

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL NOTRE-DAME—M. LARAMEE.

Du rhumatisme blennorrhagique.

(Leçon recueillie par N. VALIN, M.B., et A. DAVID, M.B.)

Le malade que je vous présente aujourd'hui est celui que vous avez eu occasion de voir dans nos salles ces jours derniers. Il souffre de rhumatisme blennorrhagique. J'ai choisi cette maladie pour sujet de notre leçon clinique, non pas à cause de la fréquence de l'affection, car celle-ci est relativement rare, mais en vue de la grande importance qu'il y a de bien distinguer cette variété d'arthrite de l'arthrite rhumatismale ordinaire.

Je ferai remarquer d'abord que l'on doit dire rhumatisme *blennorrhagique* et non pas rhumatisme *gonorrhéal*. Cette dernière expression est tout-à-fait impropre en ce sens qu'elle implique l'idée d'un écoulement de semence (*gonos*, semence). Or, vous savez que dans l'uréthrite virulente, ce n'est pas le sperme qui s'échappe de l'urèthre, comme on le croyait autrefois, mais bien du mucus et du pus. C'est pourquoi, dans la nomenclature moderne, le mot gonorrhée a été remplacé par l'expression *blennorrhagie*.

Le rhumatisme blennorrhagique est le plus souvent mono-articulaire, et c'est le genou, ordinairement le genou gauche, qui en est le plus fréquemment atteint; quelquefois il siège à l'articulation tibio-tarsienne. Il peut également affecter plusieurs articulations à la fois, mais c'est très rare.

Le début de la maladie est brusque ordinairement, celle-ci peut aussi s'annoncer par des frissons, de la courbature, de l'embarras gastrique, etc. L'attaque survient à toute période de la blennorrhagie aiguë, mais surtout quand celle-ci est déjà compliquée de prostatite, cystite, orchite, etc.

Comme cause prédisposante à l'arthrite, nous avons en premier lieu la blennorrhagie préexistante, puis la présence d'une diathèse préalable, le tempérament scrofuleux, etc. Les principales causes déterminantes sont le froid, l'humidité, la fatigue excessive, les excès, etc.

Plus l'écoulement uréthral est abondant, plus la complication arthritique est apte à survenir. Notre malade souffrait d'une première attaque de blennorrhagie depuis à peu près trois semaines, et depuis quelques jours l'écoulement était devenu abondant. C'est dans cette condition que le patient s'est exposé à l'humidité. Il avait beaucoup marché dans la neige avec des souliers minces, et peu de temps après, il fut pris d'une prostatite, et, presque aussitôt, d'une arthrite soudaine du genou droit, contrairement à la règle, puisque c'est le genou gauche qui est le plus souvent envahi.

Mais comment expliquerons-nous la production de cette arthrite au cours d'une blennorrhagie? Y a-t-il absorption de la matière purulente ou simple action réflexe? Les Allemands s'appuyant sur le fait que la seule introduction d'une sonde dans l'urèthre suffit quelquefois à provoquer une arthrite, nient l'absorption préalable et s'en tiennent à l'action réflexe. Les auteurs français et américains au contraire soutiennent que, dans la majorité des cas, il y a absorption de pus, bien qu'en certains cas, cependant, l'action réflexe puisse seule expliquer l'apparition de l'arthrite. Pour ma part, je penche beaucoup du côté de l'absorption. Ne voit-on pas de la conjonctivite et de l'iritis se produire dans le cours de la blennorrhagie? Toutes deux ne sont-elles pas de cause constitutionnelle? La conjonctivite peut aussi se développer par contagion directe, par l'introduction du pus blennorrhagique entre les paupières, mais cette forme de conjonctivite est beaucoup plus grave que la précédente. Il en est de même de l'iritis ordinairement.

L'arthrite blennorrhagique est sujette à récidiver. Le malade qui a déjà eu la chaude-pisse est plus apte à la contracter de nouveau; il en est de même de celui qui a déjà souffert du rhumatisme blennorrhagique.

La durée ordinaire de la maladie est de six semaines à deux mois. Ce malade nous dit qu'il en souffre depuis six semaines.

L'arthrite blennorrhagique passe très rarement à la suppuration. Rollet, de Lyon, dit n'avoir, dans une période de plus de dix années observé un seul cas de rhumatisme blennorrhagique suppuré.

Il est juste de faire observer aussi que la marche de la blennorrhagie n'influence en rien la marche de la complication arthritique. L'écoulement purulent de l'urèthre peut continuer à se faire ou cesser tout-à-fait. Dans la généralité des cas, l'écoulement diminue quelque peu. C'est ce qui est arrivé dans le cas présent.

Le rhumatisme blennorrhagique est excessivement rare chez la femme. Pourquoi? Il est difficile de le dire, mais le fait est là. Senator, de Berlin, prétend que cela est dû à ce que chez la femme la muqueuse uréthrale et vaginale est plus résistante et plus épaisse que celle de l'urèthre chez l'homme, et s'oppose davantage à l'absorption du pus. On n'a remarqué le rhumatisme blennorrhagique chez la femme que dans le cas où l'urothre était intéressé. Or, vous savez que la blennorrhagie chez la femme siège la plupart du temps dans le vagin et non dans l'urèthre. Rollet et quelques autres spécialistes n'ont jamais rencontré un seul cas de rhumatisme blennorrhagique chez la femme, mais cependant ils en admettent l'existence.

La maladie que l'on pourrait confondre avec l'arthrite blennorrhagique est le rhumatisme articulaire aigu ordinaire. Or, il importe de savoir que ce sont là deux maladies distinctes et n'ayant rien à faire l'une avec l'autre. Le rhumatisme vulgaire est ordinairement poly-articulaire, quand il est mono-articulaire, il est rare qu'il le soit d'emblée. Il s'accompagne généralement d'une fièvre assez intense et d'une transpiration acide, âcre et qui fatigue beaucoup les malades. Les douleurs sont vives ordinairement; il y a peu d'épanchement articulaire, et par conséquent, on constate peu de fluctuation, même quand on a affaire à la forme mono articulaire. Dans le rhumatisme blennorrhagique, au contraire, l'affection est, d'emblée, limitée à un.

seule articulation; la fièvre est nulle ou presque nulle, excepté au début où elle peut être un peu intense. La transpiration, quand elle se montre, soulage ordinairement le patient; la douleur est plus ou moins marquée; mais pas du tout comparable à celle du rhumatisme ordinaire. L'histoire du cas, en nous renseignant sur l'existence préalable de la blennorrhagie, servira également à éclairer le diagnostic. Dans le cours du rhumatisme blennorrhagique, il ne se développe d'endocardite que par exception. Par conséquent, ces malades ne sont presque jamais exposés, comme dans le cas du rhumatisme ordinaire, à souffrir ultérieurement de maladie organique du cœur. Ce fait est important au point de vue du pronostic, et ceux d'entre vous qui auront à examiner des sujets pour une compagnie d'assurance, par exemple, ne devront pas le perdre de vue. Au reste, le pronostic de l'arthrite blennorrhagique est généralement favorable. La guérison est la règle. Une exception doit être faite, cependant, pour les sujets scrofuleux chez qui l'arthrite peut se terminer par ankylose vraie. Néanmoins, même chez les bons sujets, l'arthrite blennorrhagique peut quelquefois se terminer par ankylose fausse dont, par bonheur, on triomphe généralement avec les moyens appropriés.

Le traitement de l'arthrite blennorrhagique est basé sur les principes généraux. L'articulation malade doit être maintenue dans un repos absolu et dans une immobilité complète, en même temps qu'on assurera au membre une position élevée autant que possible. La saignée générale n'est pas de mise ici, sauf chez les sujets d'une constitution très pléthorique. Les saignées locales, au contraire, feront le plus grand bien. On appliquera 6, 10, 15 et même 20 sangsues autour de l'articulation intéressée, et avec les meilleurs résultats. Cette méthode est fortement recommandée par Keyes de New York, et d'après lui peut même enrayer (*curtail*) la maladie. Les auteurs anglais, en général, ne préconisent pas l'emploi des sangsues. *Leeches not unfrequently aggravate some of the symptoms, and induce also suppuration in the cellular tissue. For these reasons, any benefit to be derived from their use is doubtful, and at times, they certainly increase the evil they are intended to mitigate.* (1) Pour moi, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de les appliquer dans ces cas, et m'en suis toujours bien trouvé. Les badigeonnages à la teinture d'iode agiront bien aussi comme contre-irritants, et les applications d'onguent d'iode s'il y a beaucoup de liquide épanché. De même on emploiera, et souvent avec succès, les vésicatoires. On pourra combiner l'emploi de ces deux dernières méthodes à celui d'une compression méthodique.

Le cataplasme de Trousseau nous a toujours donné satisfaction dans les cas d'arthrite. Il n'agit que comme anodin et palliatif. En voici la composition :

Mie de pain..... quantité indéterminée.
Eau q. s.

Faites cuire.—Quand le cataplasme est cuit, on y ajoute 2 oz. d'alcool camphré, et, à la surface, on étend une couche de bouillie faite avec

Extrait de belladone..... ʒii. ss.
Extrait d'opium. ʒi. ss.
Poudre de camphre..... ʒii. ss.

(1) Brodhurst, in *Reynold's System of Medicine*.

Le cataplasme doit être tellement épais, qu'il conserve sur la table la forme du vase dans lequel on l'a fait cuire. Le cataplasme, une fois appliqué, est enveloppé de flanelle et de taffetas ciré et peut rester en place 8 à 10 jours sans s'altérer.

Au début, s'il y a embarras gastrique, on fera bien d'administrer un purgatif salin. Subséquentement, comme calmants, on emploiera la morphine en injections hypodermiques, et, à l'intérieur, la poudre d'ipéac composée, le bromure de potassium, ou les lavements laudanisés. Ces différents anodins seront administrés à doses suffisantes pour calmer la douleur aussi complètement que possible.

Comme sédatif, on conseille le salicylate de soude administré à doses fréquemment répétées, et, si le cas devient chronique, l'iodure de potassium à dose de 10 grs. 3 fois par jour, et l'iodure de fer.

Les bains de vapeur, les bains tièdes, sont destinés à procurer beaucoup de soulagement aux malades atteints de rhumatisme en général et d'arthrite blennorrhagique en particulier.

En même temps que l'on traite l'arthrite, il ne faut pas négliger la blennorrhagie elle-même, et l'on prescrit suivant les cas les injections légèrement astringentes, ou l'usage des balsamiques: copahu, cubèbe, huile de santal, &c.

Ici, nous avons traité notre malade par le repos absolu et la saignée locale (sangues). Ensuite, nous avons fait appliquer le cataplasme de Trousseau. De plus, on a fait usage de l'onguent d'iode. Des injections hypodermiques de morphine (gr. $\frac{1}{6}$) ont été pratiquées toutes les 5 heures pour calmer la douleur, et l'iodure de potassium prescrit à dose de 10 grains, trois fois le jour. Aujourd'hui le patient prend l'iodure de fer et le copahu. J'espère qu'il sera bientôt tout-à-fait rétabli. Dans tous les cas, il est assez bien, actuellement, pour demander son congé.

De la puissance toxique des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales; (1)

par J. I. DESROCHES, M. D., Montréal.

Le travail que je mets, ce soir, devant vous, Messieurs, est d'une haute importance au point de vue thérapeutique. Nous savons que la substance la plus toxique peut être impunément absorbée par l'organisme, pour peu qu'elle le soit successivement et que son élimination se fasse aussi vite que son absorption. Claude Bernard nous a montré le rôle important que joue le rein dans l'élimination des substances toxiques. Il a démontré expérimentalement que chez l'animal curarisé, on peut entretenir la vie par la respiration artificielle. Mais si on pratique une double néphrotomie, le poison ne pouvant plus s'éliminer, la mort arrive rapidement.

L'analyse des urines nous rend tous les jours des services signalés dans la recherche des maladies et nous permet de suivre pas à pas l'action des médicaments dans l'organisme. Par ce moyen nous pouvons connaître si le médicament est absorbé, dans quelles proportions il a été absorbé, savoir s'il a subi ou non des transformations dans

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

l'organisme. Ainsi l'urine devient un témoin parlant et impartial pour le praticien qui sait à l'aide de réactifs lui faire montrer les principes qu'elle renferme. Ce sont ces considérations qui ont été le point de départ de cette étude que je vous soumetts ce soir. Mais comme je ne puis vous parler, dans un travail de ce genre, de tous les médicaments qui s'éliminent par la voie rénale, j'en ai choisi quelques-uns, vous promettant de continuer plus tard, si cette étude offre quelque intérêt aux membres de cette Société.

Sulfate de Quinine.—Voyons, d'abord, le sulfate de quinine, ce qu'il devient dans l'organisme. Ce médicament arrive difficilement dans la circulation générale, mais il y pénètre cependant en presque totalité et s'élimine principalement par la voie rénale. La quantité de quinine retrouvée dans les urines varie de $\frac{1}{3}$ à $\frac{2}{3}$ de la dose ingérée. La majeure partie de cette quantité est à l'état amorphe et une très faible partie à l'état cristallisé. L'élimination de cette substance commence 20 à 30 minutes après son administration. Au début, l'élimination augmente pendant plusieurs heures consécutives, de sorte que pendant la sixième heure elle est très abondante. Puis elle diminue ensuite pendant toute sa durée, qui varie de un à quatre jours suivant la dose absorbée.

Mais cette fonction éliminatrice peut être entravée par les maladies des reins qui rendent toxiques les médicaments actifs. Bouchard et Chauvet, dans une série d'observations tirées de cas de lésions rénales, ont constaté une grande irrégularité et une durée plus considérable de l'élimination de ce médicament. Dans plusieurs cas, trois ou quatre jours après l'administration de cette substance, alors que les urines n'en décelaient plus de traces, ils ont observé la persistance des bourdonnements d'oreilles. De plus, aussi, dans certains cas ils ont remarqué l'alternation de l'apparition et de la disparition de la quinine dans les urines pendant la durée de son élimination. Ce qui prouve le défaut d'élimination par la voie principale et le danger d'intoxication par une administration successive.

Maintenant nous arrivons à un point capital, c-à-d. à la connaissance des moyens de recherche pour constater la présence de cet alcaloïde dans les urines. Le réactif de Bouchardat qui nous donne un précipité brun kermès ou marron, consiste en 10 p. d'iode, 20 p. d'iodure de potassium et 500 p. d'eau.

Celui de Dragendorff donne un précipité rouge orange très abondant et consiste en sous-nitrate de bismuth 1.50, iodure de potassium 7.0, acide chlorhydrique 20 gtes, et eau 20 grammes.

Enfin celui de Mayer, caractérisé par un précipité blanc jaunâtre gélatineux, se compose de bichlorure de mercure 13.541, iodure de potassium, 49.80, eau distillée 1 litre. On peut se servir de chacun de ces réactifs indistinctement en les versant directement dans l'urine, sauf cependant pour celui de Dragendorff où il faut avoir acidulé préalablement celle-ci. Telles sont les considérations que j'avais à vous faire sur la quinine. Maintenant j'aborde l'*acide salicylique* et le *salicylate de soude*.

Bertagnini et Sée croient qu'une partie de l'acide salicylique se transforme dans l'organisme en acide salicylurique aux dépens de la glycolle et que l'autre partie n'éprouve aucune altération. Binz veut que le salicylate de soude soit décomposé dans les vaisseaux par l'acide carbonique du sang et par là expliquer le passage simultané de l'acide

salicylique libre et du salicylate de soude. D'après Ewald, dans les tissus enflammés, chez l'homme, la tension de l'acide carbonique est considérablement augmentée (15-20 pour 100) ce qui donnerait lieu à un dégagement d'acide salicylique, comme le fait est possible dans le sang appartenant à un animal étouffé. Kohler a démontré que pour déplacer par l'acide carbonique l'acide salicylique, dans une solution de salicylate de soude, il faut que la liqueur soit acide. Or nous savons que dans les vaisseaux, le salicylate de soude et l'acide carbonique se trouvent dans un milieu alcalin; de plus, que l'acide carbonique est en trop petite quantité pour pouvoir décomposer le salicylate de soude. Par ce qui précède nous sommes donc amenés à admettre que le parenchyme rénal extrait l'acide salicylique du sang sans que cet acide s'y trouve à l'état libre. On peut également penser que l'acide salicylique prend naissance dans les urines. Nous trouvons en faveur de cette opinion, que l'acide salicylique ne se trouve jamais dans une urine alcaline mais bien dans une urine acide. ce qui porterait à croire que l'acide salicylique serait déplacé de ses combinaisons par les acides renfermés dans les urines. On peut conclure que l'acide salicylique se transforme dans le sang en salicylate de soude.

L'élimination de ces médicaments se fait presque exclusivement par la voie rénale et dans les proportions de 60 à 63 p. 100. On n'est pas encore d'accord sur la rapidité de l'élimination, cependant les dernières expériences permettent de penser que l'élimination commence 15 à 20 minutes après l'administration et que la durée varie suivant la dose ingérée. Ainsi disons avec Bouchard et Chauvet que pour 30 grs elle se prolonge pendant 45 heures; pour 5ii pendant 65 heures. Mais nous le répétons, à l'état pathologique, le rein élimine beaucoup plus lentement. Nous devons à M. le Dr Chauvet cette série de cas se rattachant à l'élimination des médicaments qui nous occupent. Ainsi chez un ancien saturnin atteint d'insuffisance mitrale avec des urines albumineuses, l'élimination de 30 grs d'acide salicylique a duré 96 heures. Chez un ataxique avec sclérose probable du rein, l'élimination de 5iv de salicylate de soude ingérées dans 48 heures a duré 7 jours. Chez un ancien rhumatisant, atteint d'un accès aigu, n'ayant rien au cœur, ni d'albumine dans les urines, l'élimination de deux drachmes de salicylate de soude a duré 108 heures. Chez un ancien alcoolique, deux drachmes de salicylate de soude donnèrent des bourdonnements d'oreilles et un état d'accablement. L'élimination s'est prolongée quatre jours et demi. Dans un cas de tuberculose pulmonaire avec urines albumineuses, deux drachmes de salicylate de soude causèrent de l'accablement et des bourdonnements d'oreilles. L'élimination a duré 5 jours. Chez un ataxique avec lésions de la vessie et lésions probables du rein et des urines albumineuses, l'élimination de quatre drachmes de salicylate de soude dura six jours. Enfin, dans un cas de rein sénile, une drachme de ce médicament fit naître un état d'accablement tel que le malade répondait difficilement aux questions. Ainsi, ces observations nous enseignent combien nous devons être vigilants dans l'administration des médicaments actifs chez les sujets atteints d'altérations rénales.

