le manque d'appétit et un goût particulier pour les aliments à température basse.

Si nous joignons à ces signes, l'hémoptysie, l'examen du pouls et de la température, nous aurons un faisceau de probabilités suffisant pour avoir un diagnostic, et surtout pour formuler un traitement énergique, à une période où la tuberculose pulmonaire est certainement curable; période qui, dans l'esprit de l'auteur, précède la période catarrhale avec expectoration, phase qui est regardée comme la première par les auteurs. A ce point de vue le travail de M. Espina y Capo est du plus haut intérêt pour le médecin et j'ajouterai certainement pour le malade, surtout à une époque où la médecine tend à devenir plus tard une science de prophylaxie.—*Gazette médicale de Paris*.

Pneumonie du sommet.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—La pneumonie du sommet est encore très diversement appréciée par les auteurs, les uns en faisant une forme pathologique toute spéciale, les autres au contraire n'attribuant à cette distinction aucune importance. M. Potain pense qu'il ne faut y voir une espèce différente, ni même une variété, mais simplement une localisation présentant toutefois certaines particularités assez spéciales et qu'il faut connaître pour pouvoir établir un pronostic.

La fréquence de la pneumonie, qui se rencontre beaucoup plus souvent du côté droit que du côté gauche, présente ceci de tout à fait spécial qu'elle varie beaucoup avec les épidémies. Stokes et Grisolle ont cité des cas dans lesquels presque toutes les pneumonies occupaient le sommet. Au point de vue étiologique on a remarqué aussi que cette pneumonie était surtout fréquente chez les vieillards et les enfants, les alcooliques et surtout les absinthiques; enfin le froid paraît avoir moins d'influence sur cette forme que dans les autres. De plus, l'état bilieux paraît favoriser aussi son développement et la plupart des pneumonies du sommet: peut-être est-ce là la raison qui fait que dans certaines épidémies, cette localisation est à peu près constante.

S'il y a quelques différences, bien difficiles souvent il est vrai à apprécier, dans l'étiologie, il en est d'autres, peut-être un peu plus nettes dans la symptomatologie. C'est ainsi que la douleur manque plus souvent que dans les autres formes et, si elle existe, n'est nullement en rapport avec la localisation. La dyspnée est plus intense, proportionnellement à la surface atteinte, mais l'expectoration manque souvent.

La question du délire est peut-être celle qui a le plus préoccupé les observateurs. Sa fréquence est certainement plus grande que dans les autres formes. Bouillaud attribuait ce fait à ce que les malades sont souvent des débilités et des alcooliques. Mais ce qui fut sa caractéristique, c'est que la pneumonie étant fréquemment latente, ce délire survient souvent pendant cet état latent et peut rester ainsi longtemps inexpliqué. On voit alors des malades ne présentant aucun phénomène attirant l'attention sur l'état du poumon et qui sont dans un état d'excitation étrange. M. Potain rapporte ainsi avoir été appelé auprès d'une malade considérée comme aliénée parce qu'elle s'était précipitée sur son médecin avec violence au moment où il voulait l'examiner. A l'auscultation on constata chez elle une pneumonie du sommet pas-ée jusque-là complètement inaperçue. C'est d'ailleurs un fait qui se produit fréquemment dans les asiles, où on voit des aliénés pris d'accès de manie sous cette influence pneumonique. Ce délire du reste, tombe généralement en même temps que la fièvre et c'est même là un élément important de pronostic. Quant au diagnostic, il est ordinairement facile si on pense à pratiquer l'auscultation. Toutefois une difficulté peut se présenter : c'est l'existence, au sommet, de bruits cavitaires semblables à ceux de la tuberculose. Ces signes, il est vrai, se modifient rapidement, aussi est ce surtout le premier examen qui est difficile, et est-il quelquefois impossible de se prononcer dès le début.

Le pronostic de cette forme est aussi extrêmement variable suivant les cas, suivant aussi les épidémies : il ne dépend pas seulement du siège de la lésion, mais des conditions générales dans lesquelles elle se fait. La fréquence du pouls et la fréquence de la respiration coïncidant avec une température relativement peu élevée, sont d'un pronostic défavorable ; mais il faut tenir compte encore de la saison où s'observe la maladie. Besnier a montré, en effet, que, toutes choses égales d'ailleurs, les pneumonies d'été ou de printemps sont moins graves que celles d'hiver. C'est là un élément de pronostic qui doit entrer en ligne de compte à côté des autres qui ne peuvent en aucun cas être considérés isolément.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

La fécondité des mariages en France.—Le relevé qui a été fait par l'Administration pour l'application de la nouvelle loi donnant certains avantages aux pères de plus de sept enfants, a permis de constater qu'il existait en France 2 millions de ménages n'ayant pas d'enfants, 2 millions $\frac{1}{2}$ en ayant un, 2,300,000 en ayant deux, 1 million $\frac{1}{2}$ qui en ont trois, environ 1 million qui en ont quatre, 550,000 qui en ont cinq, 330,000 qui en ont six, et enfin 200,000 qui en ont sept ou davantage.

CHIRURGIE.

Fractures spontanées des tabétiques—Clinique de M. le prof. VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié.—L'histoire des fractures spontanées chez les tabétiques est toute récente. Ceci tient à ce que le tabes lui-même n'est connu et diagnostiqué que depuis peu d'années.

En cherchant dans les vieilles observations de fractures spontanées chez des paraplegiques, de fractures spontanées par fragilité osseuse, on en trouverait sans doute où le tabes a été méconnu.

Nous nous rappelons avoir soigné, en 1869, une fracture du col, par chute sur la hanche ; c'était un cas de ce genre.

Dans ces six dernières années, les recherches de MM. Charcot, Féré, Bruns ont spécialement éclairé la question. La thèse de M. Simon est un bon résumé de son état en 1886.

La malade, dont nous voulons parler aujourd'hui, est entrée le 14 octobre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 3.

Elle avait le coup-de-pied droit énorme, avec toute l'apparence d'une ostéo-arthrite aiguë tibio-tarsienne : M. Kirmisson reconnut une fracture bi-malléolaire.

Cependant la malade marchait depuis l'accident, remontant à quelques jours et ne souffrait pas du tout.

Nous rappelons votre attention sur ce symptôme "peu de douleurs" : il doit rendre méfiant.

Nous avons soigné, il y a quelques années, une fracture type de l'avant-bras, indolore : le malade était diabétique ; d'autre fois, il s'agira d'acoolisme.

Ici, c'est le tabes qui était en cause, ainsi que nous l'apprit surabondamment l'histoire de la malade : mère névropathe, père ivrogne, migraines pendant la croissance, deux enfants, dont une fille morte de convulsions ; pas de syphilis.

Il y a quatre ans, arthrite sèche des genoux.

À cette époque, apparurent, dans les membres, des douleurs fulgurantes. La vue baissa.

Il y a trois ans, sans chute, sans cause aucune, éclata une douleur très-vive dans la cuisse gauche : le fémur était fracturé.

Aujourd'hui, les réflexes rotuliens sont supprimés ; pas d'incoordination motrice. La cuisse fracturée est plus courte que l'autre de 3 centimètres.

Le tabes, chez cette malade, était jusqu'à présent ignoré. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'on est mis sur la voie de cette affection par une fracture spontanée.

Ce nom de "fracture spontanée" répond-il bien à la réalité ?

Nous préférons celui de fracture pathologique : un os ne se fracture pas tout seul, mais il est soumis à la pesanteur, au poids du corps, à la contraction musculaire. Les fractures des tabétiques portent surtout sur le membre inférieur. Dans la fragilité osseuse de cause inconnue, les fractures portent aussi bien sur les membres supérieures que sur les inférieurs.

Les fractures des tabétiques sont fréquemment multiples.

Sur 26 cas, réunis par M. Simon, 14 fois il n'y a eu qu'un os fracturé; 12 fois leur nombre variait de 2 à 8. Dans un cas, la multiplicité des fractures était telle, que la malade était "devenue bosselée et noueuse, transformée, en quelque sorte, en un sac de noix."

Le plus souvent, le chiffre des fractures est de deux ou trois; notre malade en eut deux.

Les grands os sont le plus souvent atteints. M. Simon rapporte les chiffres suivants: sur 42 fractures, les fémurs étaient brisés 17 fois, les os de jambe 10 fois, ceux de l'avant-bras 6 fois; 3 fois la fracture portait sur la clavicule; 2 fois seulement sur l'humérus.

Les fractures des os plats se comptent par unité (omoplate, os iliaque)

Nous ne trouvons qu'un cas de fracture d'un os court, l'astragale, dans un fait de pied tabétique, publié par MM. Charcot et Féré.

Chez notre sujet, il y a deux fractures d'os long, l'une diaphysaire, l'autre épiphysaire.

Les fractures pathologiques des tabétiques indolores peuvent passer inaperçues. C'est ainsi que M. Féré a l'autopsie d'une malade porteur d'arthropathies multiples tabétiques, découvrit une fracture de l'os iliaque droit et une autre du péroné gauche méconnues pendant la vie.

On pourrait croire que des fractures, qui se font si facilement, se consolident mal: les lésions sont profondes; raréfaction du tissu compact; agrandissement énorme des canaux de Havers, d'autant plus accentué qu'on approche davantage de la cavité médullaire; ramollissement de l'os, tel que, dans un cas, on pouvait le couper par tranches, avec un couteau. Les phosphates diminuent dans une proportion considérable; les carbonates restent en quantité normale.

Mais ces graves altérations de l'os, ces fractures se consolident presque toutes vite et avec un cal exubérant: notre malade en a un gros comme les deux poings.

Il faudrait peut-être faire ici une distinction entre les os plats et les longs. C'est ainsi que, chez le malade de M. Féré, dont nous avons déjà parlé, la fracture de l'os iliaque, était restée non réunie, tandis que celle du péroné s'était consolidée. N'y aurait-il pas aussi une différence, suivant que les fractures portent sur la

diaphyse ou l'épiphyse d'un os long? Ce sont là deux régions distinctes à tous les points de vue, ayant, en particulier, une pathologie fort différente.

Ainsi la tuberculose des diaphyses est fort rare; celle des épiphyses des plus communes.

En 1869, nous avons soigné un tuberculeux pour une fracture diaphysaire de la jambe et une épiphysaire du radius: la première guérit sans peine, la deuxième traîna. Il se fit à son niveau, une poussée d'ostéite tuberculeuse qui envahit l'articulation et nécessita l'amputation de l'avant-bras.

D'autre part, l'ostéo-sarcome, fort rare dans les régions diaphysaires, est très commune aux épiphysaires.

Chez les tabétiques, les fractures des épiphyses semblent d'une réunion plus difficile que celles des diaphyses. Chez notre malade à la fracture du col, l'immobilisation ne fit rien, et, en quelque temps, l'extrémité supérieure du fémur disparut presque entièrement par résorption.

La malade, actuellement dans nos salles, présente une mobilité astragalienne considérable.

Les fractures des os courts pourraient, à ce point de vue, être rapprochées de celles des épiphyses.

Dans le seul cas connu, celui d'une fracture de l'astragale, il n'y eut pas réunion.

Les fractures des tabétiques exigeront-elles un traitement particulier? Non, au point de vue chirurgical: oui médicalement; et pourtant le traitement du tabes est de valeur bien douteuse. On devra, au moins, tenter le traitement spécifique.

Dans notre cas, en particulier, nous croyons qu'il serait imprudent de laisser marcher le malade avec sa mobilité astragalienne, aussi lui mettrons-nous une botte silicatée.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des fractures transversales de la rotule. par L. PANNETER.—Les fractures simples de la rotule doivent être traitées par les appareils prothétiques. Ainsi le veut une chirurgie sage et prudente, qui voit chez le blessé un semblable et non un sujet à opérations brillantes et hasardeuses. Le bistouri ne doit apparaître que dans des cas spéciaux et bien déterminés, dans les fractures récentes par exemple, lorsque la formation d'un cal osseux ou d'un cal fibreux très court paraît devoir être entravée en raison d'un écartement trop considérable des fragments, ou d'un défaut de coaptation dû à l'interposition de tissu fibreux. L'arthrotomie et la suture osseuse donneront encore d'excellents résultats dans les fractures transversales anciennes avec long cal fibreux et impuissance du membre, dans les fractures compliquées de plaies, mais ici comme toujours elles devront être pratiquées, sous peine de désastres, avec la plus rigoureuse antisepsie.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement des entorses du pied, par M. le Dr RECLUS. — Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Broussais, M. Reclus expose le traitement qu'il met actuellement en usage et qui lui a fourni les meilleurs résultats. Il le fait reposer sur trois facteurs qui sont: la compression méthodique,—l'immersion dans l'eau chaude,—le massage.