Un réactif très sensible pour la recherche de l'acide salicylique et du salicylate de soude dans les urines, c'est le perchlorure de fer. On met de l'urine dans trois ou quatre fois son volume d'eau, puis on ajoute

un filet de perchlorure de fer étendu dans vingt fois environ son volume d'eau, ayant eu soin d'aciduler préalablement la liqueur, si l'urine était alcaline. Si l'urine contient de l'acide salicylique, le précipité, qui est du phosphate de fer, prend une coloration violette qui disparaît par l'agitation du mélange. Au contraire s'il n'y a pas d'acide salicylique, le précipité est blanc floconneux, aussi du phosphate de fer. Ainsi donc, Messieurs, comme nous le voyons encore par l'étude de ces médicaments, il est un point capital qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est la fonction éliminatrice du rein.

Opium et morphine.—Une autre substance qui méite notre attention, vu son usage fréquent dans le traitement des maladies, c'est l'opium. Introduite par l'estomac, la morphine a une absorption lente et une élimination rapide. Dragendorff et Kautzman croient que l'absorption de la morphine est incomplète, parce qu'ils en ont trouvé, 15 heures après son ingestion, des petites quantités dans l'estomac et les matières fécales. Le foie est l'organe qui porte le plus d'obstacles à son absorption. Ces deux substances commencent leur puissance d'action un quart d'heure ou une heure après leur administration suivant que l'estomac est plein, ou non, mais une fois arrivées dans la circulation générale elles s'éliminent rapidement par la voie rénale. Cette absorption lente et cette élimination rapide expliquent, en partie, pourquoi l'organisme peut s'habituer si facilement à la morphine, et pourquoi, quand elle est prise par l'estomac, ses effets ne se manifestent que lentement et non subitement comme ceux des autres violents poisons. (Nothnagel et Rossbach.)

Il est aujourd'hui permis de croire que la morphine et l'opium s'éliminent principalement par la voie rénale et que la durée de cette élimination varie de 12 à 50 heures. Nous pouvons affirmer aussi que si nous ne trouvons que la morphine dans les urines, la morphine seule a été ingérée. Au contraire, si nous constatons dans les urines la présence de la morphine et de l'acide méconique, nous pouvons conclure qu'une préparation opiacée ou que l'opium en nature a été ingérée.

Maintenant, arrêtons-nous quelques instants sur les procédés employés pour la recherche de la morphine dans les urines. Celui de Stas ne peut être employé ici, parce que la morphine amorphe est seule soluble dans l'éther. Or nous savons que la morphine, en se séparant de ses sels à l'état amorphe, devient facilement cristalline, et que de plus la solution étherée tend facilement à abandonner l'alcaloïde cristallisé, insoluble par conséquent dans l'éther.

Le procédé de Bruneau est à la fois simple et rapide. Il consiste à additionner à une urine préalablement filtrée, une petite quantité d'acide tartarique (0.50 centig. p. 100 c. m. c. d'urine) puis d'ajouter ensuite de l'alcool amylique (304 fois son volume) et de maintenir le mélange, pendant quelque temps, à une température de 50° à 70°. Alors on décante la solution amylique de tartrate alcaloïde. On peut répéter plusieurs fois la même opération et ensuite traiter toutes les liqueurs réunies par de l'eau ammoniacale afin de séparer la morphine de son sel lequel reste dissous dans l'alcool. Il ne faut jamais opérer par l'ammoniaque en présence de l'urine, parce qu'alors l'alcool amylique enlèverait à la solution l'urée et les acides biliaires, ce qui pourrait donner lieu à de regrettables méprises. Car le réactif de

Prohle (1) donne avec les acides biliaires une coloration très voisine de celle que donne la morphine. Nombre de réactifs ont été employés pour caractériser la morphine. Mais je vous mentionnerai ici celui d'Erdman qui se prépare en mélangeant 6 drachmes d'acide sulfurique pur, à 10 gouttes d'une solution aqueuse qui contient 6 gouttes pour 100 d'acide azotique (de 1.25 de densité); ce réactif donne une coloration rouge intense, passant ensuite au vert jaunâtre. Ce procédé est excessivement sensible.

J'arrive au réactif de l'acide méconique. On fait dessécher les matières au bain marie; puis on les fait digérer dans l'alcool aiguisé d'acide chlorhydrique, on laisse refroidir et ensuite on filtre et enfin on opère l'évaporation pour enlever toute trace d'acide. On reprend par l'eau bouillante en y ajoutant de la benzine pour enlever les matières colorantes. Puis on porte à l'ébullition le mélange qu'on neutralise par la magnésie et l'on filtre ensuite pour enlever l'excès de magnésie. Alors on a un méconate de magnésie qui, traité par le chlorure de fer, donne une coloration rouge-sang très intense que ne modifie ni la chaleur, ni l'acide chlorhydrique, mais que décolore le sulfocyanure de fer.

J'en aurai fini avec l'opium quand je vous aurai réuni ici en un corps de doctrine des faits d'empoisonnement par cette substance. Les Drs Keen et Dickinson relatent des cas d'intoxication avec de faibles doses d'opium chez les albuminuriques. Charcot, Bouchard, Cornil, nous rapportent des faits semblables chez des malades brightiques. Pour ma part, vous parlerai-je aussi de deux cas d'intoxication chez d'anciens alcooliques. Mes malades étaient plongés dans une espèce de léthargie, les pupilles étaient contractées. Ferrand, comprenant l'importance de la fonction éliminatrice du rein, nous recommande une grande prudence dans l'ingestion des médicaments actifs dans les cas de cachexie cardiaque.

Nous pourrions réunir encore ici un nombre de faits semblables relatés par des médecins qui ont régné et qui règnent aujourd'hui dans la science, si je ne craignais d'être trop long. Gubler a pensé soumettre à des lois la fonction éliminatrice du rein, en formulant cette règle générale que "les médicaments sont d'autant mieux acceptés qu'ils sont plus analogues aux principes chimiques répandus dans l'organisme;" que les substances médicamenteuses hétérogènes sont mal supportées et rapidement éliminées. Mais comme le fait judicieusement observer Dujardin-Beaumetz, cette loi ne peut pas s'étendre à tous les médicaments. Ainsi l'arsenic et nombre d'autres n'ont pas d'analogues dans l'économie et ont cependant une élimination très lente.

Nous ne connaissons pas encore dans quelle affection rénale l'élimination se fait le plus difficilement. Mais nous pouvons énoncer que toutes les maladies du rein entravent plus ou moins cette fonction éliminatrice.

En terminant, messieurs, laissez-moi vous formuler la proposition de Bouchard: "Les maladies des reins rendent toxiques les médicaments

1) "Ce réactif est obtenu en dissolvant par c. m. c. d'acide sulfurique concentré 1 milligr. de molybdate de sodium qui donne avec la morphine une couleur violette; le liquide devient vert, puis vert brunâtre, puis jaune, puis bleu-violet après 24 heures."

« actifs, administrés même à petites doses. » Ainsi donc, acceptons l'éveil qui nous est donné, et avant de commencer une médication active, par prudence, examinons avec soin comment se fait la sécrétion urinaire.

De l'action physiologique et thérapeutique de la Nitro-Glycérine; (1)

par H. E. DESROSIERS, M.D.,

Professeur à l'Université Laval, Montréal, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

(Suite et fin.)

La plupart des usages de la nitro glycérine découlent de la propriété qu'a cette substance de produire la dilatation des capillaires et des artérioles, et, par conséquent, un degré plus ou moins prononcé de congestion, en même temps qu'un abaissement marqué de la tension artérielle. Aussi l'emploie-t-on avec succès dans l'anémie cérébrale et les différents états pathologiques liés à cette anémie, *e. g.*, la céphalalgie et la migraine. Elle est aussi mise à contribution dans le traitement d'un certain nombre de lésions organiques du cœur présentant comme caractères principaux l'asystolie, l'irrégularité et la faiblesse des battements cardiaques, associées à une tension artérielle exagérée eu égard à la force d'impulsion du cœur.

La nitro glycérine est de plus conseillée fortement par Hammond, contre l'épilepsie, principalement contre le petit mal. Murrell la préconise contre l'angine de poitrine; d'autres enfin l'emploient dans la chorée, l'asthme symptomatique et idiopathique, l'emphyème pulmonaire, la néphrite interstitielle aiguë ou chronique, etc., etc.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que ce médicament, si nouveau encore, ait ainsi une foule d'applications. Tous les remèdes d'invention récente en sont là, vous le savez. Il n'y a pas de doute que la nitro-glycérine, après quelques années d'expérience, ne sera plus employée que dans un nombre assez restreint de maladies. Aujourd'hui, celles sur lesquelles elle semble avoir une action bien évidente sont, d'une part, *l'anémie cérébrale et les troubles qui en dépendent*; d'autre part, *certaines maladies organiques du cœur*: enfin, quelques soi-disant *névroses* parmi lesquelles on range surtout *l'angine de poitrine et l'épilepsie*.

Dans une communication faite à la Société Neurologique de New York, Hammond a donné les résultats de ses observations au sujet de l'emploi de la nitro-glycérine dans l'anémie cérébrale, résultats qui semblent très-satisfaisants. Ils tendent à conclure que cet état pathologique est la cause première d'une grande variété de troubles surtout du genre névralgique, et que la nitro-glycérine, en faisant disparaître l'ischémie cérébrale, doit, par là même, mettre fin aux désordres concomitants. C'est ce qui fait le triomphe de ce médicament dans le traitement de certaines formes de *migraine* ou *hémicranie* si fréquente chez les anémiques, et que l'on rencontre même chez des sujets ne présentant aucun des symptômes d'anémie générale. Dans l'un et l'autre

(1) Voir la livraison de mars.

cas, il y a alors contraction des artérioles du cerveau ainsi que des capillaires de la face qui est pâle et presque exsangue. De même, le fond de l'œil du côté malade présente, d'après Hammond, une apparence rose pâle, indice d'un afflux imparfait du sang au cerveau. Dans ces cas, Ham. administre une goutte de solution au 100e, et répète la dose au bout d'un quart d'heure si la douleur n'a pas cédé. "Rarement, dit-il, j'ai été obligé de donner une troisième dose, car, généralement, il y a eu soulagement marqué dès la première dose et disparition complète de la douleur à la seconde."

Si la maladie est périodique, comme cela arrive souvent, il vaut mieux administrer une goutte trois fois par jour, deux ou trois jours avant l'attaque présumée, et continuer à la même dose trois ou quatre jours après. Hammond avoue que le succès n'a pas répondu à son attente dans tous les cas, mais il maintient qu'il y a répondu assez souvent pour lui faire croire qu'aucun médicament ne produit d'aussi bons effets dans la migraine.

Ce que nous venons de dire pour la migraine se doit dire également de tous les accidents liés à la contraction exagérée des artérioles du cerveau: Vertige anémique, tic douloureux, tendance à la syncope, céphalalgie et les névralgies anémiques en général.

La nitro-glycérine ne saurait être administrée indistinctement dans toutes les maladies organiques du cœur. On la réserve pour les cas où il y a asystolie, faiblesse exagérée des pulsations et dégénérescence graisseuse des parois cardiaques. Son mode d'action dans ces cas est bien simple. Dans la dilatation exagérée des parois ventriculaires et la dégénérescence graisseuse, le cœur fonctionne difficilement comme on le sait, et d'autant plus difficilement que la tension artérielle est plus forte à la périphérie, ou en d'autres termes, que la résistance est plus considérable. Or, la nitro-glycérine, nous l'avons dit, a précisément pour effet d'abaisser cette tension artérielle et conséquemment de diminuer aussi la résistance offerte au cours du sang, diminuant par là même la somme de force que le cœur devrait mettre pour vaincre cette résistance. Le remède trouve donc ici son indication toute naturelle, tout comme sont indiqués alors les stimulants ordinaires, l'alcool, l'opium, &c., qui tous abaissent la tension sanguine dans les vaisseaux.

C'est Murrell qui, je crois, a le premier préconisé l'emploi de la nitro-glycérine dans l'angine de poitrine, soit idiopathique, soit symptomatique. Brunton l'a suivi de près. Tous deux se basent sur la similarité d'action qui existe entre le nitrite d'amyle et la nitro-glycérine, et sur le fait que dans un grand nombre de cas d'angine de poitrine il y a augmentation et exagération de la tension artérielle. Cependant, il ne paraît pas, d'après ces mêmes auteurs et aussi d'après Ringer, que la nitro-glycérine puisse remplacer tout-à-fait le nitrite d'amyle dans le traitement de l'angine de poitrine, parcequ'elle n'agit pas aussi promptement. On peut fort bien l'administrer dans les intervalles à dose de une minime de la solution au 100e, trois ou quatre fois par jour, augmentant graduellement suivant le besoin. Si on la donne durant l'attaque même, la même dose sera donnée tous les quarts d'heure jusqu'à soulagement.

Hammond dit que, à moins de contrindication spéciale venant de l'état du cœur, il n'inaugure jamais le traitement d'un cas d'épilepsie

ayant résisté à l'emploi des bromures, sans administrer d'abord la nitro-glycérine conjointement avec les bromures, et il prétend n'avoir qu'à se louer de cette addition. Les bromures, dit-il, ont peu d'effet sur la première phase de la maladie ou petit mal, mais réussissent surtout dans la forme convulsive ou grand mal. C'est tout le contraire pour la nitro-glycérine.

Le mode d'administration n'est plus le même ici, car il s'agit d'obtenir un effet plus persistant. Hammond donne donc une goutte de la solution au 100^e, trois fois par jour pendant un mois, puis, le mois suivant, il augmente chaque dose d'une goutte, et ainsi de suite pendant un an alors que la dose est de douze gouttes trois fois par jour. (1)

Une autorité telle que celle de Hammond doit être pour nous une sauvegarde, et son exemple doit nous engager à mettre à l'essai, dans le traitement d'une maladie telle que l'épilepsie, le nouveau médicament que nous venons d'étudier.

Bibliographie—Dr. W. E. Green, in *The Practitioner*, février, 1882; Dr. O. C. Farquhar in *The Therapeutic Gazette*, avril, 1882. *Medical News*, 15 avril, 1882; Dr. P. E. Stewart in *The Therapeutic Gazette*, mai, 1882; Dr. W. Craig, in *Glasgow Medical Journal*, juillet, 1881; Dr. J. A. Stiles, in *The Therapeutic Gazette*, sept. 1882; Dr. W. A. Hammond, in *Virginia Med. Monthly*, oct. 1881. Dr. Murrell, cité par Ringer: *Handbook of Therapeutics*, 9^e edit. 1882.

HOPITAUX.

Hopital Notre-Dame, Montréal.

Paralysie intéressant les 5^e, 6^e et 7^e paires, consécutive à un traumatisme cérébral.—Subluxation traumatique du cristallin.—Polype naso-pharyngien; ablation.

Paralysie intéressant les 5^e, 6^e et 7^e paires, consécutive à un traumatisme cérébral.—L. D.* âgé de 19 ans, travaillait dans une fabrique de chaussures, lorsque, le 24 février dernier, il reçut une grave contusion à la tête. Le patient étant à parler à travers l'ouverture d'un ascenseur en mouvement, se fit prendre la tête entre celui-ci et une barre épaisse en bois dur. Le choc eut lieu au niveau des apophyses mastoïdes.

Le malade, transporté immédiatement à l'Hôpital Notre-Dame, a conservé sa connaissance et répond d'une manière assez intelligible aux questions qui lui sont faites, il se plaint d'un engourdissement dans le côté droit de la tête; le sang coule abondamment par le nez et les oreilles; on remarque des traces de contusion en arrière des oreilles. Dix minutes après son arrivée on voit apparaître un strabisme convergent des deux yeux avec diplopie. Le patient ne ferme pas complètement les paupières de l'œil droit, les traits de la face sont déviés vers la gauche.

Traitement: glace sur la tête, lavage de l'oreille avec une solution tiède d'acide borique.

Le 25, la conjonctive est injectée, la cornée a perdu son aspect brillant.

Ces deux membranes sont complètement insensibles au toucher. L'insensibilité s'étend, du même côté, à la peau de la joue, à la moitié

(1) Pour les conclusions de l'auteur, voir le *Virginia Med. Monthly*, Oct. 1881.

de la langue, au sourcil, au front, à une partie du cuir chevelu et s'arrête sur la ligne médiane. La pupille droite est dilatée. L'examen de l'oreille, à l'otoscope, révèle l'existence d'une perforation étendue des deux tympans et d'un suintement séro-sanguin à travers ces ouvertures.

Traitement : glace sur la tête, lavage de l'oreille, occlusion de l'œil droit avec une bandelette de diachylon.

Le 26, la paralysie des externes droits persiste, ainsi que celle des muscles de la joue. La diplopie n'est plus apparente. La conjonctive est le siège d'une sécrétion catarrhale abondante, elle est œdématisée. Aucun trouble cornéen, si ce n'est une légère dessiccation de l'épithélium. L'examen à l'ophthalmoscope révèle l'existence d'une stase papillaire. La sensibilité revient un peu à la joue droite. *Traitement* continué.

Le 27, même état; l'emploi de la glace est discontinué. Iodure de potassium 3 fois par jour, continué les jours suivants.

Le 2 mars, sécrétion conjonctivale très abondante, les bandelettes de diachylon ne maintiennent pas l'occlusion des paupières. La cornée est infiltrée, surtout dans sa moitié externe, le malade n'a conservé qu'une faible perception lumineuse de cet œil.

Traitement : lavage de l'œil avec une solution d'acide borique répété 3 fois par jour, occlusion de l'œil avec rondelle de lint, ouate et bandeaux.

Le 5 mars, la sécrétion conjonctivale est presque complètement disparue, le chemosis est diminué, les troubles cornéens n'ont pas augmenté. Les jours suivants jusqu'au 12 mars, même état de la cornée; la conjonctive ne secrète plus rien, le chemosis est disparu. *Traitement* continué. Le 13 mars, la cornée est complètement blanche, on remarque un sillon profond à la périphérie de cette membrane.

Le 16 rien de nouveau à noter.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue: elle sert de contribution à l'étude du rôle que joue la 5^e paire dans la nutrition de l'œil, à l'étude des relations qui existent entre les fractures de la base du crâne et les paralysies oculaires, ainsi qu'à l'étude des névrites optiques d'origine cérébrale.

On a cru pendant longtemps que le trijumeau donnait des fibres trophiques à l'appareil oculaire. Les expériences de Duval et Laborde ont prouvé qu'en détruisant le noyau d'origine de la racine sensitive du trijumeau chez les lapins, on produisait d'abord une congestion intense de la conjonctive, des opacités cornéennes, des synechies; enfin, une fonte purulente de l'œil survenant quelquefois très vite: dans l'espace de 10 à 24 heures.

Vulpian avait déjà observé le même phénomène en produisant des lésions au niveau du 4^e ventricule.

Magendie et Claude Bernard ont aussi démontré que les sections complètes du trijumeau sont fatales à la nutrition de l'œil. Depuis quelques années cette question a été remise de nouveau à l'étude par Ranvier, Snellen, Boucheron et Rédard. Leurs travaux nous ont fait connaître que les sections complètes du trijumeau sont fatales pour la nutrition de l'œil pour plusieurs raisons: 1^o parce que le traumatisme est très violent, 2^o parce que les branches masticatrices et frontales étant atteintes, l'animal est dans l'impossibilité de se nourrir et de protéger son œil contre les influences extérieures.

Les sections incomplètes du trijumeau ne sont pas aussi graves, si surtout les branches masticatrices et frontales sont respectées.

Snellen et Boucheron ont démontré que les troubles trophiques de la cornée observés dans les lésions de la 5^e paire sont dus à ce que l'insensibilité de la cornée n'avertit pas le sujet des dangers que court son œil. Exposée à l'air, aux poussières, la cornée se dessèche et se détruit. Snellen, après avoir produit l'insensibilité de la cornée en sectionnant le trijumeau, suturait l'oreille du lapin en expérience au devant de l'œil et réussissait ainsi à prévenir la fonte de cet organe.

Boucheron et Redard obtinrent le même résultat en sectionnant les nerfs ciliaires à des animaux et en protégeant la cornée devenue insensible par l'occlusion de l'œil. On proposa d'utiliser immédiatement cette découverte en substituant la névrotomie optico-ciliaire à l'énucléation. Cette opération a acquis une grande vogue, mais elle a été suivie, à notre connaissance, d'accidents mortels et de plus, M. Poncet, de Cluny, a démontré qu'au bout de quelque temps il y a régénération des nerfs sectionnés.

Les conséquences des sections complètes ou incomplètes du trijumeau ainsi que le mode de production des troubles trophiques de l'œil, lorsqu'il en survient dans ces cas, paraissent être très bien démontrées. Cependant, on ne s'est appuyé, pour arriver à ces connaissances, que sur le résultat des névrotomies ciliaires ou optico-ciliaires chez l'homme et sur le résultat des expériences faites sur des animaux.

Dans notre cas, un traumatisme accidentel a produit ce que l'on a cherché à obtenir chez les animaux en les soumettant le plus souvent à des opérations mortelles. Les sections intra-crâniennes du trijumeau ne peuvent être faites qu'accidentellement chez l'homme, et dans ce cas le traumatisme peut être moins violent que celui qu'il faut produire sur les animaux pour obtenir le même résultat.

Notre malade n'a pas été atteint dans la branche masticatrice du trijumeau, les symptômes cérébraux qu'il a éprouvés ont été presque nuls, son état général n'a pas paru en être affecté. Des troubles cornéens se sont produits, non pas comme M. Boucheron l'avait observé sur les animaux, du 1^{er} au 7^e jour après la lésion du trijumeau, mais bien au 8^e jour seulement. Il y a bien eu une forte injection conjonctivale et une légère dessiccation de la cornée, dès les premiers jours, mais ce sont les seuls symptômes qui aient été notés au début. Un fait qui ressort de notre observation, c'est l'influence que joue la non-occlusion des paupières sur la production des troubles cornéens.

Nous sommes portés à croire que si notre patient a présenté une infiltration cornéenne vers le 8^e jour après son accident, c'est parce que les bandelettes de diachylon ne maintenaient pas suffisamment l'occlusion de l'œil. Ce qui le prouve, c'est l'amélioration subite survenue dès le lendemain, après l'application du bandeau occlusif.

Les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes cérébraux n'ont pas encore été beaucoup étudiées.

M. Duret a beaucoup contribué à l'étude de cette question. Ses expériences tendent à démontrer que toute compression exercée sur le crâne diminue sa capacité et déplace une certaine quantité de liquide vers la cavité rachidienne, et que le choc du liquide céphalo-rachidien se produit surtout au niveau du 4^e ventricule. Cette opinion de M. Duret explique pourquoi la paralysie de la 6^e paire est fréquente dans les traumatismes cérébraux, les noyaux d'origine du moteur oculaire externe se trouvant en effet à ce niveau. De toutes les paralysies oculaires

observées dans les traumatismes, la 6^e paire est la plus souvent atteinte. A part la raison qui vient d'être donnée, on en trouve encore d'autres dans le fait que le moteur oculaire externe a un long trajet dans le crâne et qu'il est grêle, ce qui l'expose facilement à être lésé, qu'il affecte beaucoup de rapports au niveau du sommet du rocher et de la paroi externe du sinus caverneux. De plus, ce nerf est le plus inférieur, le plus près de la base du crâne, par suite il peut être atteint par des déchirures de la dure-mère, des fractures de la base du crâne, des épanchements, etc. (Chevallereau).

On peut dire la même chose du nerf facial, ce nerf offre à son origine et dans son trajet des rapports très intimes avec le moteur oculaire externe. Il n'y a donc rien de surprenant que la lésion de l'un s'accompagne de la lésion de l'autre.

Les névrites optiques comme conséquences des traumatismes cérébraux sont loin d'être rares. Pour notre part nous en avons déjà observé plusieurs dans ces circonstances à l'hôpital Notre Dame. L'interprétation de la stase papillaire est un sujet très controversé. Dans le cas qui nous occupe, l'état du nerf optique n'a paru influer en rien sur l'acuité visuelle, le malade a paru voir aussi bien d'un œil que de l'autre aussi longtemps que la cornée est restée intacte. L'état général du malade n'a pas été gravement atteint, comme nous l'avons observé d'ailleurs pour quelques autres malades qui ont présenté les symptômes de la stase papillaire à la suite de traumatismes cérébraux. On peut donc affirmer que la stase papillaire n'est pas toujours un symptôme fâcheux indiquant une lésion mortelle ou très grave du cerveau ou de ses enveloppes; on peut de plus affirmer que cette stase ne provoque pas toujours des troubles fonctionnels du nerf optique, puisque le malade n'accuse aucun affaiblissement de la vue.

Subluxation traumatique du cristallin.—M. C.* * ouvrier âgé de 5 ans, était occupé à fendre du bois le 5 février dernier lorsqu'un copeau vint lui frapper l'œil droit. Le choc fut assez violent pour priver le malade de sa connaissance pendant quelques minutes. Un médecin consulté immédiatement prescrivit une solution d'atropine à être instillée par gouttes, 3 fois par jour, dans l'œil malade. Au bout de huit jours le malade se présente à l'hôpital Notre-Dame avec les symptômes suivants: injection épisclérale, larmolement, dilatation irrégulière de la pupille. L'œil est dur au toucher.

A l'examen ophthalmoscopique on voit difficilement la rétine et le nerf optique, le cristallin est déplacé incomplètement, en bas et verticalement, son bord supérieur occupe à peu près le centre du champ pupillaire. En faisant exécuter certains mouvements à l'œil, on voit le cristallin se porter en haut et en bas.

Rien à noter du côté de la cornée et de la sclérotique. Le malade accuse des douleurs s'irradiant de l'œil au pourtour de l'orbite et à la tempe correspondante.

Le prof. Foucher fait remarquer que le nom de subluxation a été réservé à des cas analogues à celui-ci, c'est-à-dire à des déplacements incomplets du cristallin où ce dernier conserve plus ou moins ses rapports avec la fossette hyaloïdienne. Les luxations du cristallin, complètes ou incomplètes, ne se produisent pas à moins qu'il n'existe une lésion de la zonule et presque toujours une déchirure. Le déplacement

du cristallin a lieu ordinairement en sens opposé à la déchirure. Quoique la capsule ne soit pas lésée dans ces sortes de traumatismes, le cristallin n'en devient pas moins opaque. La cataracte n'a pas lieu immédiatement; la vue peut même paraître s'améliorer pendant quelque temps mais ce résultat ne se maintient pas longtemps; les luxations incomplètes deviennent complètes et le cristallin finit par s'opacifier. Les complications à craindre sont le glaucôme, l'irido-eyelite, etc. Le traitement doit avoir pour but de prévenir les complications susdites ou d'en arrêter la marche si elles se sont déjà déclarées. Toute tentative d'enlever le cristallin doit nous faire craindre l'issue du corps vitré.

Polype naso-pharyngien: ablation.—M. C** agriculteur; 23 ans, entre à l'hôpital le 20 janvier. Il raconte que depuis trois ans, il éprouve une gêne continuelle de la respiration, gêne qui a débuté, suivant lui, par un coryza aigu. Depuis quelques mois, la déglutition est devenue difficile, et il y a des douleurs d'oreilles et de la gorge, en même temps qu'un peu de surdité de l'oreille gauche. La voix est nasonnée. Dès le début de sa maladie, le patient a eu de fréquentes épistaxis.

A l'examen on constate la présence d'un polype implanté sur le côté gauche de l'apophyse basilaire. Ce polype est de nature fibreuse, et occupe toute la partie gauche des fosses nasales postérieures. En avant il n'y a aucune adhérence au voile du palais. La tumeur est rouge, saignante.

Le 25, M. Brosseau procède à l'ablation de ce polype au moyen d'une simple paire de pinces à griffes et de ciseaux courbes, attendu qu'il est impossible de circonscrire la tumeur avec la chaîne de l'écraseur. Le polype est enlevé dans sa presque totalité, sauf une petite portion au point d'implantation, que l'on cautérise libéralement au moyen du thermo-cautère. On prescrit un gargarisme au chlorate de potasse et à la teinture de myrrhe, et des injections nasales.

Quand le malade laisse l'hôpital, le 2 février, la voix est alors plus nette et la respiration notablement plus facile. Ordre lui est donné de venir se faire examiner de nouveau, afin que l'on puisse pratiquer une seconde cautérisation au point d'implantation du polype si celui-ci menace de récidiver.

Vaginite blennorrhagique.—Depuis ces deux dernières années, dit le *Journ. de Med. de Paris*, Mr Gougenheim a traité la vaginite blennorrhagique aiguë à Lourcine par un procédé des plus simples qui lui a donné les meilleurs résultats: Il introduit dans le vagin au moyen d'un spéculum des sachets de grosseur variable faits de mousseline commune et presque remplis d'un mélange de tannin et d'une poudre inerte quelconque. Le petit sac est laissé en place pendant douze ou dix-huit heures, puis retiré au moyen d'une corde, comme pour le tampon ordinaire, la malade étant dans un bain. Après que le sachet a été retiré le vagin doit être injecté avec de l'eau chaude pour faciliter le décollement de la pellicule qui s'est formée. En répétant ce traitement deux fois la semaine l'écoulement cesse bientôt. Le Dr Gougenheim dit avoir emprunté l'idée de ce traitement à Madame Lachapelle.—(*Dublin Journal.*—*Quart. Epitome.*)

COMMUNICATION.

A MM. les Rédacteurs de l'UNION MÉDICALE :

On a soulevé la question de savoir s'il est *professionnel* de la part du médecin et de bonne pratique commerciale de la part du pharmacien de faire usage de blancs de prescription ayant pour en-tête une annonce ou réclame.

Au point de vue commercial et comme annonce, si le pharmacien peut induire le médecin à employer légitimement des blancs de ce genre et à les distribuer à bon escient, il en retirera un certain avantage comme publicité et le médecin aura joué à son égard le rôle d'un agent utile. Mais semblable résultat est-il souvent obtenu? Par exemple, le pharmacien fait imprimer, moyennant finances, un certain nombre de blancs qu'il distribue à différents médecins de la ville; les uns en font un usage judicieux, d'autres s'en servent à propos de tout et à propos de rien, d'autres enfin ne s'en servent pas du tout. Il en résulte, en somme, qu'il ne revient au pharmacien qu'une bien petite partie des blancs qu'il a distribués, et dans la plupart des cas ils lui viennent de ses clients ordinaires ou des gens de sa localité.

Un autre inconvénient de l'emploi de ces blancs imprimés est que le médecin et le pharmacien s'exposent tous deux aux soupçons des clients qui pour la plupart n'ignorent pas l'existence du *percentage*. Neuf fois sur dix, quand le médecin donne à son patient une prescription écrite sur un blanc de ce genre et lui dit de la faire remplir à l'adresse indiquée, le patient reste sous l'impression qu'il existe une entente entre le médecin et le pharmacien et que celui-ci lui chargera un *percentage* en sus du prix réel des médicaments.

Comme cette question est d'occurrence journalière parmi les médecins de cette ville, il leur serait facile, en discontinuant l'emploi de blancs de ce genre, d'en faire abandonner bientôt l'usage par les pharmaciens qui ne les emploieraient plus désormais (et c'est là *seulement* qu'ils sont réellement convenables) que pour fournir sur demande copie des prescriptions au médecin ou au client.

Agréez, Messieurs, etc.

B. E. MCGALE.

Odeur de l'Iodoforme.—M. le Dr. Desroches, de Montréal, masque complètement l'odeur si désagréable de l'iodoforme au moyen de l'huile essentielle de cannelle. Voici la formule qu'il préconise :

R. Pulv. iodoformi.....	5i
Axungiae.....	5i
Ol. cinnam.....	m xxx

Ayant eu occasion d'examiner nous-mêmes une pommade préparée d'après cette formule, nous avons n'avoir pu y découvrir l'odeur de l'iodoforme. C'est assez dire que le procédé ne laisse rien à désirer.

Huile de ricin et glycérine.—Le Dr. William Soper prétend que la glycérine, administrée conjointement avec l'huile de ricin, augmente les propriétés purgatives de celle-ci. Une préparation qui combine, sans les mêler toutefois, ces deux médicaments, constitue un purgatif assez sûr, à dose d'une cuillerée à thé.—(*Lancet—N. Y. Med. Record.*)

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Pneumonie traitée par les saignées coup sur coup.—En disant à ses élèves, dans une de ses conférences cliniques faites en 1872 ou 1873 à l'hôpital Saint-Antoine: "Messieurs, vous avez été témoins d'un fait presque monstrueux; vous avez vu saigner un malade dans un service de médecine!" M. Peter faisait une critique aussi juste que spirituelle des systèmes en médecine, qui, plaçant les idées théoriques au-dessus de l'expérience, ont conduit si souvent à de regrettables exagérations. Quoi de plus exagéré, par exemple, que l'usage que l'on faisait, il y a quelque quarante ans, des émissions sanguines, si ce n'est l'abandon systématique à peu près absolu de cette méthode de nos jours! Ce n'est pas la première fois que nous signalons les conséquences fâcheuses de ces réactions irréfléchies, qui rappellent trop souvent les fluctuations de la mode dans les choses beaucoup moins sérieuses. Nous ne pourrions que répéter, à cet égard, ce qui a été déjà dit bien des fois dans ces colonnes. Un bon exemple vaudra mieux que les meilleurs arguments.

Ce nouvel exemple d'indépendance pratique devant les doctrines et les préjugés, c'est M. Hardy qui vient de le donner dans son service de la clinique de la Charité. Ce n'est pas une saignée seulement que M. Hardy a osé pratiquer chez un pneumonique, c'est trois saignées en vingt-quatre heures, c'est-à-dire la méthode des saignées coup sur coup. La mémoire de Bouillaud en a dû tressaillir, lorsque le fait a été exposé devant un auditoire presque étouffé, dans ce même amphithéâtre où la méthode a eu sa grandeur et sa décadence.

Voici en peu de mots le fait en question :

Un homme âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, ne comptant dans son passé que deux maladies, deux fluxions de poitrine, l'une en 1869 et l'autre en 1879, à dix ans de distance par conséquent, est entré le 8 janvier à la Charité, dans le service de clinique, étant souffrant depuis trois jours. Sa maladie a débuté le 5 janvier par un malaise général, de la courbature, quelques légers frissonnements dans la journée, vomissement; dans la soirée, il est survenu de l'oppression, de la toux, avec une expectoration rougeâtre. Le malade a été à peu près dans le même état les deux jours suivants. Le quatrième jour, se sentant plus souffrant, il se décida à entrer à l'hôpital; c'est le lendemain, 9 janvier, qu'il a été examiné par M. Hardy. Voici les principaux symptômes constatés :

Aspect fébrile, yeux brillants, face animée, dyspnée, 32 respirations, pouls à 120, température 40°4; toux éclatante, grasse, suivie d'expectoration à caractères très tranchés, aérée, rougeâtre, visqueuse, formant une masse cohérente et adhérent au vase.