Dès qu'une entorse s'est produite, il enveloppe la région malade avec une bande élastique, en commençant l'application au niveau des orteils, en l'enroulant autour du pied, puis du cou-de-pied jusqu'à mi-jambe environ; il ne la serre juste que ce qu'il faut pour qu'elle puisse tenir, en recommandant bien au blessé de l'enlever si elle le gênait. Lorsque l'entorse n'est pas très grave, il permet les mouvements et la marche. Deux fois par jour, matin et soir, il enlève cette bande élastique pour essuyer et laver la région, afin d'éviter la production d'eczéma ou de furoncles.

On plonge la jointure blessée dans un bain à la température de 40 à 50 degrés. Sous l'influence de ce bain, la douleur cesse, si la bande élastique ne l'a pas déjà diminuée, et la circulation s'active. La durée du bain est de quinze à vingt minutes.

Afin d'activer la résorption, on fait le massage qui constitue le troisième terme du traitement. La séance dure de dix à quinze minutes après quoi on enveloppe le membre pendant douze heures sous la bande en caoutchouc.

Pour pratiquer le massage on doit oindre la jointure d'huile et de vaseline, entourer des deux mains le pied et le cou-de-pied et presser avec la face palmaire des pouces la région douloureuse et gonflée. C'est d'abord un frôlement doux, un glissement rapide, une pression légère et toujours dirigée des pieds vers les mollets. Ces frictions sont de rigueur et doivent toujours être faites dans le sens du courant veineux, c'est-à-dire de bas en haut. Cette manœuvre refoule les exsudats périarticulaires vers le mollet.

La guérison peut, par ce moyen, se faire en moins d'une quinzaine.—*Paris médical.*

Du traitement abortif du furoncle et de l'anthrax, par M. le Dr POLAILLON.—L'anthrax reconnaît pour cause le développement d'un microbe, lequel se retrouve dans l'ostéo-myélite et le panaris. Puisque l'anthrax est un foyer à micrococci, le meilleur moyen de faire avorter la maladie consiste à détruire le centre morbide chez les sujets bien portants; l'anthrax guérit souvent par les cataplasmes et les bains, cependant il faut se défier de l'anthrax au début qui peut prendre une marche inquiétante. Etant donnée la présence du microbe, l'incision au bistouri est dangereuse, parce qu'elle ouvre la voie aux inoculations, je lui préfère l'incision au thermo-cautère qui détruit les germes; mais

rien n'égale les caustiques, tels que la pâte de Canquoin, introduite sous forme de flèches.

Pour procéder d'après cette méthode, j'introduis par les voies de suppuration des flèches de pâte de Canquoin que j'enfonce dans le bourbillon. En quelques heures le bourbillon forme une masse solide, séparée des tissus sains par du tissu cautérisé, et en quelques jours l'eschare s'élimine laissant une surface bourgeonnante qui se cicatrise très rapidement. Si le bourbillon n'apparaît que légèrement à la surface de la peau, j'introduis les flèches en ponctionnant la tumeur avec le bistouri ou le thermo-cautère. Lorsque l'anthrax est à son début et qu'il n'y a pas de suppuration, les émoullients, compresses ou cataplasmes, imbibés d'une solution phéniquée ou de sublimé au 1/1000^e, l'eau servant aux cataplasmes étant la solution médicamenteuse.

Ce traitement est douloureux pendant une, deux ou trois heures, mais il fait cesser avec rapidité la fièvre et tous les autres phénomènes inquiétants. Sur 75 anthrax, dont quelques-uns énormes, j'ai obtenu 74 guérisons par le traitement de la cautérisation avec les flèches de chlorure de zinc. La durée moyenne du traitement a été de 21 jours, par conséquent une durée très abrégée.—*Lyon médical.*

Opérations sèches.—La tendance actuelle est de réduire l'emploi des antiseptiques au minimum, et de faire de l'asepsie. LANZNERER, dans une communication au dix-huitième Congrès des chirurgiens allemands, avoue ne pas avoir toujours été très satisfait des préparations stérilisées, particulièrement des liquides stérilisés, moyens infidèles. Actuellement, il opère en réduisant l'emploi des liquides au strict nécessaire, et évite d'en mettre en contact avec la plaie. Les instruments sont bouillis et plongés ensuite dans une solution phéniquée faible; les mains sont nettoyées suivant le procédé de Fürbringer, en employant de l'alcool contenant 50 centigrammes de sublimé pour 1000, au lieu d'alcool pur; le champ opératoire est nettoyé par ce dernier procédé. Pendant l'opération, la gaze sèche au sublimé remplace les éponges, et les parties incisées dans lesquelles ne travaille pas le bistouri sont bourrées avec la même gaze. L'opération terminée et l'hémostase assurée, on tamponne solidement la plaie avec la gaze sèche pendant quelques minutes, puis l'on met les sutures que l'on serre après avoir bien exprimé le sang; pas de drainage; pansement modérément compressif.

Les avantages de cette manière de faire sont les suivants: 1^o le malade n'est ni mouillé, ni refroidi; 2^o la perte de sang est minime; 3^o il n'y a pas de danger d'intoxication, surtout si, grâce à un appareil stérilisateur, on peut substituer la gaze stérilisée à la gaze au sublimé; 4^o plus courte durée de l'opération; 5^o guérison plus rapide et plus sûre. Dans quatre-vingt-dix opérations

diverses, Landener n'a eu aucun accident, et les sécrétions des plaies ont été nulles. Cette pratique nous paraît recommandable pour les opérations pratiquées en ville ou à la campagne.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Fausse tumeur du sein.—FOWLER (de New-York) rapporte sept observations fort intéressantes de tumeurs du sein d'origine hystérique. Toutes ses malades étaient des femmes ou des filles de vingt à trente ans, très nerveuses ou franchement hystériques. La tumeur était quelquefois double, plus souvent unique et alors siégeait plus souvent à gauche, dans la partie externe du sein; ces tumeurs offraient le volume d'une noix à un œuf de poule, étaient ovoïdes, très dures, très sensibles au moindre contact, surtout quand le contact était attendu, car, dans plusieurs cas, la pression du corset n'était nullement douloureuse et la malade supportait sans se plaindre une pression assez forte sur la tumeur si son attention était attirée d'un autre côté. Dans la plupart des cas, la tumeur datait de quelque temps et, plusieurs fois, il y avaient nettement eu un accroissement graduel. Pas d'engorgement ganglionnaire. On observait aussi généralement de la douleur ovarienne et, au toucher vaginal, une vive sensibilité et une sorte d'induration du col de l'utérus.

L'ablation de la tumeur avait été plusieurs fois conseillée par divers chirurgiens et par l'auteur lui-même et eut été pratiquée si la tumeur n'eût manifesté une diminution marquée sous l'influence du toucher vaginal que l'auteur érige en méthode de traitement.

La plupart des malades étaient filles ou veuves et furent radicalement guéries par le mariage. Les récidives étaient fréquentes et une des malades de Fowler, très passionnée, avait remarqué que la tumeur survenait chaque fois qu'elle avait quelque intrigue amoureuse, pour disparaître après.

Malgré les résultats obtenus, on ne peut que blâmer la méthode de traitement du Dr. Fowler; chez des malades de ce genre surtout, on doit pouvoir trouver d'autres procédés.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Plus de pansements.—Tel est le titre d'un article que M. le Dr Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lauzanne, a publié dans la *Revue médicale de la Suisse romande* de décembre dernier. La théorie sur laquelle il base sa nouvelle méthode est assez logique, en somme. Voici les principaux points de son exposé et les résultats qu'il a obtenus.

Les salles d'opération; les opérateurs, leurs aides, leurs instruments étant rendus aseptiques, il est difficile d'inoculer la plaie. Celle-ci étant fermée hermétiquement par la suture, il suffit de protéger cette suture par une simple bandelette de gaze iodofor-

mée ou sublimée. On a d'abord supprimé le milieu nourricier pour les quelques microbes qui ont "forcé la consigne," en séchant autant que possible les surfaces cruentées; c'est le but de l'hémostase minutieuse, des sutures étagées qui forment les espaces morts et rendent inutiles les tubes à drainage. Les rares microbes introduits en contrebande par l'air de la salle d'opérations ne trouvent plus, pour se multiplier avant l'attaque, des caillots de sang, des masses de sérosité dans la profondeur de la plaie, dans les drains ou même dans le pansement. Dans la lutte avec les phagocytes et les tissus fraîchement oxygénés, ils ont bien des chances de succomber rapidement si leur nombre ne vient plus compenser leur faiblesse relative.

Persuadé de l'inutilité, dans la plupart des cas, des pansements "qui ressemblent parfois à un emballage aussi coûteux qu'inutile," M. Roux a fait quelques essais avec deux sortes de pansements, dont il appelle l'une, le *pansement suturé*, et l'autre, la *suture pansement*. Il n'en est pas encore arrivé à prôner l'absence complète de tout pansement, mais cela viendra. Il nous l'a promis.

Pour ces essais, il s'est servi : 1^o de gaze sublimée, exprimée encore dans le sublimé à 1 pour 1000.

Les pansements suturés, appliqués exclusivement sur des plaies non drainées, se composaient d'une bandelette de gaze iodoformée recouvrant la ligne des sutures et, suivant le degré prévu de suintement d'une ou plusieurs bandelettes sublimées plus larges, ou de compresses dont la dernière était fixée à la peau à chaque coin, par un point de suture; quelquefois six points étaient nécessaires pour fixer aussi les bords de la compresse dans le milieu de sa longueur.

Ces pansements, faciles à appliquer, permettent de surveiller les alentours de la plaie, et, en cas d'inquiétude, d'assurer l'asepsie, après un ou deux jours, en les humectant de nouveau avec la solution à 1 pour 1000. De plus, ils constituent une notable économie de matériel, n'abandonnent jamais la ligne des sutures et risquent beaucoup moins, dans certaines régions, d'être souillés (par capillarité) par l'imbibition de leurs bords, comme on l'observe parfois dans les pansements ordinaires,

Les malades ne se plaignent pas de douleurs par traction des points et ceux-ci ne sont jamais infectés. La traction douloureuse serait, du reste, un garde à vous! pour les patients qui se remuent trop. La suture du pansement ayant lieu en narcose, le reproche de cruauté ne peut être adressé au chirurgien, pas plus que pour les points au moyen desquels on maintient écartés les lèvres d'une plaie pendant une opération.

Voici quelques-uns des cas dans lesquels le pansement suturé a été employé avec plein succès : 4 opérations radicales de hernies : 1 élongation sanglante du nerf sciatique ; 2 résections de

hanche, dont 1 chez un adulte ; 10 laparotomies diverses ; 4 opérations d'Alexander ; 1 carcinome de la lèvre ; 2 excisions de glandes inguinales ; 1 lipome des parois abdominales, etc.

La suture-pansement consiste à placer sur le bord extérieur de chaque lèvre de la plaie une bandelette de gaze iodoformée double, large de 2 à 2 cent. $\frac{1}{2}$ et à la comprendre dans la suture cutanée. Cette suture-pansement, exécutée par un procédé particulier, est un peu difficile à faire la première fois, mais à mesure qu'on l'exerce, elle devient plus sûre et prend par la suite à peine quelques secondes de plus que la méthode ordinaire. Voici comment on la pratique :

1er Temps.—On commence par un point noué et on réunit la base des lambeaux affrontés au moyen de la suture du pelletier, en passant l'aiguille dans un petit tube de caoutchouc entre chaque point.

2e Temps.—Arrivée au bout de la plaie, on revient en arrière en affrontant les bords de l'épiderme par un surjet, et on termine en nouant le fil avec le chef resté libre au point de départ.

On obtient ainsi un large affrontement d'une occlusion suffisante pour arrêter l'hémorrhagie consécutive. Pour enlever ce pansement, on soulève la bandelette par un de ses coins et on coupe facilement entre elle et la peau tous les fils qu'on voit apparaître sur un côté de la cicatrice, et en enlevant l'autre moitié on entraîne la partie des fils qui plonge dans les chairs.

Tranquillité du malade, sécurité du chirurgien, économie, tels sont les avantages de ce pansement qui, malheureusement, ne s'applique pas à tous les cas, mais bien aux plaies susceptibles de se fermer par première intention, ce qui, de nos jours, constitue une majorité de plus en plus accentuée.

Les opérations pratiquées de cette manière, avec réunion par première intention, sont : 2 opérations d'Alexander ; 1 hystéropexie ; 1 amputation de jambe au milieu (adulte) ; 2 goîtres ; 1 résection de hanche (12 ans) ; 1 élongation du nerf facial (tic convulsif) ; 1 arthrotomie du coude, avec résection du radius et de la capsule synoviale.