A l'auscultation et à la percussion, on constate tous les signes physiques les plus nets d'une pneumonie lobaire fibreuse franche, occupant les deux tiers postérieurs du poumon gauche, avec bronchite au sommet, plus,

accessoirement, de la pleurésie avec un léger épanchement à la base : râles sibilants au sommet du poumon : submatité dans les deux tiers en avant et sur le côté, à gauche ; râles crépitants mêlés de souffle, bronchophonie ; en arrière, obscurité du son et du bruit respiratoire, etc ; tous signes du passage de la pneumonie du premier au deuxième degré, avec complication de bronchite et de pleurésie. Il y a lieu de remarquer toutefois qu'il n'y a pas eu de point de côté. La névrite intercostale, si fréquente dans ces pleuro-pneumonies, manquait ici. Rien dans le côté droit de la poitrine, rien au cœur, rien du côté de l'estomac. Les urines étaient un peu albumineuses et contenaient un excès d'acide urique.

En présence de cette pneumonie franche, récidivée, chez un homme dans la force de l'âge, bien constitué d'ailleurs, ne présentant aucune complication, rien du côté des organes digestifs, ni des centres nerveux, sans autre antécédent morbide que deux atteintes de pneumonie semblable, M. Hardy, mis en demeure d'instituer le traitement, n'a pas hésité à prescrire immédiatement une saignée de 400 grammes, qu'il a fait répéter le soir ; le lendemain matin, une troisième saignée de 300 grammes a été pratiquée ; en tout 1,100 grammes de sang ont été retirés de la circulation en vingt-quatre heures. Le caillot de chacune de ces saignées était recouvert d'une couenne fibrineuse, la couenne inflammatoire caractéristique d'autrefois. Et comme si la nature avait voulu donner son appoint à la justification de l'indication des émissions sanguines mises en usage, une épistaxis assez abondante s'est produite quelques temps après la troisième saignée.

À la suite de la troisième saignée, il y a eu une légère élévation de la température ; le soir, avant la deuxième, il y avait 40°,2. Mais après, le pouls avait déjà perdu sensiblement de sa fréquence ; il oscillait entre 112 et 116 ; le lendemain matin il était tombé de 90 à 88. À la suite de la troisième saignée l'état général était très amélioré, l'oppression avait diminué, ainsi que la toux et l'expectoration dont les caractères s'étaient sensiblement modifiés ; la température était descendue dans la matinée, à 39° ; le soir elle n'était plus qu'à 38°.

Le jour suivant, la fièvre avait entièrement cessé, la température était de 36°,8, le pouls à 80, la respiration à 18 ; plus de toux ; l'expectoration, persistant encore un peu, était redevenue fluide, blanche. Les phénomènes locaux avaient suivi parallèlement une marche décroissante tellement rapide, que c'est à peine si le deuxième jour il y avait encore un peu de submatité et d'obscurité du bruit respiratoire à la base. La respiration était redevenue normale dans tout le reste de l'étendue du poumon.

Cette disparition rapide des phénomènes locaux a été même une des circonstances les plus particulières et les plus remarquables de ce fait. On sait combien il est fréquent de voir les signes physiques persister plusieurs jours encore après la cessation complète de la fièvre et des symptômes généraux. Ici la disparition a été presque simultanée pour les uns et pour les autres. N'est-on pas fondé, comme le pense M. Hardy, à attribuer cet heureux résultat aux émissions sanguines mises en usage suivant la méthode formulée par son prédécesseur dans la chaire de clinique médicale de la Charité ? Cela ne nous paraît pas contestable.

Mais en même temps qu'il obtenait ce résultat de l'usage des saignées

coup sur coup chez ce malade, M. Hardy soignait également pour une pneumonie un autre malade dont la vie et la santé nous sont chères à tous. Ici les conditions de l'état général, comme celles de la lésion locale à combattre, étaient toutes différentes de celles que présentait le malade de la clinique : aussi sa méthode de traitement a-t-elle été tout autre. C'est par les vésicatoires, par la potion alcoolique de Tood, par les toniques et les reconstituants qu'il l'a traité ; et nous sommes heureux d'apprendre aujourd'hui le rétablissement complet de ce cher malade.

C'est en rapprochant ces deux extrêmes de la thérapeutique pour une affection sinon identique dans sa nature, du moins identique dans son siège et dans son nom, que l'on peut se faire une idée des dissimilitudes et des variétés infinies d'indications qui peuvent se présenter dans une même maladie. La pneumonie est une de celles-là.— (*Gazette des hôpitaux.*)

Du plexus solaire dans la fièvre typhoïde.—Clinique de M. LEVEN à l'hôpital Rothschild.—La fièvre typhoïde, dont le principe morbide peut frapper tout l'organisme en même temps, détermine le plus ordinairement des symptômes cérébraux caractérisés au début par des maux de tête, des lourdeurs de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et du délire. Mais elle peut atteindre également le plexus solaire, si elle a irrité ce plexus, ce que l'on constate par la douleur que l'on réveille en pressant la ligne médiane de l'estomac. Les malades vomissent le lait et les tisanes, et c'est à tort que donnant à cette fièvre typhoïde un nom spécial, on l'a appelée fièvre typhoïde à forme gastrique.

Dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde que nous venons de traverser et qui m'a conduit une centaine de malades à l'hôpital Rothschild, chez le plus grand nombre le plexus solaire et ses dépendances n'étaient pas sensibles à la pression. Les malades n'eurent, pendant toute la durée de la maladie, ni diarrhée, ni tympanite, ni douleur de la fosse iliaque, ni hémorrhagie.

Les symptômes abdominaux décrits dans les traités classiques paraissent dus plutôt au traitement de la maladie qu'à la maladie elle-même.

La constipation est le fait habituel qui se présente chez ces malades, et je me garderais bien de leur donner un purgatif qui n'a qu'un effet, c'est d'exciter le plexus solaire et ses dépendances.

Un purgatif dans l'état fébrile suffit pour déterminer son irritation et produire la diarrhée, et alors les ganglions nerveux du grand sympathique placés sur la ligne du nombril et à 4 centimètres de distance, deviennent douloureux à la pression.

Comme ils président à la fonction du gros intestin, immédiatement il se distend. Quand le ganglion droit est irrité, la peau et les muscles de toute la région droite de la partie inférieure de l'abdomen s'hypersensibilisent.

Il est facile de confondre cette hyperesthésie avec une douleur de la fosse iliaque elle-même.

Cette méthode, qu'on a tant préconisée, de traitement par les purgatifs, ne paraît avoir qu'un effet : elle aggrave l'état des malades sous prétexte de chasser des matières putrides qui infectent l'économie.

J'avais soin, aussitôt que la diarrhée se produisait par une cause quelconque,—ce qui était très rare,—ou que la diarrhée avait été occasionnée par un purgatif donné en ville, de l'enrayer avec des préparations de bismuth, et l'état du malade s'améliorait.

La diarrhée augmentait l'état adynamique, diminuait les forces du malade et rendait la situation plus grave.

Je n'ai employé que de la quinine à la dose de 40 centigrammes par jour.

Nous faisons deux lavages à l'eau vinaigrée chaque jour et nous nourrissions les malades avec un litre de lait, 200 grammes de café, deux potages, et nous n'avons eu qu'une mortalité de 4 à 5 p. 100.

Le but de cette communication est de montrer que la fièvre typhoïde a moins de gravité si on n'excite pas le système nerveux abdominal par des purgatifs; que les symptômes abdominaux sont le fait de la thérapeutique plus que de la maladie, et que la douleur de la fosse iliaque signalée comme caractéristique me paraît avoir été confondue avec l'hyperesthésie des parois abdominales suscitée par l'excitation du ganglion nerveux droit.

On discute actuellement les médications réfrigérantes par les bains, par le salicylate, par les médicaments de tout genre, et on ne connaît pas encore les faits fondamentaux de la maladie.—(*Gazette des hôpitaux.*)

Toux splénique, toux hépatique; aspect cachectique pouvant faire craindre la phthisie pulmonaire.—M. le Dr Trastour, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Nantes, publie dans la *Revue de médecine* (janvier 1883) une étude très intéressante sur la toux d'origine splénique et hépatique.

On connaît les actions réflexes des organes abdominaux sur le cœur, les poumons et le cerveau. On a signalé également les troubles cardiaques d'origine stomacale, hépatique ou intestinale. La toux gastrique a été décrite par tous les auteurs qui se sont occupés de la chlorose, de l'hystérie et des dyspepsies.

On peut donc, continue M. Trastour, facilement admettre, par analogie, une toux *splénique*, une toux *hépatique*. Comme la toux *gastrique*, la toux *spléno-hépatique* a un certain caractère nerveux, spasmodique, qui frappe l'oreille d'un praticien expérimenté; ordinairement sans expectoration, sauf parfois le rejet de quelques mucosités incolores; cette toux est plus ou moins rude, plus ou moins fréquente; brève, non quinteuse, elle se montre souvent, caractère important, à l'ingestion des aliments, mais surtout par la palpation et la percussion du foie et de la rate.

S'il y a des accès de fièvre, cette toux est parfois très réitérée et pénible au moment du frisson.

Les malades chez lesquels j'ai observé la toux spléno-hépatique présentaient un engorgement du foie et de la rate ou des deux organes à la fois: engorgement simple, dépendant soit de l'influence paludéenne, soit de troubles dyspeptiques.

Cette toux, par elle-même, n'est, en général, nullement inquiétante.

Mais quand elle est jointe à la pâleur, à la maigreur, à l'anorexie, à la faiblesse, à l'essoufflement, à un aspect cachectique, s'il s'agit d'un valétudinaire ou d'un adolescent, les parents et l'entourage commencent à prendre peur, et le médecin lui-même, s'il songe à la *granulie*, n'est pas trop rassuré.

On se demande, avec anxiété, si l'altération si frappante du visage et de toute l'économie ne tient pas à un travail morbide occulte, tel que les formes rapides de la phthisie pulmonaire en présentent quelquefois.

S'il y a des accès de fièvre plus ou moins répétés, plus ou moins accentués, tant que le caractère de ces accès n'est pas nettement défini, la toux entretient nécessairement l'inquiétude ; c'est à ce point de vue que la toux *spléno-hépatique* mérite surtout l'attention.

Dans les cas de ce genre que j'ai observés, il m'a été nécessaire de constater, à plusieurs reprises, d'une part l'intégrité des poumons et des plèvres, d'autre part le gonflement douloureux du foie ou de la rate, pour me faire adopter un pronostic favorable. Enfin, un traitement approprié aux états individuels a heureusement confirmé mes espérances.

Ici, M. Trastour cite huit cas bien caractérisés, chez lesquels il a eu occasion d'observer la toux spléno-hépatique. Tous présentaient les symptômes les plus alarmants : toux persistante, amaigrissement, frissons, sueurs nocturnes, dyspnée, etc., mais comme vient de le faire remarquer l'auteur, chez aucun d'eux on ne put constater, à l'auscultation et à la percussion, de signes indiquant la tuberculisation des poumons. Un traitement simple, tonique en général, a suffi à maîtriser ces manifestations inquiétantes.

M. Trastour conclut :

1° Qu'il faut admettre, en clinique, une toux splénique, une toux hépatique, comme on admet une toux gastrique ;

2° Qu'il faut, en présence de symptômes cachectiques concomitants, s'assurer de l'intégrité des poumons et des plèvres, constater l'état du foie et de la rate, enfin saisir avec empressement le pronostic favorable que révèle l'engorgement des viscères abdominaux, et suivre le traitement approprié qu'il indique.

En somme, la toux spléno-hépatique que je signale n'est pas plus extraordinaire que la toux gastrique déjà connue.

D'après des recherches récentes de Morel et Arloing, elle ne devrait pas être expliquée par le pneumogastrique. Ces auteurs ont constaté le resserrement des petits vaisseaux pulmonaires et ses conséquences, à la suite de l'irritation douloureuse du foie, de l'estomac, de l'intestin ; et, de plus, ils ont prouvé par des expériences ce que plusieurs auteurs, et en dernier lieu Fr. Franck, avaient avancé : à savoir que c'est par la voie sympathique que les réflexes arrivent au poumon, pour déterminer le resserrement de ses vaisseaux, et non par le nerf vague (Stackler).

Ces données nouvelles me semblent non-seulement intéressantes pour la physiologie pathologique, mais utiles pour expliquer les troubles trophiques, l'amaigrissement, l'aspect cachectique de certains sujets dont le foie et la rate sont engorgés et douloureux. Dans le grand sympathique les nerfs trophiques subissent sans doute eux-mêmes des troubles réflexes ; de là vient le déchet de l'assimilation, qui s'ajoute aux autres conséquences de l'engorgement spléno-hépatique.

Comme conclusion, au point de vue thérapeutique, la toux spléno-hépatique commande un traitement spécial des engorgements de la rate et du foie ; et les révulsifs cutanés me semblent mériter ici une mention particulière.

On a pu remarquer, dans nos quatre dernières observations, la prescription d'une mouche de Milan sur les hypochondres, chaque semaine.

C'est un complément puissant et nécessaire de la médication quinique; car, laissées en place pendant huit jours, ces mouches font ordinairement beaucoup d'effet.

En voyant bien souvent, dans les autopsies, des traces de périhépatite et surtout de péri-splénite; en constatant l'épaisseur et l'étendue des plaques scléreuses qui, chez les sujets de nos contrées, couvrent si fréquemment la rate, je m'explique la longue durée des douleurs à l'hypochondre gauche chez les fiévreux, la reproduction facile des accès à la reprise des travaux manuels, l'utilité de la ceinture pour soutenir la rate, et surtout la pratique, recommandée il y a trente ans par Chauffard père, de mettre des cautères sur la région splénique dans les fièvres rebelles.

Ce médecin, voyant passer, au retour d'Afrique, à Avignon, beaucoup de soldats et de colons en vain saturés de sulfate de quinine, avait trouvé une précieuse ressource dans les révulsifs cutanés. Je sais que l'hydrothérapie a obtenu et obtient toujours, dans les hôpitaux militaires en particulier, le même résultat. On peut dire que ce sont deux moyens thérapeutiques du même ordre.

Pour mon compte, je puis attester de nouveau, par une longue expérience, l'efficacité des révulsifs sur les hypochondres, contre l'engorgement spléno-hépatique et la *toux* qui en est parfois la conséquence.

Troubles nerveux, génitaux et urinaires de la chlorose.—Extrait d'une clinique de M. HARBY, à l'hôpital de la Charité.

L'innervation est assez profondément troublée chez les chlorotiques. C'est d'abord de la céphalalgie, douleur fixe localisée en un point ou s'étendant en bandeau et étreignant la tête, ou bien encore c'est une lourdeur de la tête. De plus, les malades se plaignent fréquemment d'éprouver sous la moindre influence, de véritables névralgies faciales ou intercostales, névralgies tenaces, persistantes, qui ne disparaissent qu'avec la maladie elle-même dont elles proviennent, avec la chlorose.

Les chlorotiques éprouvent aussi comme des étourdissements, et croient de temps à autre qu'ils vont tomber; ils ont des éblouissements, ils se plaignent de bourdonnements insupportables dans les oreilles, phénomènes qui peuvent aller jusqu'à déterminer de véritables syncopes et tiennent à l'anémie cérébrale en rapport avec les troubles vasculaires. C'est ainsi que l'on voit des chlorotiques se trouver mal à chaque instant, ou se tenir à un meuble ou à la muraille de peur de tomber.

Il existe aussi fréquemment des troubles oculaires, une faiblesse de la vue, parfois aussi certaines altérations dans la vision des couleurs, mais cet accident est bien plus du ressort de l'hystérie que de la chlorose proprement dite. Enfin, dans cette dernière, on trouve comme un signe de l'affaiblissement général, une dilatation de la pupille, une contractilité moindre.

Le caractère des chlorotiques est généralement modifié, il y a une sorte de paresse intellectuelle, de langueur de la pensée, en même temps qu'il existe une véritable paresse musculaire. Aussi est-il nécessaire de lutter énergiquement contre ces phénomènes en obligeant les malades à marcher, à faire quelque exercice. Ils sont aussi très enclins à la tristesse, à la mélancolie; d'autres fois ils sont irascibles; ils son-

tourmentés par des rêves pénibles, par des cauchemars qui les plongent dans un grand effroi.

Quelques auteurs ont parlé de troubles plus profonds, de convulsions, d'altération de l'intelligence, d'hallucinations de l'ouïe et de la vue. mais c'est exagéré, et ces différents troubles appartiennent bien plus à l'hystérie qu'à la chlorose, comme les troubles oculaires que nous indiquions tout à l'heure.

Du côté de l'appareil génital de la femme, on observe toujours des troubles fonctionnels plus ou moins considérables. Ainsi les règles sont altérées dans leur régularité, dans leur quantité et dans leurs qualités. L'aménorrhée est fréquente, en effet, chez les femmes chlorotiques qui peuvent rester depuis deux mois jusqu'à une année et plus sans avoir leurs règles. Mais les troubles fonctionnels sont surtout caractérisés par des modifications dans la quantité du flux menstruel. C'est ainsi que nombre de femmes, atteintes de chlorose, n'ont leurs règles que pendant une demi-journée ou pendant un ou deux jours seulement. Enfin les qualités du sang ne sont plus les mêmes; le sang est plus clair, parfois même tellement décoloré qu'il ne contient, pour ainsi dire, plus d'hématosine et que les femmes ont leurs règles en blanc.