Telle est la dernière modification du pansement de Lister, dont, à en croire M. Roux, " il ne restera bientôt plus que le souvenir... et le principe ! "

Seulement... on doit se demander, avant de proscrire si radicalement le pansement de Lister, si la méthode de pansement que veut lui substituer notre confrère de Lausanne, est d'une application aussi large. Comme il le pose lui-même en principe, le pansement *sans pansement* exige au préalable que l'opération soit pratiquée dans une salle dépourvue aussi totalement que possible de microbes, par un chirurgien, des aides, des instruments aseptiques. Mais ces conditions ne sont réalisables actuellement, et resteront longtemps encore ainsi, que dans un petit nombre d'endroits ; dans les hôpitaux enrichis de pavillons d'opérations

construits d'après les données les plus récentes de la science ; dans les maisons de santé possédant des pavillons ou des salles de ce genre. Il faudra, de plus, que les chirurgiens soient entourés d'un personnel d'aides et d'infirmiers instruits, comprenant et sachant mettre en pratique tous les détails minutieux destinés à assurer l'asepsie. Mais la majorité de nos hôpitaux sont encore dépourvus de ces pavillons ; les aides peuvent exister, mais les infirmiers listériens sont encore excessivement rares.

Dans la chirurgie de la ville, ces conditions sont le plus souvent impossibles à obtenir ; quant à celle de la campagne, il n'y faut pas songer.

Donc, si la chirurgie sans pansement paraît être la chirurgie idéale, elle cèdera pendant longtemps encore le pas à la chirurgie avec pansement, quelque encombrant et coûteux que soit celui-ci, car son utilité dans la grande majorité des opérations journalières n'est pas contestable, étant données les conditions dans lesquelles les chirurgiens sont obligés de pratiquer.—

Union médicale.

Indication de la trachéotomie dans la diphtérie.—M. VAN ITERSON, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Leyde, fait tout d'abord, une distinction tranchée entre la diphtérie et le croup.

Pour lui, la diphtérie est une maladie contagieuse régnant endémiquement ou épidémiquement, frappant surtout les enfants au-dessous de dix ans, et dont les symptômes caractéristiques sont : une exsudation de couleur gri-âtre adhérent fortement à la muqueuse ; des affections secondaires du cœur, des reins, du système nerveux et des organes respiratoires ; ces dernières peuvent être dues à l'extension du processus local ou de l'infection générale.

Le croup, au contraire, est une maladie non contagieuse, limitée presque toujours aux voies respiratoires, donnant lieu à la formation d'exsudations membraneuses, mais n'infectant pas tout l'organisme.

Comme on le voit, M. Van Itersson n'admet pas la définition de Virchow et ne croit pas encore le moment venu d'accorder au bacille de Loeffler, la spécialité que cet expérimentateur lui reconnaît.

C'est en tenant compte de cette division primordiale que M. Van Itersson a déduit les règles suivantes pour la trachéotomie dans la diphtérie :

1^o La trachéotomie doit être pratiquée dès l'apparition des troubles respiratoires dans le cours d'une diphtérie du larynx.

Ce prétexte est basé sur ce fait, que beaucoup de diphtéritiques meurent par suite de l'extension de la maladie aux voies respiratoires ; cette extension est due à l'aspiration du virus qui devient plus active quand la lumière du larynx se rétrécit.

2^o Il faut pratiquer la trachéotomie inférieure qui présente des avantages incontestables : l'aspiration du virus est d'autant moins à redouter que l'on opère dans un point plus éloigné du siège de l'exudat; l'alimentation offre moins de difficultés et l'opération elle-même est plus facile qu'avec toute autre méthode.

3^o Sauf les cas où il y a déjà de l'asphyxie, la trachéotomie doit toujours être pratiquée, après la chloroformisation du malade.

4^o Après la section de la trachée, il faut, à l'aide de très petites éponges imprégnées d'iodoforme, nettoyer cet organe ainsi que le larynx.

Depuis le mois de novembre 1882 jusqu'en mars 1889, M. Van Iterson a pratiqué 200 trachéotomies et il a obtenu 55 guérisons. Ces résultats satisfaisants sont dus d'après l'auteur, à la ligne de conduite que nous venons d'exposer et que le professeur de Leyde suit invariablement.—*Paris médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'application du forceps dans la présentation des fesses.
—Clinique de M. le professeur TARNIER.—Tout dernièrement encore, on enseignait dans cette même chaire que le forceps, inventé pour être appliqué sur la tête, ne pouvait et ne devait être appliqué que sur la tête du fœtus. Mais ce précepte, absolu pendant de longues années, peut être révisé; établi par des hommes, il peut être réformé par d'autres hommes.

Levret le premier avait conseillé d'appliquer le forceps sur l'extrémité pelvienne en cas de présentation des fesses, et de le prendre tout comme l'extrémité céphalique. Un peu plus tard un accoucheur allemand, Slei, se range à l'opinion de Levret et donne le même conseil. Un italien, Bertrandi, à la fin du siècle dernier se déclare aussi partisan de cette intervention. Ce n'est qu'au commencement de ce siècle, avec Baudeloque, que cette opération commença à tomber dans le discrédit. Cet accoucheur s'élève énergiquement contre l'application du forceps sur l'extrémité pelvienne, car, dit-il, "on s'exposerait ainsi à produire des désordres affreux dans l'intérieur de la poitrine et sur les membres inférieurs de l'enfant." D'après lui, on risquerait de briser les côtes, les os iliaques, les fémurs, de déchirer le foie, les poumons, etc. Grâce à la grande et légitime autorité dont il jouissait, tout le monde l'écouta et le crut; jusqu'à moi, tous ses successeurs à la clinique d'accouchements ne firent que répéter ses doctrines.

Ce précepte était admis comme une loi, lorsque, vers le milieu de ce siècle, Paul Dubois, dans un cas de présentation du siège, mode de fesses, fut matériellement obligé de tenter une application de forceps sur l'extrémité pelvienne. Tous les moyens qu'il avait employés pour délivrer la parturiente avaient échoué, et ce n'est qu'en désespoir de cause qu'il s'y résolut, comme suprême ressource. Il retira un enfant vivant et nullement blessé. Depuis, il fit plusieurs fois la même opération et plusieurs fois il réussit. Stoltz, dans des cas pareils, fut obligé comme Dubois d'appliquer le forceps sur l'extrémité pelvienne du fœtus, et comme lui il s'en trouva bien.

Jacquemier, dans son excellent livre, étudiant cette dystocie, rappelle les faits de Paul Dubois et de Stoltz et s'élève contre la proscription absolue de Baudelocque. Lui-même a tenté plusieurs expérimentations sur le cadavre et dit n'avoir jamais vu se produire aucune des lésions redoutées par Baudelocque. C'est à peine si le forceps a produit quelquefois un peu de décollement de l'épiphyse marginale de l'os iliaque; mais ce décollement est une lésion peu grave et qui guérirait très facilement.

Il y a quelques années, M. Olivier a étudié particulièrement ce sujet, sur lequel il a fait sa thèse inaugurale. Il fit de nombreuses expérimentations sur le cadavre et pour cela se servit de différents forceps. M. Trélat, lorsqu'il était à la Maternité, avait fait construire un forceps spécialement destiné à être appliqué sur l'extrémité pelvienne du fœtus. Ce forceps se distingue par ce fait que ses cuillers sont plus plates et extrêmement élastiques. Dans l'opinion de M. Trélat, la disposition spéciale de ces cuillers devait permettre au forceps de mieux embrasser l'extrémité pelvienne et leur grande élasticité devait faire disparaître autant que possible les risques de léser les organes du fœtus.

Le résultat recherché par M. Trélat a bien été obtenu en ce sens que le forceps est d'une application plus facile et que la grande élasticité de ses branches leur permet de se mouler en quelque sorte sur les parties fœtales; mais il résulte des expériences de M. Olivier que cette élasticité même est un défaut, car les cuillers cèdent facilement aux tractions et glissent sur le fœtus.

Le moins bon est le forceps de Levret qui a, comme vous le savez, le tort grave de ne pas limiter la pression des cuillers, si bien que plus on tire plus on serre et plus on comprime les parties fœtales. Lorsqu'on se sert de ce forceps, il faut, après avoir articulé, placer entre les branches de l'instrument un corps quelconque empêchant le rapprochement et limitant par conséquent la compression. Aussi M. Olivier déclare-t-il que c'est le forceps Tarnier qui lui a donné les meilleurs résultats. La pression, en effet, est toujours la même, la concavité des cuillères les empêche de glisser facilement et grâce à mon tracteur on peut, si c'est nécessaire, tirer dans différentes directions.

M. Olivier a fait dix huit expériences cadavériques et il a eu dix huit succès, c'est à-dire qu'il a toujours réussi à extraire facilement les fœtussans qu'on ait pu trouver à l'autopsie les moindres lésions des viscères, des fémurs ou des os iliaques. Mais ce qui est réellement original et plus particulièrement intéressant dans son travail, c'est lorsqu'il trace les règles de l'application du forceps. "Les accoucheurs qui m'ont précédé, dit-il, donnent le conseil de le placer de chaque côté des os iliaques, mais je me suis aperçu que, lorsqu'on plaçait le forceps sur les membres inférieurs relevés en avant de la poitrine, la prise est beaucoup plus solide, le milieu des cuillers venant alors s'appliquer au devant des deux trochanters."

En effet, si on examine l'extrémité inférieure du tronc d'un enfant vu de dos, les jambes étant relevées sur le plan antérieur, on voit qu'il se termine en forme de coin à forme triangulaire dont la base est représentée par le diamètre bis-iliaque du bassin et dont le sommet correspond à l'anus. Si donc, suivant en cela les règles de la prudence, on s'arrange de façon à ce que le bec des cuillers dépasse à peine les crêtes iliaques, il suffira d'un très léger mouvement de glissement pour qu'il descende au-dessous de la crête, et il ne reste plus alors que les parties molles, qui sont de moins en moins épaisses à mesure qu'on se rapproche de l'anus, pour arrêter le glissement, ce qui est absolument insuffisant. En outre, les ligaments, les symphyses sacro-iliaques étant peu serrés et les branches horizontales du pubis incomplètement ossifiées, lorsqu'on comprime les crêtes iliaques entre les branches d'un forceps, le diamètre bis-iliaque diminue et les crêtes se redressent.

La diminution du diamètre peut diminuer de vingt et quelques millimètres.

Si, au contraire, on regarde par sa partie antérieure l'extrémité inférieure d'un enfant placé de la même façon que tout à l'heure, on voit que les membres inférieurs relevés et accolés l'un à l'autre, forment en avant du tronc un cône qui contrairement à celui dont nous avons parlé plus haut, a sa base en bas et son sommet en haut. Le diamètre de la base n'est autre que le diamètre bitrochantérien. Les membres inférieurs forment deux attelles solides, augmentant progressivement de volume; si on applique le forceps sur elles, cet instrument pourra bien glisser un peu, mais il s'arrêtera bientôt par suite du diamètre croissant du cône. En somme, grâce à ce procédé on obtiendra une prise plus solide, tout en faisant courir moins de danger à l'enfant. Aussi, je me range absolument à l'avis de M. Olivier.

Si, dans ses expériences, M. Olivier a obtenu un succès complet, il n'en est pas tout à fait le même sur le vivant, où sur onze observations qu'il a réunies, il ne cite que huit succès. Cette différence tient évidemment à ce que toutes les autres conditions que l'on trouve sur le vivant sont difficiles à réaliser expérimentalement.

talement. Ainsi il est presque impossible d'imiter la vulve et le périnée, dont la résistance dans certain cas offre un obstacle très sérieux à l'expulsion du fœtus.

Un des trois succès cités par M. Olivier m'appartient. Le forceps, appliqué deux fois, avait glissé deux fois. Comme il s'agissait d'un fœtus mort, voyant que je ne réussissais pas avec le forceps, j'accrochai un crochet mousse dans le pli de l'aîne et je parvins ainsi à extraire l'enfant mais en fracturant le fémur. J'attribue cet échec du forceps à ce fait qu'il avait été appliqué des deux côtés du bassin et non au-dessus des trochanters.

Le second succès appartient à M. Budin. Dans ce cas, où tous les moyens avaient été inutilement tentés pour extraire l'enfant, l'accouchement se termina tout seul. La troisième observation, critiquable à beaucoup de points de vue, a été fournie par un interne qui n'avait pas une expérience suffisante des accouchements.