Dans certains cas, au contraire, la menstruation est réellement hémorragique, les femmes ont de véritables ménorrhées qui durent quatre, cinq jours et davantage même, comme si la présence d'un excès d'eau dans le sang, diminuant sa plasticité, favorisait sa sortie des vaisseaux. Mais ce sang, dans l'un et l'autre cas, est toujours pâle, décoloré, aqueux.

Il y a là une sorte de cercle vicieux, les femmes perdant plus de sang parce qu'elles sont plus chlorotiques et devenant d'autant plus chlorotiques qu'elles perdent plus de sang.

A ces troubles menstruels nous devons ajouter le fait d'une leucorrhée séreuse, aqueuse, colorant légèrement le linge en blanc ou en gris, et non plus en vert ou en jaune, comme dans les affections vaginales.

De plus, la grossesse est rare dans la chlorose; les chlorotiques ont une tendance à rester stériles; aussi, lorsqu'elles deviennent enceintes, peut-on considérer le fait comme une preuve d'amélioration dans leur état général.

Quant aux fonctions urinaires, elles sont assez souvent troublées, et les altérations sont généralement si caractéristiques qu'elles permettent quelquefois à elles seules de diagnostiquer la chlorose. En effet, les urines, normales encore comme quantité, sont pâles, et en apparence aqueuses, phénomène qui coïncide avec une diminution des matériaux solides qu'elles doivent normalement renfermer. De là une densité moindre, tombant de 1015 ou 1025, chiffre normal, à 1010, 1008, 1006 et même parfois plus bas encore. C'est là un caractère très tranché des urines chez les chlorotiques. De plus, l'acide nitrique leur donne, au fond du verre, une coloration rosée, franche et d'autant plus vive que les urines sont plus pâles. Cette teinte est due à la présence de l'hématosine, qui résulte de la destruction des globules du sang et du passage de leur matière colorante dans les urines. La quantité normale de sels, des phosphates et du chlorure de sodium est également diminuée, en même temps que l'on constate la présence de l'indicane, surtout si les chlorotiques éprouvent des troubles digestifs.—(*Gazette des hôpitaux.*)

De la vénésection dans les maladies organiques du cœur.—Le Dr. B. Fenwick publie dans le *Lancet* un article remarquable sur cette question et en vient aux conclusions suivantes :

1^o Si, dans le cas de rétrécissement, il y a dyspnée, ou douleur, ou autres symptômes de nature urgente, la saignée est généralement utile ; il semble préférable de saigner plus souvent, si cela devient nécessaire, mais de n'enlever qu'une petite quantité de sang à la fois, et cela au moyen des sangsues ou des ventouses appliquées directement sur la région précordiale.

2^o Dans le cas d'insuffisance, s'il y a beaucoup de dyspnée, de cyanose ou de stupeur, il vaut mieux pratiquer la saignée générale (au bras), et enlever d'un seul coup jusqu'à 16 ou 20 onces de sang s'il le faut.

3^o Dans les cas de péricardite et d'endocardite aiguës, l'attaque peut être enrayée par l'application de ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Dans les cas de cardialgie liée à aucune cause apparente, les sangsues ou les ventouses mises sur la région précordiale soulageront probablement beaucoup.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Accidents et complications des lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.—Leçon de M. DEPLAY, recueillie par M. P. POIRIER, interne des hôpitaux. (Suite).

Messieurs,—J'ai hâte d'arriver au point le plus important et aussi le plus délicat de cette étude des traumatismes crâniens, le *diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale*. Mais il est indispensable avant d'aborder ce sujet, que nous passions en revue une série d'accidents et de complications qui peuvent survenir à la suite des plaies de tête et dont la présence vient encore augmenter les difficultés d'un diagnostic déjà fort délicat. Ce paragraphe, nécessaire pour que nous ayons en main tous les éléments d'instruction possible, sera court ; et je pourrais presque vous renvoyer à vos livres classiques dont les descriptions sur ces différents points sont suffisantes et complètes, étant donné l'état actuel de la science, si je ne tenais à ce que vous ayez bien présents à l'esprit tous les phénomènes qui peuvent survenir au cours de l'évolution symptomatique des traumatismes cérébraux. Une revue très rapide suffira.

On a coutume de distinguer les accidents et complications des traumatismes de la tête en immédiats et consécutifs. Cette distinction est loin d'être absolue : ces accidents n'ont point d'époque fixe d'apparition. Les accidents qui peuvent apparaître à une époque assez rapprochée du traumatisme sont : les *épanchements sanguins*, que vous connaissez ; la *hernie du cerveau*, les *corps étrangers*, l'*encéphalo-méningite*, et les *abcès du cerveau*.

Hernie du cerveau.—La hernie du cerveau, complication assez rare des plaies et des fractures du crâne, peut survenir immédiatement après le traumatisme (hernie primitive), ou n'apparaître qu'au bout de quelque temps (hernie secondaire). A part un cas d'encéphalocèle traumatique de la base (Holmes), la hernie du cerveau se montre exclusive-

ment à la voûte du crâne et plus particulièrement aux régions frontale et pariétale.

L'encéphalocèle primitive s'explique facilement par les phénomènes mécaniques du coup; mais pour expliquer le mode de formation de la hernie secondaire, il faut faire intervenir la turgescence et l'expansion du cerveau sous l'influence de l'afflux du sang artériel; là est la force principale qui, s'exerçant au point où manque la paroi, produit la hernie. Accessoirement interviennent: le gonflement inflammatoire, les épanchements méningés ou cérébraux, les abcès du cerveau.

D'un volume variable (noix, œuf de poule), la hernie du cerveau se présente d'abord sous l'aspect d'un champignon rougeâtre, turgescant, mou, à base étranglée, mais qui prend bientôt par le fait de l'inflammation l'aspect d'un véritable fungus, saignant au moindre attouchement, induré par encéphalite dans sa masse, mais dont les parties superficielles suppurent et se désagrègent. Au dessous, le cerveau présente des lésions inflammatoires ou une sorte de fonte purulente. Lewis Lebeau, dans une bonne thèse sur ce sujet, a relevé la coïncidence fréquente (35 fois sur 40 cas) d'abcès cérébraux.

La tumeur molle, réductible d'abord, présente des battements artériels et des mouvements d'expansion en rapport avec l'expiration et l'effort. Les symptômes fonctionnels, quelquefois nuls, existent le plus souvent et sont commandés alors par le siège de la hernie et l'importance des lésions inflammatoires qui la compliquent. On voit parfois des portions plus ou moins considérables de la tumeur se détacher pour se reproduire par une sorte de bourgeonnement qui peut amener une cicatrisation définitive de la plaie cérébrale. Le plus souvent, le blessé est emporté par l'encéphalo-méningite. D'après Lebeau, on observerait la guérison dans un tiers des cas.

Corps étrangers.—La nature de ces corps est fort variable (esquilles, projectiles, fragments d'arme) et leur présence constitue une complication grave. Leur effet ordinaire, quand le blessé ne succombe pas immédiatement, est l'inflammation de la substance cérébrale. Dans quelques cas, l'inflammation reste localisée autour du corps étranger, et donne lieu à un abcès dont le pus peut entraîner le corps étranger; mais le plus souvent l'inflammation ne se limite pas et le blessé meurt d'encéphalo-méningite.

On signale quelques cas d'inflammation locale très légère aboutissant à l'enkystement du corps étranger, de telle sorte que le blessé guérit, mais reste toujours exposé à des accidents ultérieurs d'inflammation ou de compression par le fait de la présence du corps étranger.

Méningo-encéphalite traumatique.—Nous arrivons, Messieurs, à la complication à la fois la plus fréquente et la plus redoutable des traumatismes cérébraux, la méningo-encéphalite, qui peut se présenter même après la blessure de tête la plus légère, mais qui est surtout à redouter dans les cas de fractures avec enfoncement, toutes les fois que les méninges ou le cerveau ont été touchés.

Je ne vous décrirai point les lésions du début de la méningo-encéphalite, ce sont des lésions inflammatoires des méninges et du cerveau, amplement traitées dans vos classiques de pathologie interne. J'insisterai seulement sur les épanchements purulents qui sont l'aboutissant presque fatal de la méningo-encéphalite traumatique.

Les épanchements de pus se montrent assez fréquemment entre les os

et la dure-mère; résultant soit de l'inflammation d'un épanchement de sang, soit d'une suppuration osseuse, ils sont généralement circonscrits, peu abondants, et constitués par un pus rougeâtre et mal lié.

En même temps ou indépendamment de ces épanchements, on peut rencontrer l'infiltration purulente des méninges; elle se présente en nappes purulentes dans la cavité arachnoïdienne et dans la pie-mère; des tractus fibrineux font adhérer par places les feuillets de l'arachnoïde, et la pie-mère épaissie, infiltrée de leucocytes et de fibrine, adhère entièrement à la substance cérébrale.

Enfin l'abcès peut siéger dans la substance nerveuse. Généralement ces abcès cérébraux sont superficiels, sous-jacents aux méninges épaissies; mais ils peuvent être profonds et séparés des méninges par une couche épaisse de substance cérébrale saine. Parfois on en observe plusieurs à la fois.

Ces abcès succèdent à un processus étudié par Hayem et analogue à celui de l'encéphalite spontanée produisant le ramollissement jaune; primitivement irréguliers, les foyers se circonscrivent bientôt dans une sorte de kyste dû à la prolifération de la névroglie; leur pus est épais et ses éléments ont en partie subi la transformation caséuse.

On a dit, mais sans preuves à l'appui, que ces abcès pouvaient subir la transformation caséuse, se résorber et guérir. Plus souvent ils provoquent autour d'eux une encéphalite plus ou moins diffuse dont l'aboutissant peut être l'enkystement de l'abcès, qui reste stationnaire des mois et des années au sein du cerveau. Ils ont une tendance remarquable à fuser le long des cloisons fibreuses de la dure-mère, ou vers les ventricules, ou enfin vers l'extérieur, par les conduits naturels; on les a vus se vider par le nez, les oreilles ou à travers une perforation du crâne.

Symptomatologie.—La méningo-encéphalite traumatique n'est pas une maladie à marche franche et régulière; rien de plus variable que les formes qu'elle peut revêtir, probablement en raison du siège et du degré de ses lésions, très variables également. Pour tracer un tableau plus complet de ses symptômes et de la marche de cette terrible maladie, j'ai divisé son étude en quatre périodes: *incubation, prodromes, invasion, état.*

a) *Période d'incubation.*—Quelquefois nulle, les signes d'encéphalo-méningite succèdent immédiatement au traumatisme; elle peut durer dans d'autres cas de trois à six jours, rarement quinze, excepté dans les cas d'encéphalite circonscrite où elle peut se prolonger beaucoup plus. D'ailleurs, sans aucun symptôme; le blessé se croit guéri.

b) *Période prodromique.*—Précédée ou non de la période silencieuse d'incubation, elle affecte deux formes bien différentes: tantôt le blessé devenant somnolent, abattu, hébété, accuse de la céphalalgie au point où la violence a agi ou au point diamétralement opposé; tantôt au contraire il présente, après un calme trompeur, des phénomènes d'excitation, il devient maussade, impatient, se plaint de vertiges, s'agite et quelquefois a des nausées.

Dans certains cas, on observe des convulsions passagères des muscles de la face, ou bien le malade éprouve des fourmillements, des crampes dans un membre.

Quand l'affection débute alors que les phénomènes de commotion ou de contusion cérébrales n'ont pas encore disparu, il est parfois permis

de soupçonner le début d'une encéphalo-méningite par le resserrement d'une ou des deux pupilles, par l'apparition d'un strabisme ou parce que l'œil est devenu sensible à la lumière, surtout si en même temps la température a monté.

S'il y a plaie du crâne, le mauvais aspect de la plaie qui se sèche et pâlit, en même temps que le péricrâne se détache et montre l'os jaunâtre et dépoli, peut encore mettre sur la voie.

c) *Période d'invasion.*—La méningo-encéphalite présente plusieurs formes de début, en rapport avec les types de la période prodromique quand celle-ci a existé. En effet, ou bien la dépression augmente progressivement, la somnolence fait place à un état semi-comateux, puis à du coma qui peut durer jusqu'à la mort, avec ou sans phénomènes convulsifs; ou bien l'invasion se manifeste par l'accroissement des phénomènes d'agitation qui marquaient la période prodromique. Dans cette seconde forme, peut être plus fréquente, la céphalalgie et l'irritabilité augmentent, le blessé s'agite, sa peau est chaude, sa face animée, ses yeux brillants, son pouls est plein, dur et fréquent; il a des convulsions quelquefois générales, mais plus souvent localisées à un côté du corps, à un membre, à la face, à un groupe de muscles; ces convulsions qui revêtent parfois l'aspect épileptiforme peuvent alterner avec des contractures.

Enfin, dans quelques cas plus rares, la méningo-encéphalite débute brusquement, par une perte de connaissance, ou une paralysie, des convulsions ou de la contracture.

d) *Période d'état.*—Vous avez remarqué, Messieurs, que la méningo-encéphalite peut revêtir dans ses débuts deux formes différentes, l'une caractérisée par des phénomènes d'excitation, l'autre dans laquelle les symptômes de dépression dominent; la maladie confirmée prend également une marche et des allures correspondantes au type de la période d'invasion.

Le plus souvent, les phénomènes d'excitation initiale acquièrent leur summum d'intensité; l'agitation, le pouls et le mouvement fébrile augmentent; le malade est en proie à un délire furieux. On voit quelquefois survenir à ce moment des frissons qui, pour beaucoup d'auteurs, indiqueraient l'existence d'un travail de suppuration. Puis vient une période de collapsus avec lequel apparaissent d'ordinaire une hémiplégie ou des paralysies plus localisées; tous les sphincters perdent leur tonicité, la peau se couvre d'une sueur visqueuse et gluante, la langue se sèche, la respiration est irrégulière et stertoreuse; c'est le coma qui va durer jusqu'à la mort.

Dans certains cas, les sujets ne présentent ni contractures, ni convulsions, ni fièvre, ni paralysie, ils tombent dans le coma et dans un état de résolution générale, au milieu duquel ils succombent promptement.

Dans une autre forme, les phénomènes convulsifs et délirants alternent avec les phénomènes comateux; *cette succession irrégulière et ce mélange de signes d'exaltation et de collapsus sont assez communs dans la méningo-encéphalite.*

Il est rare d'observer la forme dépressive pure, dans laquelle les phénomènes d'excitation manquent jusqu'à la fin. Beaucoup plus rare encore est cette forme que l'on pourrait appeler négative au point de vue des symptômes, et dans laquelle l'inflammation du cerveau ne se

révèle pendant la vie par aucun signe permettant d'en soupçonner l'existence.

La terminaison ordinaire de l'encéphalo-méningite est la mort, qui survient du troisième au huitième jour, au milieu du coma et du colapsus le plus complet.

Je tiens beaucoup, Messieurs, à vous signaler avec insistance les *rémissions* de plus ou moins longue durée qui se produisent assez souvent au cours de la méningo-encéphalite; tous les symptômes s'apaisent, l'intelligence reparaît, on espère, quand survient une nouvelle poussée qui emporte promptement le malade.

C'est surtout dans les encéphalites circonscrites, dans les abcès du cerveau que se montrent ces irrégularités dans la marche des phénomènes morbides. Ces encéphalites circonscrites, dont l'aboutissant est un abcès, se manifestent parfois très tardivement, rarement avant quinze jours à dater du traumatisme, quelquefois après plusieurs semaines ou plusieurs mois. Brusquement, on voit apparaître alors une paralysie, une contracture, un accès épileptiforme ou des phénomènes de dépression intellectuelle ou sensitive, de l'aphasie, de l'amblyopie, ou de la surdité, qui sont le ou les premiers symptômes d'un abcès qui a évolué sourdement. Presque constamment ces abcès amènent la mort, qui survient au milieu de phénomènes comateux et paralytiques; exceptionnellement on les a vus se faire issue à travers une ouverture naturelle, (oreille, nez), ou par une perforation du crâne.—(*Progrès médical*)

Procédé nouveau de réduction des luxations de l'épaule.—
M. Poinsot. En l'absence d'ordre du jour, je voudrais signaler à mes collègues un procédé nouveau, ou plutôt nouvellement connu, de réduction des luxations de l'épaule. Ce procédé est celui de Kocher. Je l'ai essayé une fois. Il convient aux luxations sous-coracoïdiennes et aux intra-coracoïdiennes peu marquées. Ce qu'il a surtout de remarquable, c'est qu'il s'applique aussi bien aux cas invétérés qu'aux récents. Il a été employé dans vingt cas, alors que les procédés de force avaient échoué, et il a toujours donné de bons résultats, excepté une seule fois où il a déterminé une fracture du col de l'humérus. Cependant c'est un procédé de douceur, comme on peut s'en convaincre en lisant la façon dont il se pratique. Il se compose de quatre temps :

Dans le *premier*, le coude est rapproché du tronc ;

Dans le *second*, le coude étant maintenu dans la situation précédente, l'avant-bras est porté dans la rotation en dehors ;

Dans le *troisième*, le coude est porté au devant de la poitrine ;

Dans le *quatrième*, enfin, la main est placée sur l'épaule du côté opposé.

Pour ce qui concerne les luxations récentes, les deux derniers temps sont souvent inutiles. J'ai pu l'observer chez une femme auprès de laquelle j'avais été appelé vingt heures après l'accident. Il faut, je crois, insister spécialement sur l'intervalle à laisser entre le deuxième et le troisième temps. Il doit durer au moins une ou deux minutes.—

MM. Carafi, interne des hôpitaux de Paris, et Séfi (de Lausanne), ont insisté aussi sur ce dernier point.

M. Lannelongue. Ce procédé, quand je l'ai connu, m'a séduit théoriquement, et je me propose de l'essayer à la première occasion.