Malgré les trois succès cités par M. Olivier, je n'en considère pas moins le procédé comme excellent, et dans tous les cas semblables où vous n'avez pas réussi par des moyens plus simples à terminer l'accouchement, je vous recommande d'y avoir recours. Quel que soit le cas, que ce soit une sacro-iliaque antérieure ou une sacro-iliaque postérieure, le forceps s'applique facilement et peut rendre de très grands services; il est toutefois plus sûr dans les sacro-iliaques postérieures.

En résumé quand vous êtes en présence d'une présentation du siège, mode des fesses, quels sont les moyens d'intervention auxquels vous devez penser pour remédier à cette dystocie? Au début du travail, lorsque le siège est peu engagé, vous devez procéder à l'abaissement prophylactique de l'un des pieds. Mais lorsque l'extrémité pelvienne est profondément engagée, cet abaissement prophylactique de l'un des pieds est impossible; comment devez-vous intervenir? Vous devrez essayer d'introduire vos doigts courbés en crochet dans le pli de l'aîne du fœtus et de procéder ainsi à son extraction. Mais n'avez pas grande confiance dans ce procédé; il est généralement insuffisant et la réussite sera rare.

Vous devez alors songer à introduire un crochet mousse dans le pli de l'aîne à la place de votre doigt: mais n'y songez que pour savoir que c'est un procédé que vous ne devrez jamais employer sous aucun prétexte. Le crochet mousse est un instrument détestable qui vous donnera, si vous vous en servez, les plus graves mécomptes. Dans le cas que je vous citais tout à l'heure, si après avoir échoué avec le forceps, j'ai appliqué un crochet mousse, c'est que j'avais la conviction absolue que l'enfant était mort. Du reste, je vous ai dit quel avait été le résultat: par ce procédé j'ai réussi à extraire le fœtus, mais en fracturant le fémur, accident qui aurait pu être mortel s'il s'était agi d'un enfant vivant.

Il vous restera alors soit à passer un lac dans le pli de l'aîne du fœtus comme je vous l'ai indiqué dans ma précédente leçon, ou

bien à faire une application de forceps. Entre ces deux moyens, de beaucoup les meilleurs, je préfère encore le forceps. Mais on peut échouer avec le lacs et ne pas réussir avec le forceps. Dans un cas semblable, ma conduite sera la suivante : je passerais un lacs dans le pli de l'aîne de l'enfant et j'appliquerais le forceps, puis je tirerais sur les deux à la fois. Je ne me suis jamais trouvé dans ces conditions, mais je crois qu'on réussirait toujours par ce système. C'est le cas plus que jamais de dire que l'union fait la force.—*Mercredi médical.*

La périnéorrhaphie.—M. DEROUBAIX, en présentant à l'Académie un petit travail sur la périnéorrhaphie, cherchera à éviter, dit-il, autant que possible, les défauts qu'il reproche aux autres. Il ne veut pas le produire comme un modèle à imiter, mais seulement comme l'expression d'une tentance qu'il voudrait voir suivie quelquefois, ne fût-ce que pour voir rompre un peu la monotonie de beaucoup de publications actuelles.

L'auteur fait remarquer d'abord la grande diversité de préceptes, des procédés et des statistiques qui ont eu pour objet la périnéorrhaphie ; c'est à tel point que le débutant en chirurgie se trouve souvent embarrassé quand il doit faire un choix pour pratiquer lui-même l'opération. Dans de pareils cas, ce qu'il y a de meilleur, c'est de porter soi-même le flambeau de l'analyse dans le sujet et d'en décomposer les éléments en étudiant successivement : 1o l'anatomie des parties composant le champ opératoire ; 2o les altérations pathologiques qu'elles ont subies ; 3o l'action que peuvent produire sur elles les moyens techniques.

En partant de ce principe, M. Deroubaix donne une description détaillée du périnée et, à ce propos, signale l'obscurité qui règne dans beaucoup d'indications topographiques faites par des chirurgiens qui, au lieu d'envisager le corps debout, comme il faut le faire en anatomie, le considèrent dans la position qu'il occupe sur la table d'opération. Il étudie ensuite la forme du périnée, ses dimensions, sa structure. Il s'attache surtout à l'étude de la cloison recto-vaginale, dont il indique l'étendue, l'épaisseur, la composition et les propriétés considérées surtout au point de vue du glissement des deux feuilles qui la composent et de la force de résistance du tissu qui les réunit. Il finit par quelques considérations sur les propriétés physiologiques des différents éléments du périnée.

Après l'anatomie, l'auteur décrit les effets traumatiques produits sur la cloison ano-vulvaire sous l'influence de la pression exagérée de l'une ou de l'autre des parties du fœtus. Il constate que, dans les cas ordinaires, il ne se produit qu'une simple déchirure, sans perte de substance. C'est dans des cas exceptionnels qu'il se produit une mortification des parties qui entraînent une suppuration et une élimination consécutive, qui change l'aspect

et la simplicité de la fissure. Il ne veut pas s'occuper de ces cas, qui exigent souvent des traitements chirurgicaux particuliers; et il restreint ses considérations aux déchirures simples, mais qui cependant intéressent la totalité du périnée en même temps qu'une portion de la cloison recto-vaginale. C'est du reste pour ces lésions que les procédés généraux, les procédés types, ont été inventés.

L'auteur fait remarquer que ces sortes de ruptures périnéales présentent des bords qui s'affrontent facilement; la suture les maintient parfaitement en contact. Dès lors, dit-il, pourquoi s'adresser à des moyens plus compliqués? On objecte que la suture a si souvent échoué autrefois, qu'on a dû songer à d'autres procédés. Mais pourquoi cela a-t-il eu lieu? Probablement parce que les anciens ne possédaient pas les ressources antiseptiques dont nous disposons aujourd'hui. Cette considération devrait, semble-t-il, nous rendre plus modestes dans l'appréciation de nos procédés actuels, et moins sévères dans le jugement que nous portons sur ceux de nos devanciers.

La possibilité de réunir facilement les fissures périnéales par la simple suture permet à l'honorable membre de rejeter les *incisions libératrices*. Il en fait autant des opérations auto-plastiques, et surtout de l'autoplastie de Lawson-Tait, qu'il combat avec énergie. Pourquoi, dit-il, quand on n'est pas obligé de le faire, aller chercher dans le voisinage des tissus hétérogènes? C'est comme si, après avoir enlevé une partie de la lèvre inférieure, on allait, pour réparer la perte de substance, emprunter un lambeau au cou, alors que les deux tronçons labiaux conservés par l'opérateur suffisent pour l'intégrité de la lèvre. Les statistiques dont on se sert pour démontrer l'efficacité du procédé autoplastique de Lawson-Tait prouvent simplement qu'il a réussi à établir une traverse entre l'anus et la vulve, mais elles n'établissent pas que cette traverse représentait quelque chose d'identique à un périnée normal. L'autoplastie ne peut guère être logiquement employée que dans des lésions exceptionnelles de la cloison ano-vulvaire.

Après avoir dit un mot de la suture enchevillée, qu'il combat à l'égal de l'autoplastie, M. Deroubaix se déclare partisan de la suture d'Emmet, parce qu'elle conserve toutes les parties constituantes du périnée en même temps qu'elle prévient contre la formation d'une fistule recto-vaginale consécutive. Il décrit avec beaucoup de détails la manière dont il en fait usage, en la modifiant à sa manière, soit dans l'avivement, soit dans la suture, en employant pour celle-ci une aiguille qu'il a inventée; et il termine sa description par la récapitulation de tous les effets produits par la manœuvre chirurgicale. Il déclare que pour ce qui concerne les fils, il préfère ceux en soie sublimée aux fils d'argent, qu'il n'emploie presque plus. Il indique toutes les précautions antiseptiques dont il fait usage pour la périnéorrhaphie, ainsi que les soins consécutifs dont il fait suivre l'opération.

Enfin, M. Deronbaix donne en résumé l'histoire de trois périnéorrhaphies qu'il a pratiquées depuis un an en suivant le procédé qu'il a décrit. Ces trois cas ont présenté cela de particulier, que les patientes avaient déjà subi des opérations antérieures, qui avaient échoué.

La première dame avait été opérée infructueusement seize ans auparavant. Elle présenta cette particularité qu'une bande transversale était étendue entre les bords de la fissure. L'opérateur ayant voulu conserver cette bande, il en résultat une fistulette recto-vaginale qui sera seulement opérée en janvier 1890, la patiente ayant dû remettre la retouche à cette époque, pour cause d'absence et d'affaires. Du reste, suites de l'opération favorables, et restitution d'un périnée normal.

La deuxième dame avait été opérée deux fois : la première, en avril 1882, la seconde, en juin 1882, sans succès. Réussite complète, sans aucun accident.

La troisième portait sa déchirure depuis vingt-quatre ans. Il y a quatre ans, elle fut opérée par la méthode de la réunion secondaire. Cette opération ayant échoué, on la répétait quatre mois après, mais aussi inutilement. La dernière opération a réussi sous tous les rapports.

L'opérateur n'a plus revue cette dernière dame, à cause de son éloignement ; mais il vient de voir les deux autres : la première un an, l'autre, onze mois après l'opération. La guérison est restée parfaite. Les gaz et les matières fécales sont retenus, et le périnée a tellement récupéré sa forme et ses dimensions normales, qu'on s'aperçoit à peine qu'une opération y a été pratiquée — *Scalpel*.

Traitement des fibro-myomes utérins par le courant électrique et les renversements, par M. Léon DANION. — La méthode des hautes intensités caustiques intra-utérines, et des galvanopunctures chimiques a incontestablement donné de bons résultats mais son application, souvent difficile, a non seulement causé de graves accidents, mais même des accidents mortels ainsi qu'en ont fourni des preuves nombreuses au dernier Congrès de chirurgie.

Il y avait donc un grand intérêt à lui substituer une méthode plus simple et par dessus tout inoffensive. C'est vers ce but que depuis plusieurs années tendent mes efforts.

Mes études et mes essais m'ont conduit à procéder aujourd'hui à l'aide d'un simple tampon vaginal en amadou, protégé par une feuille de caoutchouc et trempé dans l'eau saée.

J'ai fait environ 600 applications de cette méthode réparties dans plus de 30 observations, dont 20 prises avec le concours bienveillant de M. L. Championnière à St-Louis, sont annexées à mon travail. Elles n'ont jamais donné lieu au plus léger accident, et ont démontré que les résultats symptomatiques et anatomiques sont incomparablement plus rapides et plus complets, ce qui doit

être attribué à l'absence de toute action caustique et aux renversements.

Prétendre que la chirurgie est devenue inutile depuis les progrès de l'électrothérapie n'est pas sérieux, mais qu'il s'agisse de femmes vieilles ou jeunes, cette méthode sera incontestablement la méthode de choix lorsque, pour une raison quelconque, il sera impossible d'intervenir chirurgicalement.—*Abeille médicale.*

Leucoplasie vaginale, traitement, par le Dr BEX.—Cette affection est caractérisée par la présence de plaques blanchâtres sur la vulve, analogues à celles qu'on peut observer sur la muqueuse buccale.

Au début, la leucoplasie vaginale, qui peut passer inaperçue probablement pendant bien longtemps, est indolente et n'occasionne aucune gêne, déterminant à peine quelques démangeaisons sans importance. Les taches qui constituent cette affection sont d'abord opalines, transparentes, laissant voir derrière elles la muqueuse de la vulve et du vagin ; mais peu à peu, la couche épidermique s'épaissit et devient opaque, les teintes qu'elle présente varient : quelquefois elle est d'un blanc argenté, les plaques qui la recouvrent sont blanches et semblables à la peau de gants de chevreau ; d'autres sont luisantes, argentées ; leur surface est chagrinée, un peu rugueuse, et en certains points se détachent des pelli-cules, des squames, des lambeaux nacrés semblables à ceux qu'on observe dans la leucoplasie buccale. D'autres fois, sa couleur est bleuâtre, crème, ou encore semblable à du fromage. Les papilles de la muqueuse sont hypertrophiées ; sur les points où la muqueuse est à nu, on la trouve rouge, framboisée.

La configuration de la lésion, ainsi que son étendue, sont extrêmement variables. Les plaques sont quelquefois dures et très-sensibles au toucher ; il peut exister une raideur et un épaississement très notable au niveau du vestibule, ainsi qu'on l'observait chez une malade de M. Besnier. Cette augmentation de consistance est probablement due à l'accumulation de l'épiderme, comme pour la langue ; mais elle est due surtout à une production de tissus fibreux dans la muqueuse et les parties sous-jacentes. Cette production fibreuse n'est pas partout développée de la même manière : par place, elle est plus épaisse et forme des indurations circonscrites. Des papilles indurées, proéminentes, peuvent mettre le médecin dans un grand embarras. La leucoplasie, en effet, pouvant se former en cancroïde, comme le fait existe pour la leucoplasie buccale, le diagnostic peut être difficile entre une de ces indurations et un cancroïde au début.

Il y a, en somme, de grandes analogies d'aspect entre la leucoplasie vaginale et la leucoplasie buccale. Il en est de même de la marche de l'affection. La leucoplasie vaginale peut demeurer stationnaire et en rester à ses manifestations les plus bénignes,

comme la leucoplasie buccale. Elle peut même disparaître sous l'influence du traitement. Mais ces plaques peuvent résister à toute thérapeutique, persister dans le même état pendant un grand nombre d'années, ou se transformer en cancéroïdes. Mais il est impossible, en raisons du petit nombre d'observations, de fixer l'époque de cette transformation, qui se fait depuis quelques mois de durée jusqu'à un grand nombre d'années.

Toutes les causes d'irritation de la muqueuse vaginale et vulvaire peuvent être le point de départ de cette affection.

Comme traitement, M. Besnier prescrit des injections fréquentes, des lotions alcalines après chaque miction et l'application de pommades, telles que la suivante, destinées à protéger les parties intactes contre le contact des liquides irritants :

Amidon.....	} àâ 25 grammes
Oxyde de zinc.....	
Vaseline.....	40 —

Mais il nécessaire, dès que la dégénérescence épithéliomateuse paraît se produire, d'intervenir chirurgicalement. Dans ce cas, on pratique l'ablation de la plaque avec les ciseaux ou sa destruction avec le thermo-cautère.—*Journal de médecine de Paris.*

Pansement de la cavité utérine dans les endométrites au moyen des crayons médicamenteux.—Dans les cas d'endométrite légère, alors que l'exploration directe de la cavité utérine et la dilatation ne sont point nécessaires, l'application seule de crayons médicamenteux peut amener assez rapidement la guérison.

M. F. Terrier se sert dans ce but des crayons suivants :

Poudre d'iodoforme.....	10 grammes.
Gomme adragante.....	0 gr. 50 centigr.
Glycérine.....	} Q. S.
Eau distillée.....	

Pour dix crayons.

Le volume du crayon est habituellement celui d'un crayon au nitrate d'argent. On peut également se servir de résorcine ou de salol à la place d'iodoforme en les employant à la même dose. Si l'on veut avoir recours au sublimé, on emploiera la formule suivante :

Sublimé.....	0 gr. 50 centigr.
Poudre de talc.....	25 grammes.
Gomme adragante.....	1 gr. 50.
Eau.....	} Q. S.
Glycérine.....	

Pour cinquante crayons.

Les crayons sont placés dans la cavité de l'utérus, après lavages du vagin et désinfection de cette cavité au moyen de ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1/1000. Ils sont maintenus au moyen de tampons de ouate iodoformée ou salolée qui remplissent le vagin.

PÆDIATRIE.

De l'insomnie chez l'enfant. — Clinique de M. le Dr Jules SIMON, à l'hôpital des Enfants-Malades. — Je vous ai présenté dernièrement un enfant qui avait été soigné sans succès d'une insomnie persistante avec dyspepsie, au moyen des bromures et des hypnotiques de toute nature, joints aux eupeptiques les plus variés. Je continuai une médication analogue; mais j'insistai en outre auprès de la mère pour qu'elle appliquât avec grand soin un petit tampon compressif sur l'ombilic de l'enfant, ombilic qui donnait passage, dans les moindres mouvements, à une petite pointe de hernie.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant digéra mieux et dormit. Il y a de cela trois semaines, et l'amélioration s'est maintenue.

Je veux partir de ce fait pour insister auprès de vous sur ce point : que les hypnotiques généraux ne peuvent souvent rien ou peu de chose contre l'insomnie, si l'on ne recherche pas, et si l'on ne traite pas les maladies douloureuses ou spéciales qui sont la cause de cette insomnie. Lorsqu'elle s'accompagne de douleurs, il arrive le plus ordinairement que les hypnotiques échouent; il faut rechercher la cause même de l'insomnie.

La congestion aiguë de l'encéphale s'accompagne d'insomnie : il y a des cas où l'on n'en peut triompher que par la révulsion et même les émissions sanguines, les dernières ont été abandonnées d'une façon trop absolue.

Dans l'urémie, par exemple, il est, je crois, très bon d'y avoir recours. On administrera en outre le calomel, la quinine, les bromures.

Congestion chronique : On administrera les bromures à doses croissantes, jusqu'à une dose hypnotisante; puis on ira *decrecendo*.

Sclérose de l'encéphale : Ici ce sont les préparations iodurées qui devront avoir le pas, surtout lorsqu'on soupçonne comme étiologie, soit la syphilis héréditaire, soit l'alcoolisme. L'iodure sera utilement associé au bromure, et de temps à autre on y joindra l'opium.

Céphalée des jeunes enfants : Ici, pas d'hypnotiques. On donnera des toniques; on insistera sur l'hygiène. Les enfants lymphatiques seront envoyés aux bains de mer; pour les nerveux on préférera les eaux chaudes, salées et bromurées, les eaux sulfureuses.

Affections de la moëlle : Elles s'accompagnent parfois d'insomnie, de mouvements fébriles, de douleurs. Les médicaments calmants de l'encéphale ne réussissent pas. C'est aux décongestifs de la moëlle : quinine, ciguë, aconit, qu'il faut s'adresser. Mais il faudra y joindre les révulsifs : bains d'air chaud, de vapeur chaude, pointes de feu appliquées directement.

Névroses : L'hystérie naissante est du domaine de l'hydrothérapie, à laquelle on ajoutera la valériane. Mais l'hydrothérapie ne doit pas être prescrite d'une façon banale. L'excitabilité étant exagérée, il faudra débiter par l'eau tiède, puis fraîche, et ce n'est qu'en tâtonnant qu'on en abaissera le degré.

Quand viendra la saison des eaux, on les enverra à Lamalou, à Nérès.

La séquestration loin de la famille, l'éloignement des lieux de réunion, des théâtres, seront rigoureusement indiqués.

Le fer doit être absolument proscrit, car il augmente l'excitabilité.

Chorée : Il n'y a pas d'ordinaire insomnie dans la chorée. Mais quand elle survient, c'est un symptôme très sérieux, car il n'appartient qu'aux chorées graves, qui s'accompagnent de complications. Le meilleur médicament à prescrire en pareil cas est l'*antipyrine* à la dose de 3 à 4 grammes, dose à laquelle on n'arrivera que graduellement.

Epilepsie : Il y a une forme d'épilepsie qui ne se traduit que par une insomnie subite. L'insomnie est précédée d'un cri; puis l'enfant reste inerte, béat. Il faut à ce sujet s'enquérir de certaines formes de réveil subit; car cette insomnie qui apparaît sous forme d'attaques peut, en l'absence de tout autre symptôme, conduire au diagnostic.

Affectious douloureuses : Dans les affections douloureuses des yeux, des oreilles, de la peau, du nez, il y a insomnie. Dans ce cas, le plus souvent, les hypnotiques ne suffisent pas, et il faut avoir recours à un traitement chirurgical spécial.

Mais il faut, en outre, remarquer que les divers organes ont leur préférence parmi les hypnotiques.

Ainsi pour les yeux et les oreilles, on devra s'adresser au sulfate de quinine, à fortes doses. A un enfant à la mamelle, on administrera 0,10 à 0,15 centigr.; aux enfants d'un an, 0,20 à 0,25 centigr.; le médicament sera donné en lavements. Au-dessus d'un an, les doses seront les mêmes que chez l'adulte.

Dans les affections de la peau et du nez, c'est aux bromures qu'on aura recours. Ce serait une véritable faute que d'administrer les opiacés: ils augmentent les démangeaisons et l'on vous annonce que l'enfant s'est gratté et en d'autres points que ceux envahis par l'éruption.

L'opium ne donne pas non plus de bons résultats dans les affections nasales.

Pour ce qui est des lésions traumatiques, évidemment les hypnotiques ne peuvent suffire sans traitement chirurgical. Je vous ai montré tout à l'heure un enfant qui avait de l'insomnie: cet enfant présente un gonflement de la région deltoïdienne et j'ai diagnostiqué une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus: eh bien, le meilleur remède contre l'insomnie a été l'immobilisation de la tête humérale.

Nous avons également dans le service un coxalgique ne dormant pas. Mais dès que nous l'avons eu redressé, que nous avons exercé une traction sur le membre et mis un coussin sous le jarret, faisant ainsi une mobilisation incomplète, la douleur a disparu et l'enfant a bien dormi.

C'est ainsi également que des coxalgiques placés dans des appareils cessent à un moment donné de dormir : c'est que l'appareil s'est déplacé, qu'il ne remplit plus les conditions voulues, ou encore, cette insomnie est causée par l'apparition d'un abcès.

Maladies générales.—*Fèvre typhoïde* : Chez les enfants de 8 à 10 ans, la fièvre typhoïde débute souvent par des douleurs de tête, des migraines, capables d'en imposer pour un début de méningite.

Je donne alors l'opium, qui paraît cependant contre indiqué. C'est là un fait de mon expérience personnelle. Je donne un soir l'opium, et, si je n'ai pas obtenu un résultat suffisant, je recommence le lendemain, en y associant la teinture de musc et le chloral en lavement. La douleur diminue, et le malade, sans dormir, est moins agité.

Remarquez que je parle du *début* de la maladie et non de la période avancée. Vous serez moins étonné de me voir prescrire l'opium.

Dans la *maladie actuelle*, qui, pour moi, n'est pas du tout la grippe, mais une maladie nouvelle, inconnue, et en somme un véritable empoisonnement, il y a parfois des douleurs très vives et les enfants ne dorment pas de la nuit. Deux médicaments sont alors précieux : la quinine, que l'on administrera à la même dose que chez les adultes et que l'on aura soin de donner 10 à 12 heures avant l'attaque, lorsqu'il y a une fausse intermission; l'antipyrine, que l'on donne au moment de la douleur et de l'insomnie.

Fèvre intermittente—Il semble que nous n'avons pas à nous préoccuper ici de l'insomnie, puisque l'accès a lieu le jour. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des formes comme la double quotidienne où il y a accès diurne et accès nocturne. Il faut donner le sulfate de quinine aussitôt l'accès passé, de manière à arriver à temps pour couper le second.

Albuminurie—Dans le cours de l'albuminurie chronique, on peut voir survenir un état se caractérisant par des douleurs de tête et de l'insomnie. Cela se produit à la suite de la scarlatine, dans le cours des néphrites. Il y a en même temps dyspnée, puis somnolence rapide, il n'y a pas une minute à perdre ; on est en présence de l'urémie. Le traitement le plus efficace est celui des émissions sanguines : on applique des sangsues au niveau de l'apophyse mastoïde, et des ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Diphthérie.—Dans la diphthérie, il y a un danger énorme à donner des hypnotisants ; car lorsque l'insomnie existe, l'empoisonnement est profond. Lorsque l'insomnie se rencontre avec une répulsion profonde pour les aliments, le pronostic est absolument fatal.

Ne donnez jamais d'opium. J'ai vu des cas où une simple cuillerée de sirop diacode a aplati le malade qui est tombé comme une masse et ne s'est plus relevé.

Dans la gangrène de la vulve ou de la bouche, le danger de l'opium n'est pas moindre.

Empoisonnements, dyspepsies. — Ce sont des sources fréquentes d'insomnies.

Chez les enfants à la mamelle, on a à compter avec l'empoisonnement par l'alcool, le café, le thé, qu'absorbent la mère ou la nourrice. Le remède est facile, puisqu'il suffit de supprimer ces boissons ; mais ce qui est plus difficile, c'est de découvrir la cause.

Les dyspepsies jouent également un rôle important. Les mauvaises conditions d'allaitement sont fréquentes pour les enfants à la mamelle, et, pour les enfants plus grands, il y a à incriminer les indigestions et la constipation. Remarquons que cette dernière est très souvent méconnue. L'opium, quelques doses de bromure ne donnent pas de résultats satisfaisants. Ce qui importe, c'est de s'occuper du choix des aliments, de la fixation de l'heure des repas. Ces enfants n'ont mangé peu le soir sous peine de s'agiter toute la nuit, de ne pouvoir dormir sous l'influence de l'indigestion. C'est donc au régime qu'il faut s'adresser.

Vous le voyez, il ne faut pas avoir une confiance aveugle dans les hypnotiques généraux : ils échoueront si vous ne recherchez pas les maladies douloureuses ou spéciales qui causent l'insomnie et si vous ne dirigez pas contre ces maladies un traitement approprié. — *France médicale.*

Grincement des dents chez les enfants. — D'après le Dr. OLLIVIER le grincement des dents nocturne des enfants peut être : 1° un simple tic du sommeil comparable au ronflement, et dans ce cas il a une durée illimitée et indique un état particulier du système nerveux qui peut dépendre de l'hérédité. Il semble plus commun chez les filles destinées à l'hystérie ;

2° Dans un grand nombre de cas, le grincement des dents est dû à une affection fébrile aiguë ou subaiguë. On l'observe dans la période prodromique de la méningite, dans certaines éruptions cutanées. Il s'observe vers le milieu de la nuit et ne dure que quelques heures.