M. Demons. Il est bon de remarquer que grâce à lui on peut réduire les luxations même anciennes sans chloroforme.

M. Poincot. Il est vrai de dire aussi que la position assise du malade empêche qu'on ne l'endorme; mais l'avantage n'en subsiste pas moins.

M. Verdalle. Quelle est la limite maxima du temps écoulé depuis la luxation, au bout duquel on peut encore la réduire par ce procédé?

M. Poincot. Kocher en a réduit une datant de trois mois et demi ou quatre mois. On pourrait toujours essayer, le cas échéant.—(Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux in Journ. de Méd. de Bordeaux.)

Etude critique sur les divers procédés de trachéotomie.— par le Dr L. GREFFIER, ancien interne des hôpitaux.— *Les Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (septembre 1882) contiennent une intéressante communication du professeur Hodgen sur la trachéotomie. La lecture de ce travail nous a inspiré l'idée de rapporter ici les divers procédés actuellement en vigueur pour cette opération et de chercher, en les comparant, à en apprécier la valeur.

Nous aurons également à parler de la *laryngotomie inter-cricothyroïdienne* par le procédé de M. Krishaber, dont il a été question dans ces derniers temps.

La première employée fut celle de Trousseau, méthode lente, sur laquelle nous ne voulons pas insister, parce qu'elle est connue de tout le monde et que, d'ailleurs, celle du professeur Hodgen que nous allons rapporter n'en diffère que par des nuances que nous indiquerons chemin faisant.

Méthode de M. Hodgen.—L'opération de la trachéotomie, dit M. Hodgen, peut être pratiquée soit au-dessus soit au-dessous de l'isthme de la glande thyroïde, mais en général il est plus simple et plus aisé de la pratiquer au-dessus.

On pince un pli transversal de la peau que l'on transperce sur la ligne médiane avec un bistouri pointu. Au-dessous de la peau, on sait qu'il existe deux couches de tissu cellulaire dont la première, grasseuse, est intimement unie à la peau. L'autre couche est lâche et rend la peau très mobile sur les parties sous-jacentes.

Après avoir pincé et transpercé la peau, on fait une incision nette qui intéresse la peau la plus externe du tissu cellulaire. L'incision faite, on doit se diriger vers le cartilage cricoïde; on peut le sectionner en un temps; mais il vaut mieux, avec le manche du scalpel ou deux écarteurs, éloigner les parties molles et les porter en arrière et, sans s'éloigner de la ligne médiane, faire l'incision entre les deux masses musculaires. A l'aide d'une sonde cannelée ou de ciseaux mousses glissés dans la couche du tissu cellulaire afin de la diviser couche par couche, on arrive peu à peu à l'isthme du corps thyroïde que l'on découvre. Il n'y a pas grand inconvénient à le diviser: on passe un fil à ligature en deux endroits, on lie, et on sectionne entre les deux ligatures. On peut encore couper, au moyen de ciseaux ou du bistouri, la membrane fibreuse qui unit le corps thyroïde de chaque côté aux cartilages thyroïde et cricoïde. De cette façon, on peut rejeter l'isthme devenu plus mobile hors du champ d'opération. Jusqu'ici, on le voit, c'est la méthode de Trousseau qu'emploie M. Hodgen.

Pour l'ouverture de la trachée, M. Hodgen nous indique un procédé qui lui est propre: il se sert d'une épingle à cheveux qu'il recourbe du côté plat de façon à former un crochet ouvert; il conseille de placer

l'ouverture du crochet en contact avec la lame du bistouri. Lorsqu'on enfonce la pointe de l'instrument à travers les anneaux de la trachée, le crochet pénètre en même temps. En lui imprimant un quart de tour de haut en bas, l'incision s'ouvre, l'enfant fait une large respiration et s'endort bientôt. L'épingle à cheveux devient ensuite le plus sûr guide dans l'introduction de la canule. En plaçant l'extrémité du tube entre les deux crochets, il glisse et se place sans que l'on ait à craindre la moindre fausse route.

La méthode que nous venons d'exposer est en somme dans ses grandes lignes celle de Trousseau; nous pouvons donc les apprécier toutes deux à la fois. Pour moi, je suis persuadé que, dans un grand nombre de cas, ces procédés sont absolument impraticables. A l'hôpital, on nous amène des enfants qui, la plupart du temps, sont en pleine asphyxie car on a attendu jusqu'au dernier moment pour se décider à l'opération; il faut encore le temps de les inscrire, de les conduire à la salle, de les déshabiller, de préparer les instruments et le lit, d'aller chercher l'interne de garde. Quant celui-ci arrive, il doit agir avec la plus grande célérité, sinon, comme je l'ai vu plus d'une fois, l'enfant lui meurt dans les mains. Ici donc, je ne crois pas qu'il soit possible d'inciser ainsi couche par couche, et de pousser la dissection jusqu'à détacher l'isthme du corps thyroïde par le procédé de Hodgen.

Toutefois, il est évident que d'autres cas se présentent dans lesquels on peut employer cette méthode. Ainsi, dans la pratique de la ville ou à l'hôpital, pour un enfant dont on suit la maladie pour ainsi dire heure par heure, on peut choisir son moment, opérer à temps, et par conséquent sans hâte.

Dans un cas semblable, on pourrait essayer du procédé de l'épingle à cheveux qui est peut-être susceptible de rendre des services.

Mais le plus souvent, c'est du moins ma conviction, il est impossible d'aller aussi lentement. Aussi le procédé de Trousseau n'est plus généralement employé. M. J. Simon, dans ses cliniques, le rejette, et à l'hôpital des Enfants-Malades, on ne l'emploie plus. Voyons donc quelles sont les méthodes actuellement en vigueur.

Méthode de M. de Saint-Germain. M. de Saint-Germain a doté définitivement la science d'une méthode de trachéotomie, dite *en un temps*, qui a eu immédiatement un grand et légitime succès.

L'enfant est placé comme dans tout autre procédé, c'est-à-dire qu'on dispose sous la nuque un oreiller dur, de manière à ce que la tête soit renversée et le larynx saillant. La tête étant bien maintenue par un aide, on saisit le larynx entre le pouce et le médius de la main gauche, de manière à l'énucléer pour ainsi dire. Pour cela on enfonce profondément ses doigts sur les côtés du larynx, de manière à ce qu'ils pénètrent jusqu'à sa face postérieure. Lorsqu'on fait ainsi saillir la trachée, il se forme un pli transversal cutané qui dessine à la vue la place de l'espace inter-crico-thyroïdien.

En plaçant sur ce pli l'ongle de l'index de la main gauche, on sent immédiatement la saillie du bord inférieur du cartilage thyroïde. C'est un point de repère que l'ongle ne doit plus quitter. On saisit alors un bistouri pointu, et visant le pli cutané que nous venons d'indiquer, on enfonce directement la lame de manière à pénétrer du premier coup dans la trachée. Aussitôt, on déplace l'ongle de l'index gauche que l'on introduit dans la plaie; on substitue au bistouri pointu un bistouri

boutonné et on agrandit la plaie en coupant le cartilage cricoïde de manière à pouvoir introduire le dilatateur; celui-ci étant placé, il ne reste plus qu'à glisser la canule et à la fixer. L'opération ne doit pas durer plus de deux minutes environ. On conçoit immédiatement où est la difficulté dans ce procédé. A quelle profondeur faut-il enfoncer le bistouri pour pénétrer dans la trachée, et d'autre part pour ne pas aller blesser sa face postérieure ou même inciser l'œsophage, comme il est arrivé dans un ou deux cas? M. de St-Germain a fixé quelques chiffres: un centimètre un quart à un centimètre et demi pour les enfants plus âgés. Pour rendre cette appréciation plus facile, M. Dubar, interne de M. de Saint-Germain, avait fait construire un bistouri sur la lame duquel sont marquées trois rainures dont l'intervalle équivaut à ces trois longueurs. On place l'ongle de l'index droit dans la rainure, et l'on est sûr ainsi d'en ne pas pénétrer trop profondément.

M. D. Labbé, mon excellent collègue, avait inventé un autre système: son bistouri, gradué de la même façon, était muni d'une sorte de petite chemise ou arrêt, manœuvrant à la façon d'un curseur et que l'on fixait sur la division que l'on ne voulait pas dépasser. Grâce à ces précautions il est rare qu'on pénètre trop profondément. C'est plutôt l'inverse qui arrive; par timidité ou inexpérience, on n'enfonçait pas assez le bistouri et on n'entre pas dans la trachée. Mais il faut remarquer qu'à part la perte de temps, l'accident est d'une importance minime: on recherche la trachée et on l'ouvre dans un second temps et tout est dit.

A côté de ces inconvénients, vite compensés par l'expérience, la méthode offre, on le comprend, des avantages considérables. La rapidité extrême avec laquelle on agit permet toujours de terminer l'opération, même dans les cas où l'asphyxie est arrivée au plus haut degré.

Méthode dite en deux temps.—Cependant, un certain nombre de praticiens, par suite de l'indécision qui règne sur la profondeur à laquelle on doit pénétrer d'emblée, préfèrent un autre procédé, dit *procédé en deux temps*. Dans ce cas, ils incisent d'abord d'un seul coup les téguments, puis, arrivés à la trachée, ils l'ouvrent dans un second temps.

Ces deux méthodes étaient également en vigueur à l'hôpital des Enfants-Malades au moment de notre internat.

Méthode de M. J. Simon.—M. J. Simon, dans une clinique sur ce sujet, expose ainsi sa méthode qui est peu différente de la précédente: il lui a donné le nom de *méthode à l'index*. Il faut tout d'abord rechercher le bord inférieur du cartilage thyroïde; tendant alors la peau on incise cette peau et les tissus sous-jacents dans une longueur de deux centimètres au plus. On introduit son doigt dans la plaie et on va à la recherche du bord inférieur du cartilage thyroïde; ceci fait, au-dessous de son ongle, on pique la trachée, on remplace le bistouri pointu par un bistouri boutonné, et on fait une incision de 1 centimètre $1/2$. On introduit alors le dilatateur.

En somme, les procédés rapides paraissent les plus fréquemment employés à notre époque; nous en avons suffisamment indiqué les raisons. Bien entendu, ces considérations s'appliquent uniquement à l'enfant et non à l'adulte chez lequel l'importance des vaisseaux ne permettrait guère d'agir de la même façon; il faut remarquer en outre que les causes qui rendent obligatoire la trachéotomie chez l'adulte n'exigent pas le plus souvent une aussi grande rapidité d'exécution. Ici donc, c'est aux méthodes lentes qu'il faut avoir recours. On a également pro-

posé d'employer le thermo-cautère qui a donné des résultats assez brillants.

Méthode de M. Krishaber.—M. Krishaber dans ces dernières années, a préconisé une opération nouvelle : c'est la *laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*. Nous la trouvons parfaitement décrite dans la thèse de M. de Launay (Paris, 1882).

L'espace inter-crico-thyroïdien est toujours facile à déterminer; le tubercule médian du bord du cartilage thyroïde constitue un point de repère infailible puisqu'on sait que la membrane crico-thyroïdienne est située au-dessous de lui. On fixera alors le larynx (absolument comme dans le procédé de M. de Saint-Germain) entre le pouce et le médius de la main gauche, tandis que l'ongle accrochera pour ainsi dire le tubercule médian de la face inférieure de ce cartilage. On peut employer soit le bistouri, soit le thermo-cautère. C'est ce dernier qui est le plus fréquemment mis en usage. Celui-ci doit être maintenu au rouge sombre; on le tient comme une plume et l'on commence à tracer, au moyen d'une raie de feu très superficielle, la longueur de son incision qui devra être de 25 millimètres au moins, en partant de l'ongle de son index. La peau sera divisée, non pas d'un seul coup, mais par petites mouchetures successives; de cette manière on évitera le rayonnement de la chaleur en même temps que la combustion du tissu adipeux qui, en fusant sur les lèvres de l'incision, peut occasionner des brûlures assez intenses et retarder la marche ultérieure de la cicatrisation. La peau et l'aponévrose cervicale seront d'abord divisées: on arrive alors sur l'interstice cellulaire qui sépare les deux muscles sterno-hyoïdiens et on le sectionne; puis on fait maintenir les muscles au moyen d'un écarteur. Il reste maintenant à atteindre la membrane crico-thyroïdienne.

Le chirurgien devra procéder lentement et par ponctuations successives à la section de l'artère laryngée-inférieure.

Il est rare, avec cette précaution, qu'on ait une hémorrhagie. On n'a plus alors qu'à diviser la membrane que l'on reconnaîtra à son aspect nacré. On enlève les écarteurs devenus inutiles: à partir de ce moment c'est l'index de la main gauche qui guidera les instruments et l'introduction ultérieure de la canule.

Pour ouvrir la membrane crico-thyroïdienne, il n'est plus nécessaire d'employer le thermo-cautère, puisqu'on n'a plus d'hémorrhagie à craindre. Le bistouri sera préférable, car il fera une ouverture linéaire, sans perte de substance, dont les bords auront tendance à se rapprocher, circonstance avantageuse pour la cicatrisation ultérieure.

On ouvre la membrane crico-thyroïdienne par une incision verticale; et, sans l'intermédiaire du dilatateur, dont l'application est quelquefois si difficile dans la trachéotomie, on introduit *la canule à bec* imaginée par M. Krishaber et que nous ne pouvons décrire ici.

Cette opération est de date trop récente pour qu'on puisse la juger sainement. Dans une discussion soulevée à ce sujet à la Société de chirurgie (26 avril 1882) elle a reçu l'approbation de MM. Nicaise, Richelot, Verneuil, Sée et Pozzi et a été vigoureusement combattue au contraire par M. A. Desprès. C'est donc une opération d'avenir, sur laquelle il est impossible de se prononcer encore, mais qui paraît appelée à rendre de grands et véritables services.—(*France médicale.*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Tumeurs fibreuses de l'utérus ; par le Dr R. SAINT PHILIPPE.—(Suite et fin.) La tumeur que j'ai montrée ici à quelques-uns d'entre vous à la dernière séance pré-entait un aspect un peu singulier qui faisait songer à la môle charnue plutôt qu'à un fibrome véritable. Il y avait là une masse molle, rougeâtre, membraneuse, qui rappelait le myome et semblait entourée de caillots fibrineux plus ou moins organisés. A la base se voyait une petite masse plus dure, formée d'une coque fibreuse, molle et noirâtre à l'intérieur, avec des traces manifestes de sphacèle partout. L'examen microscopique, pratiqué un peu trop tard, n'a pu y déceler que des caractères assez incertains. Il a suffi pourtant à faire rejeter l'opinion d'une môle charnue, dont on n'a pu retrouver l'organisation vésiculeuse et en grappe, pour confirmer au contraire celle d'une tumeur fibreuse logée au milieu d'une masse fibrineuse. Est-ce à cette organisation spéciale qu'a été due la gravité extrême des accidents ?

A la même époque où j'observais ce cas, notre collègue M. Boursier fils en avait un à peu près semblable dans le service de chirurgie qu'il occupait à l'hôpital Saint-André. M. Boursier voudra bien sans doute nous relater ce fait dont il m'a entretenu, et qui s'est également terminé par des accidents septicémiques et la mort.

Quelques jours après, la *Gazette des hôpitaux* rapportait trois observations analogues recueillies dans le service de M. le professeur Verneuil. A cette occasion M. Verneuil, cherchant à expliquer la mort survenant d'une façon si rapide dans ces cas de septicémie aiguë, trouva que dans ces trois autopsies le foie avait subi la dégénérescence graisseuse et attribue l'issue fatale à cette stéatose, qu'il compare à celle qui se produit dans l'empoisonnement par le phosphore et qui emporte si soudainement les malades. Je tiens à rappeler que ma dernière malade a paru présenter d'une façon manifeste des troubles du côté du foie. C'est un rapprochement à faire.

Voilà la petite statistique que j'ai recueillie en bien peu de temps sur les tumeurs fibreuses expulsées au dehors. C'est une série, dirait-on, et qui ne suffit pas à faire oublier les cas semblables et qui se sont terminés heureusement. Soit : mais il était bon de les faire connaître et d'y insister.

Voyons maintenant la seconde espèce de tumeurs fibreuses : celles qui restent confinées dans l'utérus. Pour exposer moins la vie des malades elles n'en menacent pas moins leurs repos et leur santé.

Parmi celles que j'ai rencontrées—l'espèce en est assez commune—j'en ai retenu trois surtout. L'une s'est trouvée chez une femme du Bureau de Bienfaisance, âgée d'environ quarante-quatre ans et qui a eu plusieurs enfants. Des hémorrhagies incessantes, une sensibilité extrême du bas-ventre, une anémie des plus prononcées, empêchent cette malade de subvenir aux besoins de son existence et lui font une vie insupportable. Ajoutez que sa situation sociale ne lui permet pas de recevoir tous les soins désirables, et vous conviendrez avec moi que son affection est aussi pénible que la plus cruelle des maladies.

L'autre est la veuve d'un cocher, aujourd'hui arrivée à l'époque de la ménopause et qui n'a jamais eu d'enfants. Chez elle pas d'hémor-

rhagie ; mais un accident dû au fibrome qu'elle portait faillit un jour l'emporter. Etant en pleine période menstruelle, elle fit un effort pour soulever un poids très lourd et contusionna sans doute son utérus qui était dur et volumineux, et sans doute aussi les parties voisines. Le soir elle fut prise de vomissements bilieux, de fièvre et d'une douleur intense dans le bas-ventre. La question de savoir s'il s'agissait là d'une hématoçèle rétro-utérine ou d'une pelvi-péritonite fut agitée pendant quelques jours. Cette dernière opinion prévalut. Effectivement, au bout de quelques semaines, pendant lesquelles la malade resta littéralement entre la vie et la mort, il se forma autour de l'utérus un abcès assez étendu qui s'ouvrit un jour dans le vagin, à la suite du toucher. Il fallut plusieurs mois pour que la santé revint complètement. Dans ce cas, les apparences trompèrent si bien le premier médecin qui avait été appelé et qui n'examina sans doute que superficiellement cette malade—absolument inconnue de lui—qu'il crut devoir annoncer que cette femme allait accoucher ; mais accoucher d'un enfant, non d'un fibrome ; ce qui mit un grand émoi dans la famille, et plus tard nuisit à la réputation de notre confrère.