Pour notre compte nous l'avons souvent attribué à la seconde évolution dentaire et son pronostic n'a alors rien de fâcheux ; sa durée est liée à cette évolution qui dure de sept à quatorze et quinze ans, et parfois se prolonge jusqu'à l'éruption de la dent de sagesse. — *Praticien.*

Moyens de couper brusquement les quintes de la coqueluche. — Sur ses deux enfants atteints de coqueluche, NÆGELI a réussi, plus de 500 fois, à arrêter net les quintes, en attirant en

avant et en bas la mâchoire inférieure des petits malades, par l'un des procédés variés qu'il indique dans son travail. Il ne s'agit pas là d'une médication psychique, car la manœuvre a le même succès pendant le sommeil.

Les parents peuvent la pratiquer eux-mêmes, car elle est simple, indolore, nullement gênante et complètement inoffensive. On s'en abstient seulement quand le malade a des aliments dans la bouche.

La suppression régulière des quintes a une influence favorable sur la marche et la guérison de la coqueluche ; en prévenant l'apparition de complications, elle restreint considérablement la mortalité de l'affection.

Nageli a également reconnu que par le même procédé on abrège souvent, d'une façon notable, la toux quinteuse d'une autre origine — *Lyon médical*.

MATIÈRE MÉDICALE, THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

Lavements de sang défibriné.—M. le Dr. ANTOU, dans une thèse soutenue à Lyon, le 31 juillet 1889, expose ainsi les bons effets obtenus par les lavements de sang défibriné et le mode d'administration.

Le sang est du sang de bœuf, provenant d'animaux dont l'état de santé est entièrement sûr. Ce sang, une fois battu, est enfermé dans des flacons d'un demi-litre, et cette quantité doit servir pour quatre lavements. La dose de 125 gram. matin et soir paraît suffisante pour produire les effets thérapeutiques, de même qu'elle est incapable de déterminer du côté de l'intestin des phénomènes d'intolérance.

Les flacons de sang sont conservés en lieu frais ; il suffit au moment de les administrer, de les chauffer au bain-marie pour les élever à la température du corps. On verse alors le quart du flacon dans un irrigateur ordinaire, et le malade reçoit le lavement qu'il doit garder le plus longtemps possible et essayer de conserver complètement. Dans le cas où le malade éprouverait de la chaleur, des coliques légères, il conviendrait d'administrer auparavant un liquide évacuant, et si ce moyen ne suffisait pas à parer à l'intolérance, on ajouterait à ce lavement trois à quatre gouttes de *laudanum*.

Le traitement doit se faire par séries. On administre d'abord

les lavements pendant huit jours, que l'on fait suivre d'une semaine d'interruption, pour les reprendre ensuite pendant les huit jours suivants et ainsi de suite. Plus tard il est permis de laisser une période de temps plus considérable entre chaque série. Ces alternatives de traitement actif et de repos sont nécessaires pour obtenir les effets que l'on désire.

Les chlorotiques soumises au traitement par les lavements de sang défibriné éprouvent, dès le second ou troisième jour, dans l'état général de leurs fonctions, des modifications importantes qui se traduisent par un besoin de mouvement, une meilleure humeur et plus d'appétit; en même temps l'examen de l'urine donne une notable augmentation dans l'élimination de l'urée et des phosphates.

On constate généralement à la fin de la première semaine une augmentation du poids du corps. Chez quelques malades cependant on note une diminution du poids du corps, bien que l'amélioration de l'état général ait pu faire supposer le contraire.

Après un mois de traitement, on constate une amélioration notable, amélioration qui se confirme au bout du deuxième mois.—*Paris médical.*

Oubaine et strophanthine.—M. le professeur PANAS est à faire des recherches sur les anesthésiques locaux appliqués à l'œil. Il a expérimenté sur l'œil humain les effets de l'oubaine et de la strophanthine et résume ainsi ses conclusions :

1o. L'oubaine, douée de propriétés anesthésiques chez le lapin, ne paraît pas avoir d'action sur l'œil humain; 2o. La strophanthine, bien que supérieure dans son action à l'oubaine, doit, à cause de ses propriétés irritantes très vives sur l'œil humain, céder le pas à la cocaïne.

Ce qui ressort le plus clairement de ces expériences de M. Panas, c'est que la cocaïne reste encore le seul véritable analgésique local, et, en second lieu, que, des expériences faites sur les animaux, il ne faut pas toujours se hâter de conclure au sujet de l'homme.

La saccharine dans le traitement de la cystite.—Andrew H SMITH a été amené à se servir de ce médicament en se basant sur ces faits que la saccharine, à réaction acide très prononcée, passe par le rein sans subir aucune modification; il espérait rendre l'urine acide en administrant aux malades ce médicament. Mais il pense que le pouvoir antiseptique du médicament est pour quelque chose dans les succès obtenus. La saccharine fut administrée à la dose de 10 à 20 centigrammes, répétée trois fois en vingt-quatre heures. L'auteur rapporte l'histoire d'un garçon atteint de myélite transverse: son urine était ammoniacale et répandait une odeur repoussante (l'urine fut retirée par cathétérisme). Dès qu'on commença l'administration de la saccharine, l'uri-

ne redevint acide, l'odeur repoussante disparut, l'irritabilité vésicale diminua et le pus fut excrété en moindre quantité.

Les propriétés antiseptiques bien démontrées de la saccharine viennent absolument à l'appui des assertions formulées par M. Andrew Smith.—*Paris médical*.

Le salicylate de soude dans le prurit.—WERTHEIMER conseille l'usage interne du salicylate de soude dans les cas de prurit généralisé. Il fait une solution à 3 p. 100 qu'il administre à dose de une cuillerée à soupe trois fois par jour. Ce mode de traitement peut être continué pendant quelque temps.—*N. Y. Medical Journal*.

Action de la caféine.—M. le professeur Germain SÉE a communiqué à l'*Académie de médecine* (séance du 11 mars 1890) les résultats d'expériences entreprises au sujet de l'action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires. Il conclut ainsi :

1o La caféine à petites doses répétées, environ 60 centigrammes par jour, qu'on peut prescrire avec avantage aux soldats en marche, facilite le travail musculaire en augmentant l'activité non pas directement du muscle lui-même, mais du système nerveux moteur tant cérébral que médullaire. La conséquence de cette action double est de diminuer la sensation de l'effort, d'écarter la fatigue qui constitue surtout un phénomène nerveux.

2o La caféine empêche, c'est là un fait considérable, l'essoufflement et les palpitations consécutives à l'effort.

3o L'homme qui se livre à un exercice violent prolongé acquiert les qualités de l'entraînement.

4o En produisant cette excitation du système moteur cérébro-spinal d'où dépend l'augmentation de la tonicité musculaire, la caféine augmente les pertes de carbone de l'organisme et surtout des muscles ; mais elle ne restreint pas les pertes azotées ; elle n'est donc pas en réalité un moyen d'épargne.

5o Une action d'épargne en général ne pourrait d'ailleurs s'exercer sur les animaux supérieurs d'une manière totale pour empêcher les effets fâcheux du jeûne, que dans une condition impossible à réaliser, à savoir l'inaction ou l'immobilité plus ou moins absolue, sans travail en effet il n'y a pas de dépenses.

Avec la caféine, nous observons juste l'inverse, c'est-à-dire un travail intense que nous obtiendrons qu'au prix de l'usure de l'organisme. La machine animale ne fonctionne qu'en consommant du combustible, et c'est précisément en activant cette combustion que la caféine permet le travail musculaire même pendant le jeûne.

6o La caféine n'a pas la propriété de remplacer les aliments, elle ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'ingestion des aliments. Si en effet on admet que c'est l'action

directe, immédiate, instantanée des aliments qui stimule l'estomac et le système nerveux, et que leur valeur alimentaire n'y est primitivement pour rien, on pourrait substituer un stimulant à un autre.

Il nous reste à parler de l'action intense sur le cœur et les vaisseaux qui paraît, d'après nos expériences en cours d'exécution, bien différente de celle qui est admise généralement. Pour bien comprendre les effets de la caféine sur le système cardio-vasculaire, nous étudions toute la série xanthique. On sait depuis les belles recherches de notre collègue Gautier sur la xanthine, qu'il a le premier reconstituée, par voie de synthèse, que la série xanthique comprend la paraxanthine, la théobromine et la caféine, celle-ci n'étant que la méthylthéobromine ou la triméthylxanthine. Il importe de mettre la caféine et la théobromine en parallèle avant de se prononcer sur leur action cardiaque réciproque, ainsi que sur le mécanisme de l'action diurétique qui leur est commune.

Mode d'emploi du soufre dans la gale.—Le soufre est l'anti-parasitaire par excellence à opposer au sarcopte de la gale. L'emploi de ce médicament sous forme de pommade étant plus ou moins désagréable et incommode, outre qu'il est assez malpropre, le docteur SCHEWEL préconise l'usage de la fleur de soufre. Le malade qui peut auparavant s'oindre légèrement d'huile d'amande douce, saupoudre de soufre son corps ainsi que les draps de lit.—*Union médicale du Nord-Est.*

Mode d'administration de la quinine dans la fièvre intermittente, par le Dr. CHARPENTIER.—1^o L'action de la quinine se fait sentir seulement six heures après son administration. Donc, pour avoir le maximum d'effet d'une dose donnée, il faut prescrire cette dose six heures avant l'accès que l'on veut modifier ;

2^o Puisque, dans une fièvre quotidienne par exemple, le début apparent de l'accès est constitué par le frisson, on commet une faute en prescrivant le médicament six heures avant ce frisson ; car alors la quinine n'a pas encore eu le temps d'agir au moment de l'accès qu'elle ne peut modifier, mais comme le début réel de l'accès a lieu environ deux heures avant le frisson, c'est donc huit heures avant l'apparition présumée de celui-ci, que l'on doit prescrire la quinine ;

3^o L'écart différent constaté entre le début réel et le début apparent des accès dans les divers types de fièvres intermittentes permet de poser les règles suivantes pour l'administration de la quinine.

a). Dans la fièvre *quotidienne*, la quinine doit être administrée 8 heures avant le frisson, c'est-à-dire presque immédiatement après l'accès qui vient de finir ;

b). Dans la fièvre *terce*, la quinine doit être administrée 12 heures avant le frisson, c'est-à-dire avant le début apparent ;

c). Dans la fièvre *quarte*, administration du médicament doit être terminée dix huit heures avant le frisson.

40 La quinine doit être prescrite à doses massives, et non à doses fractionnées. Pourquoi? Parce qu'elle est éliminée rapidement par les urines. Or, comme le dit M. Jaccoud, si vous procédez par fractionnement à la même distance, vous n'obtiendrez jamais l'action totale de la dose que vous prescrivez. Fractionnez la dose si cela est nécessaire pour ménager l'estomac de vos malades, mais alors faites prendre chaque fraction à des intervalles rapprochés; en un mot, il faut que la dose totale du médicament soit prescrite en trois quarts d'heure, ou une heure au plus.

Empoisonnement par la belladone traité par la pilocarpine.

—Le Dr McGOWAN publie dans le *British Medical Journal* l'observation suivante: Ayant été appelé près d'un individu qui avait absorbé par erreur, quatre heures auparavant, une grande cuillerée de *linimentum belladonæ* (*Brit. Pharm.*), il le trouva mourant. L'apomorphine ne provoqua aucun vomissement et les liquides retirés par la pompe stomacale n'ayant pas l'odeur belladouée, le médecin fit une injection de 1/3 de grain de pilocarpine qu'il renouvela cinq heures après, alors que le malade était déjà mieux, et il fit administrer alors du café fort et autres stimulants. Il ne se produisit aucune transpiration à la suite de l'emploi de la pilocarpine.

La résorcine et le menthol comme anti-émétiques. — On accusait la résorcine de provoquer les vomissements, mais les observations du Dr ANDEERS et de plusieurs médecins paraissent prouver que la résorcine bien purifiée, non seulement ne provoque pas les vomissements, mais encore serait très utile pour les combattre. Le travail est incomplet, surtout parce que l'auteur ne donne ni les doses à employer ni le mode d'administration.

—L'usage du menthol semble se répandre de plus en plus à cause de ses propriétés analgésiques et antiseptiques et aussi de son innocuité. On l'a employé récemment avec succès contre les vomissements de la grossesse. Le Dr WEISS cite dans *Ther. Monatsch.*, le cas d'une femme qui depuis trois semaines vomissait tout ce qu'elle prenait et que le menthol rétablit rapidement. Il lui faisait prendre toutes les heures une cuillerée à café d'une mixture composée de 1 gramme de menthol, 20 grammes d'alcool rectifié et 30 grammes de sirop.—*Union Pharmaceutique.*

La pilocarpine dans la jaunisse.—WITKOWSKI considère la pilocarpine presque comme un spécifique dans la jaunisse au point que si, après un traitement ayant duré de dix à seize jours, la jaunisse n'a pas disparu, il conclut à une affection maligne. Chez un malade atteint de jaunisse depuis quatre ans, les injections hypodermiques de pilocarpine (1/6 de grain une ou

deux fois par jour) continuées pendant trois semaines, firent disparaître la jaunisse d'une façon durable, puisque le médecin put observer le malade pendant trois ans. Trente cas furent soumis à ce traitement avec de bons résultats. Quand il y a insuccès, c'est que la jaunisse est accompagnée de tumeur du foie. Mais on peut toujours essayer l'emploi de la pilocarpine quand l'état du cœur le permet.

Le panbotano, un succédané du sulfate de quinine, par M. DUJARDIN BEAUMETZ. — Le "Panbotano", de la famille des légumineuses mimosées, est un arbre originaire du Mexique. Peu répandu en Europe, cet arbre y est connu depuis le milieu du siècle dernier, et à l'heure actuelle, en Angleterre, on en cultive quelques pieds dans des serres. Moi-même j'ai fait quelques expériences sur le panbotano, mais je ne les ai pas poursuivies.

Son écorce a été étudiée, au point de vue pharmacologique, par M. Villejean, qui y a trouvé des matières grasses, du tannin, etc., mais qui n'a pu trouver encore — et c'est là le point important — ni alcaloïde, ni glucoside.

M. Valude nous donne l'histoire de quinze malades auxquels le médicament a été administré; sur ce nombre, il n'y en a que huit qui avaient des fièvres intermittentes palustres, ce sont les seuls qui offrent quelque intérêt au point de vue qui nous occupe. Or, chez ces huit malades, une seule dose, quelquefois deux doses, auraient suffi pour faire disparaître des fièvres tierces caractérisées. Le médicament est assez facilement toléré; M. Valude n'a noté que quelques nausées, quelquefois des vomissements sans gravité, chez les malades qui en ont absorbé. Pour éviter ces accidents, il conseille d'administrer le médicament à jeun.

Les résultats cliniques, que nous donne l'auteur, ne sont accompagnés d'aucune considération sur l'action physiologique du médicament.

Si on joint, à cette absence de renseignements physiologiques, le petit nombre d'observations recueillies, l'absence présumée d'un alcaloïde spécial à la plante, on comprendra que, jusqu'à nouvel ordre, on ne devra accepter qu'avec réserve les résultats signalés par M. Valude. Depuis longtemps, on a essayé de remplacer le sulfate de quinine, et toujours on a dû revenir à ce précieux médicament — les substances données comme devant le remplacer n'ayant pas, jusqu'à présent, donné les résultats que l'on pouvait espérer à la suite des premières tentatives.

En sera-t-il autrement du panbotano? Je ne saurais l'affirmer et, dans l'état actuel, je crois que nous devons nous contenter d'appeler l'attention du monde savant sur cette substance, de façon à stimuler des recherches qui pourront nous permettre de formuler plus tard une opinion définitive sur sa valeur thérapeutique. — *Gazette des hôpitaux.*

FORMULAIRE.

Dyspepsie.—*Huchard.*

1o P.—Teinture de noix vomique.....	
,, gentiane.....	
,, d'anis.....	ââ 1 drachme
Chloroforme	20 à 40 gouttes

M.—*Dose* : Huit à dix gouttes dans un verre à vin d'eau.—*Revue de thérapeutique.*

2o P.—Car bonate de bismuth.....	2 drachmes
Bicar bonate de soude	80 grains
Teinture d'hydrastis	4 drachmes
Teinture de noix vomique.....	20 minimes
Sirap de gingembre	1 once
Poudre de gomme adragante composée.....	1 drachme
Eau distillée q. s. pour.....	8 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé vingt minutes avant chaque repas.—*Medical and Surgical Reporter.*

Incontinence d'urine.—*Gross.*

P.—Sulfate de strychnine.....	1 grain.
Poudre de cantharide.....	2 “
Sulphate de morphine.....	1½ “
Fer réduit.....	20 “

M.—Faire 40 pilules. *Dose* : Une pilule trois fois par jour pour un enfant de dix ans.—*Cincinnati Medical News.*

Cystite.

P.—Iodoforme	1½ grain
Extrait de jusquiname.....	1 “
Beurre de cacao	45 “

M.—Pour un suppositoire.—*Journal de médecine*

Plaques muqueuses.—*Gross.*

Assécher avec coton absorbant, appliquer solution de cocaïne 4 o/o, puis la solution suivante :

P.—Nitrate acide de mercure.....	1 partie
Eau distillée.....	12 parties

Cette application se fait une fois par jour et dans l'intervalle on fait gargariser avec :

Acide pyroligneux.....	1 drachme
Eau distillée.....	8 onces

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, AVRIL 1890.

BULLETIN.

La profession médicale et la législation.

En parcourant la liste des bills sanctionnés par Son Honneur le lieutenant-gouverneur à la fin de la dernière session parlementaire, nous en avons remarqué quelques-uns qui intéressent assez directement la profession médicale pour que nous nous croyions en droit de faire, à leur sujet, certaines observations.

“ Acte reconnaissant le diplôme de bachelier ès-arts comme suffisant pour l'admission à l'étude des professions légale, médicale et notariale. ”

Il est admis que les parlements ont le droit de faire tout ce qu'ils veulent, même les choses les plus absurdes, de là l'excellence du système parlementaire. Cela se voit assez, du reste. Sans consulter la profession médicale de cette province, représentée par le Bureau provincial de médecine, la législation a adopté le *bill* de M. Hall, en vertu duquel tous les bacheliers ès-arts sont *ipso facto* exemptés de subir l'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine. Jusqu'ici la profession avait exercé sur l'admission aux études médicales un contrôle absolu, et pouvait toujours, au besoin, limiter l'encombrement dont elle souffre, en rendant plus difficiles ces épreuves préliminaires.

L'adoption du *bill* de M. Hall constitue donc une violation flagrante des droits les plus légitimes et les mieux établis de la profession. Il n'y a certes pas de mal, en soi, à ce que les bacheliers, s'ils sont tous des sujets compétents (ce qui, dans l'espèce, ne doit pas être douteux), puissent, sans autre épreuve, être admis à l'étude de la médecine ou du droit ; mais le principe, équitable suivant nous, qui veut que chaque profession puisse contrôler l'admission de ses nouveaux membres, se trouve par le fait même annihilé, et c'est pour cette raison que nous protestons contre la façon cavalière avec laquelle on a adopté cette mesure sans même consulter

le Bureau. Il est vrai d'ajouter que, l'eût-on consulté, on n'aurait probablement pas eu plus d'égard pour son *veto* qu'on n'en a eu pour l'opposition énergique qu'on faite au *bill* , et le Barreau de la province et la Chambre des notaires.

Si l'encombrement de la profession ne peut plus être empêché en limitant le nombre des candidats à l'étude, le Bureau provincial de médecine n'a plus qu'une chose à faire : rendre plus difficile l'obtention de la licence en créant un Bureau Central d'examineurs. Mais il y a tout à parier que nos excellents Gouverneurs n'en feront rien et courberont l'échine comme ci-devant. Heureuse souplesse !

“ Acte autorisant l'admission de Jos. A. Hamelin, docteur en médecine, au nombre des membres du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. ”

Dans ce cas-ci, le Parlement met tout simplement de côté les clauses 7 et 8 de l'Acte médical qui nous régit, et d'après lequel tout candidat à la licence du Collège doit avoir été préalablement admis à l'étude par le Bureau d'examineurs nommé *ad hoc* , et cela au début des études médicales, lesquelles doivent durer quatre années. Or, M. le docteur Hamelin a suivi pendant trois ou quatre ans les cours du Collège de médecine et de chirurgie de Montréal, et ce n'est qu'au bout de ces quatre années qu'il constate n'avoir pas été admis régulièrement à l'étude. Vite, il s'empresse de subir l'examen préliminaire, puis il demande la licence du bureau. Celui-ci la lui refuse, tout naturellement, mais l'autorise à s'adresser à la Législature pour en obtenir le *droit* à la licence.

M. le docteur Hamelin avait, pour appuyer son *bill* , nombre de précédents, et nous ne saurions le blâmer d'avoir fait ce qu'il a fait. Mais que dire du Bureau qui permet autant d'irrégularités et d'exceptions aux règlements du corps dont il est censé représenter les intérêts et les privilèges ?

“ Acte amendant la loi de pharmacie de Québec. ”

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les amendements que l'Association pharmaceutique se proposait de faire subir à la *loi de pharmacie* , de manière à empêcher les médecins pharmaciens d'exercer à la fois la médecine et la pharmacie. Ces amendements n'ont pas été acceptés tels quels, mais on les a modifiés de façon à ce que, dans les villes de Montréal et de Québec *seulement* , aucun médecin ne peut exercer le commerce de pharmacie s'il n'abandonne la pratique de la médecine et de la chirurgie, cette disposition ne devant pas, toutefois, s'appliquer aux médecins qui tiennent actuellement une pharmacie.

Bien que le résultat obtenu ne soit pas complet, nous en sommes néanmoins satisfaits : ce n'est là qu'un premier pas, le plus difficile, et nous ne doutons pas qu'avant longtemps les mêmes dispositions pourront être étendues aux autres villes de la province.

La vente des médicaments secrets.

Dans ses louables, mais trop souvent inutiles efforts pour combattre le charlatanisme et les charlatans, la profession médicale s'est jusqu'ici presque uniquement occupé des individus. On s'est borné à dénoncer à l'agent du Collège—quand cet agent existait—tels ou tels charlatans dont les menées dépassaient les bornes permises. Des poursuites judiciaires ont été dirigées contre les délinquants; jugement a été rendu—très tard la plupart du temps—et, quelquefois, pas trop souvent, justice a été faite de l'imposteur. De cette façon nous avons bien pu atteindre le charlatan, qu'on le nommât Racicot ou Tucker, mais le charlatanisme lui-même ne s'en est pas plus mal porté. Cet ennemi de notre noble profession est une hydre à plusieurs têtes, et nous ne pouvons espérer le combattre efficacement que si nous l'attaquons avec plusieurs armes à la fois.

Qui, par exemple, s'est occupé jusqu'ici de la vente des médicaments secrets? Quand a-t-on cherché à limiter ou à restreindre cette vente? Et cependant, nous payons assez cher pour le savoir, le médicament secret est l'incarnation même du charlatanisme, puisque le guérisseur ne sait et ne peut ni formuler une ordonnance, ni donner une consultation, ni examiner un malade.

C'est par ses remèdes que le charlatan est ce qu'il est; que la vente en soit restreinte de quelque façon, et déjà le champ d'action de l'ennemi se trouve forcément limité.

De par la loi commune, le charlatan a le droit incontestable de vendre lui-même ses drogues et ses racines. D'habitude, il est assez jaloux de ce privilège, et s'en fait souvent un sujet de gloire. Jusqu'à ces dernières années, nos pseudo-Esculapes ont fait de même et leurs produits n'ont pas paru sur le marché. Enhardis par le succès moins encore que par l'impunité, ils font un pas en avant et placent maintenant leur marchandise à la bonne enseigne. C'est ainsi que certains droguistes ont, paraît-il, accepté l'agence des *spécifiques* de Tucker, et qu'un pharmacien très achalandé ne se gêne pas, *proh pudor!* d'en faire la vente au détail. C'était déjà assez, nous semblait-il, de tenir en magasin les *pilules d'Ayer*, le *Pain Killer* de Davis, le *Warner's Safe Cure* et autres spécialités exotiques dont nous sommes inondés depuis un temps immémorial, mais voir Tucker, Racicot, Dudevoir ou Destrempe envahir le champ pharmaceutique, cela ne peut vouloir dire qu'une chose, c'est que le charlatanisme envahit aussi la pharmacie. Comme il doit être agréable et flatteur de se dire que le pharmacien qui exécute nos ordonnances exécute aussi celles de George Tucker, et que le commissionnaire qui ira chez notre client livrer douze poudres d'antipyrine, se rendra tout à l'heure chez le voisin pour y déposer le *Baume Arrapaho* ou le *secret No 13!*

Il y a là une question de décorum que nous livrons sans crainte à l'appréciation de nos lecteurs et que nous les prions de vouloir bien résoudre pratiquement de façon à faire comprendre à *qui de droit* ce que nous en pensons.