Ma troisième malade est une femme du monde, celle-là. Après avoir présenté une tumeur du volume d'une tête de fœtus, elle a vu, à la ménopause, sa tumeur s'atrophier sensiblement jusqu'à se rapprocher sensiblement des dimensions d'une toute petite orange. Mais ses misères n'ont pas disparu pour cela. Elle réalise le type de la plus parfaite hystérique, souffrant de tous ses nerfs et passant ses jours au lit, ce qui prouve en passant que l'hystérie peut bien provenir parfois *ab utero*. De temps en temps, cet utérus devient le siège d'une congestion douloureuse, contre laquelle une petite application de sangsues est ce qui me réussit le mieux et ce qui ramène le plus vite le fibrome à ses dimensions normales. Contre l'état nerveux, qui est vraiment des plus pénibles, je n'ai d'autres ressources que les injections de morphine, au nombre de deux ou trois par jour, et dont la malade, suivant la coutume, ne peut plus ou ne veut plus se passer maintenant.

Ainsi, Messieurs, voilà bien le bilan des tumeurs fibreuses de l'utérus, de ces tumeurs si bien réputées. Certes, si on les compare aux carcinomes, elles sont de gravité réduite. Mais si on les envisage en elles-mêmes, on est forcé de convenir qu'elles offrent, qu'elles peuvent offrir de très sombres perspectives. Celles qui restent dans l'utérus, nous l'avons vu, s'accompagnent d'accidents sérieux, de désagréments, de souffrances, d'infirmités qui se prolongent souvent bien au-delà de la ménopause. Je ne fais que signaler la complication grave qu'amène la grossesse chez les femmes qui en sont atteintes, et me contente de renvoyer à la thèse de M. le Dr Lefour sur cet important sujet.

Quant à celles qui sont expulsées au dehors, il n'y a pas à douter qu'elles exposent la vie des malades par suite de la septicémie qui les complique quelquefois. M. Courty, dans son livre, parle avec une grande liberté d'esprit de ces tumeurs. L'opération qui aide à les enlever est, pour lui, d'une très grande simplicité. Les suites en sont des plus simples et des plus heureuses. On peut les entreprendre avec la plus grande sécurité. Or, les praticiens auraient tort de s'en rapporter trop à la lettre à une telle manière de voir. Je pense qu'en cette matière il faut distinguer les cas les uns des autres. C'est une question de siège, d'implantation, de pédiculisation de la tumeur, et

peut-être aussi de constitution anatomique, qui fait que telles espèces de tumeurs se sphacèlent plus et plus vite que telles autres. Si l'on arrivait à une précision de diagnostic suffisante pour reconnaître le point exact où est située la tumeur, pour en apprécier la base et l'étendue, pour déterminer l'impossibilité d'une énucléation complète par la voie naturelle, je ne serais pas éloigné de proposer, en présence des grands succès de la chirurgie listérienne, que l'indication d'une intervention par la voie abdominale pourrait se poser nettement et ferait peut-être courir moins de dangers à la malade. C'est une question que les études de l'avenir ne manqueront pas d'élucider.—(*Journ. Méd. de Bordeaux.*)

Nouvelle méthode de traitement des déplacements utérins—par le Dr ROBERT BELL.—Dans un article publié dans le *Edimburg. Med Journ.* et reproduit par le *Canada Lancet*, le Dr Bell propose un mode de traitement tout nouveau de ces affections si fréquentes et le plus souvent si intractables. Après avoir rappelé l'étiologie des déplacements de l'utérus, le Dr B. insiste sur la nécessité de faire précéder le traitement local du déplacement de la suppression des causes qui l'entretiennent, et de la guérison des affections de la cavité du col ou du corps de l'organe, qui peuvent compliquer les déplacements.

J'emploie depuis deux ans la méthode que je vais décrire et l'ai appliquée à deux cents cas. Je n'ai pas fait usage d'un pessaire depuis dix-huit mois, j'ai traité par ce moyen toutes les variétés et tous les degrés de déplacements, dans tous les cas j'ai obtenu une amélioration sensible et dans la majorité une guérison permanente. Le traitement exige une observation attentive et patiente de plusieurs semaines dans tous les cas et de plusieurs mois dans quelques-uns, mais c'est là une bien légère objection. J'employais autrefois la glycérolé de tannin de la pharmacopée, astringent très efficace, mais d'un prix élevé, et ayant l'inconvénient de tacher le linge; je lui ai substitué le mélange suivant: glycérine ζ viii; alun ξ x; acide carbolique ξ i zii. Quand le déplacement a existé pendant un certain temps il se complique d'hypertrophie partielle ou générale de l'organe; la traction sur les ligaments en est augmentée d'autant, l'effet devient une nouvelle cause qui aggrave la maladie. Il faut donc tout d'abord s'efforcer de diminuer l'hypertrophie et d'en prévenir le retour en corrigeant le déplacement et en maintenant l'organe *in situ*. L'hypertrophie des parois utérines s'accompagne dans la majorité des cas du ramollissement du tissu, en sorte que l'organe est flasque. Dans ce cas il est facile de remettre l'utérus en place, mais dès qu'on enlève le support l'organe reprend sa position anormale. En outre, s'il existe (comme c'est souvent le cas) un certain état inflammatoire, la présence d'un pessaire devient une source de danger, et en supposant qu'on n'ait pas à redouter une métrite aiguë, il reste encore le désavantage que le soulagement est dû entièrement à un soutien mécanique dont le volume doit être augmenté à intervalles plus ou moins rapprochés, ce qui a pour effet de distendre les parois du vagin autant que peuvent le permettre les diamètres du bassin; enfin la patiente est toujours désagréablement impressionnée par la présence du pessaire qui constitue un danger permanent pour les parties molles sur lesquelles il repose. Un pessaire pour remplir ses indications, doit s'adapter parfaitement aux organes, et ce résultat ne s'obtient qu'au prix d'une

longue expérience et de beaucoup de soin. S'il ne s'applique pas exactement aux parties il est certainement toujours nuisible. Mon traitement a pour avantage de n'exiger que très rarement l'emploi d'une sonde ou d'un élévateur dans les cas de flexions. C'est une source de danger de moins.

Prolapsus utérin: Il peut présenter tous les degrés intermédiaires depuis un léger abaissement de l'utérus jusqu'à la procidence complète. Il reconnaît pour cause soit 1^o une augmentation du poids de l'organe, soit 2^o un état défectueux des ligaments; 3^o il peut dépendre d'une pression de haut en bas des organes de l'abdomen ou de toutes ces causes réunies. Il va sans dire qu'avant de commencer le traitement il faut remédier à la déchirure du périnée si elle existe. De quelque cause que dépende le prolapsus, il s'accompagne toujours d'hypertrophie de l'organe et du relâchement des parois vaginales et des ligaments utérins. Si alors l'utérus est relevé à sa position normale et retenu en place au moyen d'un appareil convenable, l'hypertrophie disparaîtra, et si en même temps on peut stimuler la circulation capillaire locale et provoquer un drainage continu des constituents aqueux du sang dans l'utérus et son voisinage, on aura fait un grand pas pour prévenir la tendance au déplacement en diminuant le volume de l'organe et en donnant de la tonicité à ses ligaments. On obtient ce but d'une manière très satisfaisante en replaçant l'utérus dans sa position normale et en l'y fixant au moyen d'un tampon de ouate imbibé d'un mélange de glycérine, d'alun et d'acide carbolique qu'on laissera en place pendant trois ou quatre jours. Ce tampon provoque un écoulement aqueux abondant du vagin. La glycérine provoque cet écoulement, mais si on lui adjoint un astringent, l'exosmose des constituents aqueux du sang est encore plus considérable, en outre, l'effet sur la circulation capillaire est plus marqué et l'action astringente sur les parois vaginales est des plus utiles. Par ce seul moyen j'ai guéri d'une manière permanente des cas de chute de l'utérus datant de 3 à 8 ans après un traitement variant de 2 à 7 mois, et dans quelques cas où la maladie existait depuis beaucoup plus longtemps, j'ai obtenu un soulagement marqué après un traitement plus prolongé. Si on se contente d'imbibber le tampon de glycérine seulement, il s'y développe, au bout de quelques heures, une mauvaise odeur, mais si on ajoute de l'acide carbolique, le tampon n'a aucune fétidité quand on le renouvelle le quatrième jour. L'organe peut être maintenu *in situ* pendant des mois, pendant qu'on agit du même coup sur les tissus environnants pour les ramener à leur état normal, l'état général de la patiente s'améliorant rapidement. Je prétends que cette méthode de traitement a autant d'avantage qu'aucune opération plastique pratiquée sur les parois du vagin, et de plus l'utérus lui-même bénéficie d'avantages qu'une opération plastique ne saurait lui apporter.

Versions et flexions de l'utérus.—J'ai traité un grand nombre de ces cas qui avaient été soumis au traitement de routine ordinaire par les pessaires et les tiges sans en avoir été améliorés; quelques applications du tampon n'ont pas tardé à produire un soulagement marqué. Dans la rétroflexion et dans l'antéflexion il est quelquefois utile d'employer deux tampons, mais généralement, un suffit. Il fait plaisir de constater les prompts effets de ce traitement sur les symptômes du côté de la vessie dans l'antéversion et l'antéflexion.

DERMATOLOGIE.

De la leucoplasie buccale (*psoriasis buccal*, *plaques blanches*, *plaques opalines de la langue*). Leçon faite à l'hôpital St-Louis, par M. le Dr. E. VIDAL.—La leucoplasie buccale n'est pas une affection des plus communes; nous en voyons cependant chaque année plusieurs exemples. Généralement assez mal connue, soumise à des interprétations bien différentes, cette affection n'a commencé à prendre rang dans la science que depuis les recherches et les leçons de Bazin (1868). Il l'a étudiée sous le nom de *psoriasis buccal*.

Je vous propose la dénomination que j'emploie habituellement, celle de *leucoplasie buccale*. Je préfère ces dénominations qui n'ont pas la prétention de préjuger la nature de l'affection à celles de psoriasis ou d'ichthyose, qui peuvent conduire à une interprétation erronée.

La leucoplasie buccale est une affection squameuse, chronique, siégeant surtout à la face dorsale de la langue, à la face interne des joues et des lèvres, caractérisée par des squames blanches, épaisses, et par l'induration superficielle de la muqueuse, souvent fendillée et exulcérée.

L'altération se développe en général chez un individu prédisposé parfois chez un syphilitique ayant eu des lésions spécifiques de langue, des plaques muqueuses, conservant cette sensibilité excessive des muqueuses si particulière aux syphilitiques et surtout à ceux qui ont eu des syphildes buccales. Chez ces individus, soit sous l'influence de l'action irritante du tabac, soit sans cause occasionnelle appréciable, comme je l'ai vu chez les femmes non syphilitiques et n'ayant jamais fumé, vous constaterez, comme signe du début de la leucoplasie, l'apparition de petites plaques arrondies, érythémateuses, d'abord rosées ou rougeâtres, puis un peu blanchâtres et recouvertes d'une fine desquamation pityriasiforme. Sur ces petits disques, les papilles sont comme tassées, ramassées, aplaties. Ces plaques blanchâtres s'étendent en surface; la desquamation d'abord fine ne tarde pas à se modifier. Quant l'affection aura duré plusieurs mois et même plusieurs années, vous verrez de larges plaques d'une coloration gris blanchâtre ou blanc mat, le plus souvent d'un blanc nacré, semblables à celles que produisent les atouchements au crayon de nitrate d'argent. Ces productions épidermiques peuvent être enlevées par lamelles plus ou moins épaisses, sur une longueur de un, deux et même trois centimètres.

L'affection est-elle plus ancienne? Ces parties desquamées s'érodent sur quelques points, puis se cicatrisent et se recouvrent de nouveaux produits épithéliaux; ou bien la surface de la langue qui est superficiellement indurée et tendue se craquelle, se rompt et se fissure en divers sens. Plus tard encore, alors que la plus grande partie de la surface dorsale de la langue est atteinte, vous verrez certains points revêtir l'aspect papillomateux, se hérissier de petites saillies acuminées, coniques et cornées, rudes au toucher comme les papilles de la langue d'un chat, et susceptibles de se détacher. Vous avez là ce que je considère comme le deuxième degré de la leucoplasie buccale, l'état papillomateux, qui confine à la transformation épithéliomateuse et qui

en est ordinairement le début, tout au moins le degré intermédiaire. Nous y reviendrons en parlant du diagnostic.

Ces altérations, vous les trouverez le plus souvent sur la face dorsale de la langue, envahissant les bords, la pointe, à des degrés différents d'un côté ou de l'autre, s'étendant parfois jusqu'aux papilles caliciformes du V lingual. Rares sur le plancher buccal, exceptionnelles sur la face inférieure de la langue, elles occupent assez fréquemment la face interne des joues, des lèvres, des commissures et ont par cela même un grand rapport avec les plaques des fumeurs. On peut trouver aussi quelques plaques blanches sur la voûte palatine et sur les gencives.

Ces lésions n'arrivent qu'à la longue à produire des troubles dans les fonctions de la langue. Au début, elles passent inaperçues; mais quand la desquamation se fait plus abondante, la langue devient roide et, si on cherche à pincer la surface, on constate une certaine induration de la muqueuse. Cette induration gêne les mouvements de l'organe dans ses principaux actes physiologiques, dans la phonation, la mastication, la déglutition surtout, lorsqu'à la rigidité viennent s'ajouter les érosions, les fissures et les ulcérations. Alors se produit aussi de la salivation. Les malades bavent pendant la nuit, en dormant, et salivent abondamment pendant le jour. Le contact des acides, du vinaigre, des féculents, du chocolat, des différentes substances pulvérolentes qui peuvent pénétrer et se loger dans les fissures, détermine des sensations pénibles et même douloureuses.

En parlant des symptômes par ordre de succession, je vous ai dit quelle était la marche de l'affection. Elle peut rester stationnaire et persister, au premier degré, pendant bien des années, quinze, vingt ans, puis passer soudain à l'état papillomateux. Enfin il est trop fréquent, et vous le noterez au moins dans la moitié des cas, de voir se dessiner plus nettement que par cet état papillomateux les caractères objectifs de l'épithélioma. Alors, c'est en général d'un seul côté et sur le bord de la langue que vous trouvez une induration plus profonde, une induration noueuse. La sensibilité devient plus vive au contact, s'exaspère à la pression, et les irradiations douloureuses s'étendent spontanément jusque dans la région de l'oreille. C'est un caractère important qui ne manque, pour ainsi dire, jamais dans l'épithélioma. Ultérieurement surviennent l'engorgement ganglionnaire, puis les phénomènes de généralisation.

Chez d'autres malades, l'affection s'arrête au bout d'un, de deux ou trois ans, Bazin cite des exemples de guérison. Je pourrais vous en citer aussi; c'est une terminaison exceptionnelle. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'affection est longue, peut s'accompagner de rémissions et durer pendant douze, quinze ans, avant d'aboutir à l'épithélioma.—*Union Médicale.* (A suivre.)

De l'urticaire.—Clinique du Dr. F. L. Weir in *Medical and Surgical Reporter*.—La jeune malade que voici souffre d'urticaire. Sur les avant-bras vous voyez ces grandes taches rouges, pâles ou blanchâtres au centre, distribuées irrégulièrement; rapprochées les unes des autres en certaines parties du membre, elles sont plus disséminées sur la main. Elles sont proéminentes et donnent lieu à une sensation très intense de brûlure et de prurit. Vous voyez que même en ce

moment la malade ne peut s'empêcher de se gratter. Les bras, les mains et la face aussi bien que le cou sont envahis. Il n'y a pas de doute que le tronc et les membres inférieurs en seront affectés plus tard. L'éruption est si caractéristique qu'il est impossible de s'y tromper. Dans aucune autre maladie on ne trouve ainsi de ces taches se montrant tout-à-coup, et disparaissant au bout d'un certain temps, aussi vite et aussi mystérieusement qu'elles sont venues. Le diagnostic est donc facile. Mais il n'est pas toujours facile de trouver la cause de cette affection. Les causes déterminantes de l'urticaire se divisent en trois classes : Irritation locale, viciation du sang, irritation réflexe.

Sans approfondir davantage le sujet, laissez-moi vous dire que l'influence des deux premières causes s'explique assez bien, et voyons comment peut agir la troisième. Cette malade que vous voyez a mangé du poisson hier matin, et, dans le cours de l'après-midi, a éprouvé une sensation de brûlement et de cuisson en diverses parties du corps. Cette sensation fut légère cependant jusqu'au soir, alors que la malade se mit au lit, ce qui eut pour effet de rendre la cuisson intolérable. Déjà, à deux ou trois reprises, le poisson avait, chez elle, produit le même effet, mais pas depuis quelques années. Cette personne est d'un tempérament nerveux, ce qui explique d'autant mieux l'existence de la maladie.

Je suis d'avis que cette maladie est une névrose, non-seulement dans le cas présent, mais encore dans la plupart des cas. La division que je viens de vous indiquer n'est faite que dans le but d'élucider davantage la question, car si on met de côté les deux premières causes, la dernière peut suffire à rendre compte de tous les cas.

Comme dans ce cas-ci il y a constipation et que la malade n'a pas eu de selle depuis qu'elle a pris le frisson, j'ai prescrit trois pilules cathartiques dans le but de nettoyer le tube digestif et de faire expulser les restes d'aliments qui y sont contenus. Localement, je prescris la lotion suivante :

R—Ammon. carb.....	ʒss
Plumbi acet.....	ʒi
Glycerini ...	ʒi
Aq. rose.....	ʒv

M.—En lotions, plusieurs fois par jour.