En revanche, nous demanderons à tous les pharmaciens honnêtes et de bonne foi de nous aider dans notre lutte contre le charlatanisme, au moins en ce qui concerne la vente des drogues, non que nous demandions précisément que tous les médicaments se crots, si nombreux aujourd'hui, soient exclus des officines, mais qu'au moins les produits *magiques* de nos guérisseurs indigènes n'y figurent pas à côté des préparations de la Pharmacopée.

Où est l'agent ?

Plusieurs médecins nous demandent le nom de l'agent autorisé à recevoir, dans le district de Montréal, la contribution annuelle des membres du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

La parole est à M. le président du Bureau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annual of the Universal Medical Sciences. — *A yearly report of the progress of the general sanitary sciences throughout the world.* Edited by CHARLES E. SAJOUS, M.D., and seventy associate editors, assisted by over two hundred corresponding editors, collaborators and correspondents. Illustrated with chromolithographs engravings and maps. In five volumes, royal octavo, 2nd issue, 1889. F. A. DAVIS, publisher; Philadelphia, New York and London.

Un grand nombre de nos lecteurs possèdent déjà ou connaissent au moins la 1^{ère} série de l'*Annual* du Dr. Sajous, la deuxième série leur sera une agréable surprise car les auteurs ont trouvé le moyen de la rendre encore plus vaste, plus utile et plus attrayante que la première qui pourtant n'a pas été peu admirée. Ainsi dans cette série on a ajouté : 1^o les équivalents, en usage chez nous, des poids et des échelles thermométriques étrangers; 2^o des dates intercalées dans le texte de tous les journaux dont on a cité des

extraits; 3o au index à la fin de chaque volume en sus du triple index à la fin de l'ouvrage; 4o la colonne thérapeutique de l'index général contient 48 pages de matières en plus; 5o les éditeurs ont spécifié le dosage quand l'auteur de l'article ne l'avait pas fait; 6o l'index compte 101 pages au lieu des 54 de la première série; 7o un surplus de 4,000 citations fournies en grande partie par les éditeurs correspondants ajoute encore à la valeur de l'ouvrage; 8o on s'est efforcé d'en augmenter la valeur pratique en donnant un soin tout particulier à la description du traitement, des opérations, poids et mesures, etc., etc.; 9o on a ajouté deux départements nouveaux très-importants: l'examen pour l'assurance sur la vie et les névroses de chemin de fer; 10o la typographie et toute la partie matérielle de l'ouvrage ont été soigneusement améliorées. Nous voudrions donner les noms des éditeurs associés et correspondants, c'est une longue liste de célébrités et de noms bien connus dans la science, mais l'espace ne nous le permet pas. En somme, "l'Annual" est un ouvrage indispensable pour le praticien qui veut, malgré le peu de temps qu'il peut y consacrer, se tenir au courant des progrès accomplis chaque année; dans "l'Annual" il trouvera bien condensé et agencé tout ce qui a été fait de nouveau ou amélioré en fait de médecine dans le monde entier, et c'est absolument la seule source de renseignements qu'il ait à sa disposition. Il n'y a rien d'étonnant à ce que la profession ait si bien accueilli cet ouvrage, il suffit de le feuilleter pour en voir toute la valeur.

La Mère et l'Enfant.—Journal illustré d'hygiène de la première et de la seconde enfance. Rédacteur en chef: docteur Th. CARADÉC. Sommaire du no 4, avril 1890, 6me année.—*Causerie du Docteur: Le lendemain de l'accouchement*, par le docteur Caradec.—*Médecine maternelle: Les préparations de quinquina chez les enfants*, par le docteur Caradec.—*Hygiène Infantile: La réglementation du sommeil*, par le docteur G. Lefebvre.—*L'éducation maternelle*, par Jeanne Leroy.—*La Maman Française*, par Edouard Petit.—*Nouvelle: Canzone Tedesca*, par Carmen Sylva.—*Les Recettes choisies de pâtisserie pour les Enfants*.—*Chronique*

Abonnements: Départements, 6 fr.; Union postale, un an, 7 fr.

Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie.

Administrateur: Mme Joannard, 35, rue Vivienne, Paris.

Primes gratuites offertes aux nouvelles abonnées: 1° *Le Manuel des Mères*, du Dr Caradec; 2° *Préjugés sur l'hygiène*, par le Dr Caradec; 3° *Sachet parfumé en satin, avec dédicace* (45 centimes au lieu de 3 francs), 4° Collection entière du journal 5 années; 21 fr. franco au lieu de 35 en librairie.

—L'honnêteté la plus scrupuleuse doit guider tous les actes du médecin.—Dr CATHELL, in *The Physician Himself*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une des plus anciennes pharmacies du monde entier est probablement " l'Apotheke Zum Mohren, " à Nuremberg, laquelle a célébré, l'an dernier, le 400^e anniversaire de sa fondation.

Le Dr H. E. DESROSIERS est à mettre la dernière main à un *Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie*. L'ouvrage comprendra un fort volume in-8, d'environ 800 pages, et sera prêt pour les premiers jours d'octobre 1890. Les listes de souscription sont déjà ouvertes et se remplissent rapidement.

Nécrologie.—ÉTRANGER : A Paris, le Dr. G. ESBACH, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, connu par de nombreux et importants travaux de chimie biologique.

Association des internes de l'hôpital Notre-Dame.—La prochaine réunion de l'Association aura lieu à l'hôpital Notre-Dame, jeudi, le 17 avril, à 8 heures p. m.

Ordre du jour : Dr MOUNT : *Contribution au traitement des affections utérines par l'électricité.*—Dr LÉTOURNEAU : *Du diabète.*

Les femmes médecins.—La Chambre des représentants en Belgique vient de consacrer par un vote le droit pour les femmes d'exercer la médecine et la pharmacie d'une façon générale et sans distinguer, comme le faisait la loi de 1876, entre les diverses branches de l'art de guérir.—*Lyon médical.*

Université de Montpellier.—Du 20 au 30 mai prochain, Montpellier célébrera le sixième centenaire de son Université. La veille, une grande retraite aux flambeaux parcourra les principaux quartiers de la ville; le lendemain, les étudiants et les professeurs étrangers seront reçus dans la salle des fêtes du nouveau palais universitaire. Cette réception sera suivie d'une visite aux nouveaux locaux réservés aux Facultés. Le second jour, le Président de la République présidera, dans la salle de théâtre, la grande séance de la célébration du sixième Centenaire. Puis les étudiants se rendront à la promenade du Peyrou, où un drapeau leur sera remis solennellement. Un cortège historique sera organisé. Le sujet choisi est la soutenance des thèses doctorales de Rabelais et de Rondelet à Montpellier en 1537. Il y aura, en outre, des visites aux établissements universitaires, aux hôpitaux, à l'École nationale d'agriculture, aux musées, aux bibliothèques, et des con-

certs sur les promenades publiques. On inaugurera plusieurs bustes de professeurs aux Instituts de botanique, de pharmacie et de chimie. Les soirées seront occupées par une réception à l'hôtel de l'Académie, par un bal offert par la ville dans la salle du théâtre, par un banquet auquel assistera le Président de la République, par une représentation de gala au théâtre.

Docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises et les Universités allemandes pendant l'année scolaire 1888-1889.—En France (38 millions d'habitants) le nombre des docteurs en médecine reçus en 1888-89 par les Facultés françaises a été de 625, ainsi répartis entre les six Facultés : Bordeaux 66, Lille 18, Lyon 47, Montpellier 77, Paris 300, Nancy 18.

Dans l'Allemagne du Nord (45 millions d'habitants) les Universités allemandes ont délivré la même année 1030 diplômes de docteur en médecine. Voici la répartition de ses diplômes entre les 20 Universités allemandes : Berlin 128, Bonn 82, Breslau 19, Erlangen 47, Freiburg 44, Giessen 17, Göttingen 26, Greifswald 80, Halle 32, Heidelberg 17, Iéna 39, Kiel 58, Kœnisberg 29, Lipzig 0, Marburg 22, München 114, Rostock, 1, Strasburg 46, Tubingen 28, Wurzburg 201.

Voici un tableau comparatif pour les quatre dernières années scolaires :

	1885-86	1886-87	1887-88	1888-89
France.....	546	624	642	625
Allemagne	685	847	935	1030

—*Lyon médical.*

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les épreuves pour le doctorat en médecine (2^e et 4^e de doctorat) ont eu lieu les 29 et 31 mars. Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

4^{ème} de doctorat : Rétrécissement de l'urèthre.—Péritonite diffuse aiguë.—De la mort subite.—Otite purulente aiguë.

2^{ème} de doctorat : Action nerveuse réflexe.—Appareil de Marsh ; ses réactions.—Artères du membre inférieur.

Les candidats dont les noms suivent ont subi avec succès les différentes épreuves :

1^{er} de doctorat—MM. D. S Bélanger, C. Bernier, J. C. Bernard, J. S. Boisjoli, A. Daoust, R. Dazé, A. Duquet, J. A. Gauthier, U. Jarry, E. Lamoureux, D. Landry, E. Landry, E. Larue, J. Laviolette, C. Leblanc, H. Lesage, F. X. de Martigny, J. S. Martel, S. J. McNally, O. Milot, L. Montpetit, E. Montpetit, J. Ouimet, F. X. Renaud, J. E. Rivard, J. Saint-Onge.

2^e de doctorat—(Bacheliers en médecine) : MM. R. Beaudry, E. P. Benoit, J. A. Brien, D. Crevier, A. Ethier, H. Gaboury, R. Hébert, R. C. Laurier, A. McCoy, F. Sylvestre.

3e de doctorat.—MM. N. L. Auger, H. A. Bellemare, J. A. Charest, C. Daunais, S. Derome, F. Dion, A. Dussault, U. J. Lalonde, S. McDuff.

4e de doctorat—(Docteurs en médecine).—MM. O. A. Bissonnette, J. R. Boulet, A. J. L. O. Brodeur, J. E. P. Chagnon, R. Chevrier, J. Doiron. H. M. Duhamel, H. Fortier, E. N. Fugère, J. C. Gariépy, L. de L. Harwood, G. L. Smith, N. Ledue, L. E. Leriche, G. E. Lesage, A. L. de Martigny, O. Mercier, J. E. Poutré, H. H. Préfontaine, J. W. Rourke, N. Sasseville, J. V. Thuot, J. E. Vanasse.

Le troisième terme, obligatoire pour les élèves de troisième année seulement, s'est ouvert mardi, 15 avril. Les cours se donnent dans l'ordre suivant :

Electricité médicale—Dr DUVAL, 8.30 h. a. m., lundi.

Gynécologie—Dr BRENNAN, 8.30 h. a. m., mercredi et vendredi.

Clinique de Gynécologie—Dr BRENNAN, 8.30 h. a. m., mardi, jeudi et samedi.

Clinique d'ophtalmologie—Dr FOUCHER, 9.30 h. a. m., lundi, mercredi et vendredi.

Chimie médicale—Dr N. FAFARD, 9.30 h. a. m., mardi, jeudi et samedi.

Clinique interne—Dr LARAMÉE, 10.30 h. a. m., lundi, mercredi et vendredi.

Clinique externe.—Dr BROUSSEAU, 10.30 h. a. m., mardi, jeudi et samedi.

Pédiatrie.—Dr S. LACHAPELLE, 2 h. p. m., lundi, mercredi et vendredi.

Clinique de pédiatrie.—Dr S. LACHAPELLE, 2 h. p. m., mardi, jeudi et samedi.

Petite chirurgie.—Dr A. LAMARCHE, 3 h. p. m., lundi, mercredi et vendredi.

Histologie morbide.—Dr BRENNAN, 3 h. p. m., mardi, jeudi et samedi.

Clinique des maladies des vieillards.—Dr ROTTOT, 4 h. p. m., lundi, mercredi et vendredi.

Matière médicale et pharmacologie ; opérations pharmaceutiques.—Dr DESROSIERS, 4 h. p. m., mardi, jeudi et samedi.

Clinique de tocologie.—Dr DAGENAIS, sur avis spécial.

Bien que les cours de ce troisième terme ne soient obligatoires que pour les élèves de troisième année, cependant, tous ceux de 1ère et de 2e année sont cordialement invités à assister à ces leçons, qui sont entièrement gratuites. Les élèves des autres universités y seront toujours les bienvenus.

Naissance.

LACOURCIÈRE.—A St Victor de Tring, comté de Beauce, Madame Henri Lacourcière, une fille.