Traitement des verrues.—M. VIDAL, surtout lorsque la lésion siège aux mains, emploie le procédé suivant : Après avoir étendu une couche de savon noir sur du papier brouillard ou sur un morceau de flanelle, on applique cette sorte d'emplâtre sur la partie malade et on la fixe avec une bande pour la laisser en place pendant la nuit et même pendant le jour, si c'est possible. Après une quinzaine de jours de ces applications répétées, la verrue est ramollie, dissoute, et il suffit d'un grattage pour la faire alors disparaître complètement.—(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Action de l'acide salicylique sur le cœur.—A la suite d'expériences faites tout récemment, le Dr E. Maragliano en vient à la conclusion que l'acide salicylique n'exerce aucun effet déprimant sur l'organe central de la circulation.

FORMULAIRE.

Eczéma.—(*Duhring.*)

R—Acid. carbolic.....	} â â fl. ʒiv.
Glycerini.....	
Spirit. vini.....	
Aqua.....	

M.—En lotions sur la partie malade, après quoi on applique, en frictions, l'onguent suivant :

R—Ung. sulphuris.....	} â â ʒss
Ung. picis liquid.....	
Ung. hydrarg. ammon.....	

(*Medical Herald.*)

Teigne.—(*Cavafy.*)

R—Acid. boracic.....	gr. xx
Spirit vini.....	ʒi
Ætheris.....	ʒi

En frictions sur la tête, trois fois par jour.—(*Can. Med. Rec.*)

Erysipèle.—

R—Acid. carbolic.....	ʒi
Tinet. iodi.....	ʒi
Spt. vini.....	ʒi
Glycerini.....	ʒv
Oil. terebenth.....	ʒiii

M. Sig.—Badigeonnez la peau enflammée et son voisinage toutes les deux heures. S'il y a fièvre, administrez la quinine et, pendant trois ou quatre semaines, donnez 15 gouttes de teinture de fer quatre fois par jour.

Cette application ne cause aucune douleur et guérit l'érysipèle en trois ou quatre jours.—(*Dr. Rothe, in Med. Brief.*)

Goitre.—

R—Morph. acetat.....	grs viii
Hydrarg. iodid.....	ʒrs vi
Adip.....	ʒi

M. Sig.—Appliquez libéralement une ou deux fois par jour, puis frictionnez avec un corps dur et lisse tel que le manche d'une brosse à dents; faites des applications chaudes pour provoquer l'absorption rapide de l'onguent.

Administrez à l'intérieur deux gouttes de teinture de veratrum viride et trois gouttes de teinture de digitale avec un peu d'eau trois fois par jour ou plus souvent si les mouvements du cœur sont irréguliers.

—(*Medical Brief.*)

Iodofome inodore.—(Dr Q. C. Smith.)

R—Pulv. iodoformi.....	ʒi
Acid. tannic.....	ʒss
Balsam. peruv.....	} a.â gtt ii
Ol. sassafras.....	
Ol. rosæ.....	
Ol. camphoræ.....	

Incontinence d'urine chez les enfants.—

R—Tinct. ergot.....	ʒii
Tinct. belladonnæ.....	ʒi
Syr. ferri iodid.....	ʒi
Syr. simpl.....	ʒi

M. Sig.—Pour un enfant de dix ans, une cuillerée à thé le matin, le midi et le soir au coucher.

Asthme.—(Dr J. G. Skaro.)

R—Extract. grindeliæ robustæ fld.....	ʒi
Extract. bellad. fld.....	ʒii
Pot. iodid.....	ʒii
Syrup. simp.....	ʒi

M.—Dose : Une demi cuillerée à thé toutes les quatre heures, augmentant si nécessité il y a. La *Grindelia robusta* est fortement recommandée dans les cas d'asthme et de bronchite.—(Therap. Gaz.—Southern Pract.)

Coqueluche.—(Dujardin-Beaumetz.)

R—Pot. bromid.....	ʒss
Sodii bromid.....	ʒi
Ammon. bromid.....	ʒss
Aquæ.....	ʒii
Syrup. chloral B. P.....	ʒss

M.—Dose : Une cuillerée à dessert ou à soupe, matin et soir.—(Journ. des connaiss. médicales.)

Potion tonique.—(Goodell.)

R—Hydrarg. bichlorid.....	gr i—ii
Liq. arsen. chlorid.....	ʒi
Acid. hydrochloric. dil.....	} a.â ʒii
Tinct. ferri chlorid.....	
Syrup zingib.....	ʒi
Aquæ ad.....	ʒvi

M.—Dose : Deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, après chaque repas.—(Virg. Med. Monthly.)

Erratum.—Nous tenons à rectifier immédiatement une erreur typographique qui s'est glissée dans une des formules publiées dans la livraison de mars, erreur que nos lecteurs auront sans doute reconnue.

La seconde formule de la page 137 doit se lire ainsi :

R—Strychniæ sulph.....	gr. ss
Acid. arsenios.....	gr. ss
Aquæ.....	ʒ xvi.

Une cuillerée à soupe après chaque repas.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AVRIL 1883.

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

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **83.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat poste payable au Dr A. Lamarche.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERUET pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

Une question d'étiquette.

Nous n'avons pas à commenter le côté commercial de la question soulevée par M. McGale dans la correspondance qu'il nous adresse et que nous publions plus haut. Sous ce rapport notre correspondant est beaucoup plus que nous à portée de juger. Quant au côté professionnel, nous croyons que la suggestion de M. McGale est de bon aloi et des plus opportunes.

La plupart des médecins suggèrent à leurs malades de s'adresser de préférence à tel ou tel pharmacien en qui ils reposent, avec plus ou moins de raison, une confiance plus grande. Cela est parfait tant que c'est dans l'intérêt du malade, mais alors pourquoi employer une réclame dont le patient a droit de suspecter la légitimité. Si l'étiquette médicale défend au médecin de faire de la réclame pour lui-même elle ne saurait lui permettre d'en faire, pour raisons pécuniaires, en faveur du pharmacien.

Aucune raison ne saurait excuser la sordide spéculation que certains médecins font aux dépens de leurs clients en acceptant du pharmacien une commission sur leurs prescriptions. Il ne peut y avoir deux opinions sur une pratique aussi dérogatoire à la dignité professionnelle. Il est vrai qu'il n'est pas facile d'obtenir de certains clients les honoraires d'une consultation ou d'une prescription, mais cela ne saurait

autoriser le médecin à se *refaire* par un aussi infime expédient. Il manque un chapitre à notre code d'étiquette médicale, celui ou seraient définies les attributions du médecin et du pharmacien dans leurs rapports professionnels. Ce chapitre pourrait résoudre plus d'une question vexatoire et promouvoir des intérêts importants.

Le nouvel Acte d'Anatomie.

Les amendements projetés à l'ancien " Acte d'anatomie " paraissent devoir rencontrer l'approbation unanime des membres de la législature, et il est plus que probable que nous aurons sous peu une loi effective qui mettra fin du même coup à la disette de matériaux de dissection et à la profanation des cimetières. Les résolutions suivantes présentées par l'Hon. Premier formeront la base de l'acte projeté :

Résolu,—Que pour les fins de dissection, la Province de Québec sera divisée en deux sections nommées respectivement, " Section de Québec " et " Section de Montréal. " Chacune de ces sections comprendra les districts judiciaires que le Lieutenant-Gouverneur en conseil spécifiera, et le Lieutenant-Gouverneur en conseil aura le pouvoir de nommer un Inspecteur d'Anatomie pour chacune des susdites sections, et un sous-Inspecteur d'Anatomie des districts judiciaires, excepté ceux de Québec et Montréal dans lesquels la charge sera remplie par les inspecteurs d'anatomie; mais les personnes nommées à ces charges ne devront faire partie d'aucune Université ou Ecole de médecine ni être médecins praticiens.

Résolu,—Que chaque Université et Ecole de médecine devra payer à l'Inspecteur d'Anatomie, en sus du prix du transport et de l'inhumation, une somme de \$10 pour chaque cadavre qui lui sera livré par le dit Inspecteur, et l'inspecteur devra payer au sous-Inspecteur la somme de \$5, plus le prix du transport pour chaque cadavre que celui-ci lui livrera.

Résolu,—Que tout surintendant ou directeur d'une institution publique recevant une allocation du Gouvernement, et tout coroner qui sciemment omettra, négligera ou refusera de se conformer aux dispositions de l'Acte devant être basé sur les présentes résolutions, et que toute Université ou Ecole de Médecine qui recevra dans ses salles de dissection des cadavres ou qui permettra chez elle la dissection de cadavres qui ne lui auront pas été fournis par l'Inspecteur d'Anatomie ou avec l'autorisation de celui-ci, sera, sur une plainte portée à cet effet devant un juge de paix par l'Inspecteur ou le sous-Inspecteur d'Anatomie, condamnée à une amende de pas moins de \$100, mais n'excédant pas \$200 pour chaque offense, et le montant de telle amende et les frais seront retenus par le Trésorier de la Province sur la prochaine allocation que recevra telle Institution, Université ou Ecole de Médecine, ou sera retenue sur les émoluments qui deviendront dus à tel coroner suivant le cas.

A bon entendeur, salut!

Ceux de nos confrères qui font à nos articles originaux, traductions, nouvelles, &c, les honneurs de la reproduction, sont respectueusement priés de vouloir bien nous en donner crédit. A coup sûr, notre mérite personnel, surtout en ce qui concerne les traductions, peut n'être pas très considérable, mais, si mince qu'il soit, nous avons la faiblesse de tenir à ce qu'il soit reconnu, tout comme nous tenons à reconnaître celui des confrères à qui nous faisons de tels emprunts.

Nous espérons que ceux à qui s'adressent nos remarques les prendront en bonne part et qu'ils n'y verront que le principe de justice auquel nous nous permettons de faire appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

McINTYRE CHAS., M.D.—*The percentage of College-bred men in the medical profession. A paper read before the Academy of Medicine, Oct. 27th, 1882.*

Fifth biennial report of the trustees, superintendent and treasurer of the Illinois Southern Hospital for the Insane at Anna.

Canada Official Postal Guide, January 1883. Published by authority of the Postmaster-General.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La ville de Boston possède un officier de santé et treize assistants, un pour chaque quartier de la ville. Chacun de ces assistants reçoit un salaire de 700 à 1,000 piastres par année. Nous ne connaissons pas celui de l'officier, mais il doit être nécessairement plus élevé.

Sont-ils assez extravagants nos voisins! Que ne prennent-ils exemple de notre sage économie. Tout le service sanitaire médical, vaccination incluse, ne nous coûte guère plus de \$1,800. A part nos hôpitaux où les médecins trouvent leur avantage à soigner pour rien, nous avons de nombreux et magnifiques dispensaires, où les médecins se font un véritable plaisir de soigner pour rien, et pour compléter le service public, chaque praticien compte dans sa clientèle un certain nombre de *praticiens* pauvres mais honnêtes, que la charité chrétienne lui fait un devoir de soigner pour rien. La plupart des asiles, hospices, institutions de charités de tous genres, sociétés de bienfaisance, de secours mutuel, de tempérance, etc., etc., reçoivent régulièrement la visite et les soins du médecin pour rien. En sorte que tout homme qui paie pour lui-même des honoraires au médecin est un maladroît ou un prodige. Nous ne comprenons pas que la ville de Boston puisse ainsi priver ses médecins de l'occasion de s'exténuer gratuitement au service de leurs concitoyens. Ces gens ne veulent pas en démordre de leur axiome national: *Time is money*, même celui du médecin. Notre ville de Toronto est en voie de suivre ce dangereux exemple; elle donne \$1,500 à son "Health officer," et le maire, à une des dernières séances du conseil, a proposé que ce salaire fut porté à deux mille piastres.

Heureusement la motion n'a pas été acceptée, et on a décidé de ne pas élever le salaire en question pour cette année.

.

On vient d'abroger, en France, le décret en vertu duquel les professeurs devaient se retirer de l'enseignement à l'âge de soixante-cinq ans. Eh bien! n'en déplaise à nos amis de France et à tous les vénérés professeurs du monde, c'est là, suivant moi, une déplorable démarche. Il est relativement très rare de voir un professeur se démettre volontairement pour raison d'âge; soit habitude, soit entêtement, soit amour de la science, tous sont plus disposés à s'accrocher à leur chaire qu'à en descendre pour goûter un repos opportun et bien mérité. On sait le mot du célèbre Astley Cooper qui, fatigué de ses longs travaux, s'était retiré à la campagne pour y finir sa carrière. Un jour qu'il se promenait dans le parc de son splendide château, un ami le voyant tout rêveur lui demande: "A quoi songez-vous?" "Je cherche," répondit-il, à quel arbre je dois me pendre." Il ne trouva pas l'arbre voulu, car il revint à Londres mourir sous le harnais. Il ne manque pas d'hommes qui conservent jusqu'à la plus extrême vieillesse toute la verdeur et la sève de l'intelligence, mais, on en conviendra, beaucoup plus nombreux sont ceux qui subissent la loi de l'affaiblissement physique et intellectuel de la vieillesse. Ceux-là feront regretter le décret abrogé.

.

Une bonne idée! Quand vous avez acheté une dose de séné ou pour cinq sous de celle, vous avez dû remarquer que la marchandise est le plus souvent enveloppée d'une réclame de charlatan et quelquefois accompagnée d'un almanach de Greene ou de Ayer. Le Dr. Darby, de Morrow, Ohio, vient de publier, non pas un traité, mais une feuille à envelopper, à l'usage des pharmaciens. Sur la dite feuille sont indiqués d'une manière concise les soins à donner aux malades, la manière de préparer les remèdes les plus usuels, les devoirs du patient à l'égard du médecin et une foule de renseignements utiles. N'est-ce pas que c'est là un moyen pratique d'infuser un supplément de sens commun à ceux qui n'en ont pas leur part. Ces feuilles ne coûtent qu'un prix nominal. Pourquoi notre Bureau de Santé ne profiterait-il pas de l'idée du Dr. Darby, en fournissant gratuitement des enveloppes de ce genre aux pharmaciens.

.

Il vient de se former aux Etats-Unis une société ayant pour but de s'opposer à l'adoption du système métrique. Je ne leur souhaite pas grand succès. Outre que le système métrique est le plus simple et le plus précis, son adoption mettrait fin à l'interminable confusion de l'avoirdupois et du troie, de l'aune, du mètre et de la verge. Il est ennuyeux d'avoir à changer ses habitudes, mais quand c'est pour en prendre de meilleures! Il y a à peine quelques années nous avons été forcés de substituer le dollar et le centin au louis, chelin et denier. Pendant un mois les badauds n'y comprenaient goutte, aujourd'hui tout le monde s'en trouve bien, l'arithmétique s'apprend sur le bout des doigts et tout le monde en use.

MAX.

NOTRE PROFESSION médicale canadienne compte soixante de membres à la Législature, 30 à Ottawa et 30 à Québec.

M. LUER, le célèbre fabricant d'instruments de chirurgie, vient de mourir.

LE DR. FORDYCE BARKER vient d'être élu pour la troisième fois président de l'Académie de Médecine de New York.

LE DR. A. B. LAROCQUE, officier de santé de Montréal, a été préposé par le Lieutenant-Gouverneur en conseil à la collection des statistiques mortuaires pour la ville de Montréal.

JOURNALISME MÉDICAL.—L'assemblée annuelle des éditeurs de journaux de médecine américains aura lieu à Cleveland, Ohio, simultanément à l'assemblée de l'Association médicale américaine les 5 et 6 juin, 1883.

ACTE D'ANATOMIE.—Un nouvel acte d'anatomie, analogue à celui que la profession médicale canadienne a récemment présenté à la législature de Québec, vient d'être soumis à la législature des États-Unis.

Collège McGill.—Nous lisons dans le *Mail* de Toronto :
Au Directeur du *Mail*,
Monsieur,

Votre correspondant de Montréal dit dans votre livraison d'hier que "tous les élèves tant finaux que commençants de la faculté de médecine de l'Université McGill, ont été pendant tout l'hiver dans un état de demi-révolte." Permettez-moi de rectifier cet avis. Les nouveaux élèves seuls ont participé à ces troubles qui n'ont guère duré plus de trois semaines. Il n'a pas existé le moindre mécontentement, excepté à l'égard du cours de matière médicale, et la session que nous terminons a été une des plus prospères qu'aient eu à enregistrer les archives de l'école. Votre, etc., WM. OSLER, Secrétaire de la Faculté de Médecine du Collège McGill.

Université Laval, Montréal.—Faculté de Médecine.—Les épreuves pour la Licence et le Doctorat en Médecine (deuxième examen) ont eu lieu dans le cours du mois de mars dernier. Voici les noms des heureux diplômés :

Docteurs en Médecine—MM. Samuel Brien, Arthur Cernier, Arthur Joyal, J. D. Gauthier, F. X. Gagnier, Joseph Leroux, A. R. Marsolais, J. O. Goyette et Frank Devlin.

Licenciés en Médecine—MM. Gustave Lafontaine, Edmond Bastien et Wilfrid Prévost.

Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

Pathologie interne—Pleurésie; symptômes et terminaison.

Pathologie externe.—En combien de groupes classifiez-vous les tumeurs au point de vue de leur pronostic? Décrivez les caractères généraux des tumeurs bénignes et nommez-en un certain nombre. Comment reconnaissez-vous un lipôme?

Tocologie—Donnez la marche, la durée, la terminaison, les symptômes et le traitement des vomissements chez les femmes enceintes.

Matière Médicale et Thérapeutique—Acide phénique; usages et mode d'administration.

Ophthalmologie—Quels sont les moyens d'arriver sûrement au diagnostic de la cataracte? Décrivez-les longuement.

Médecine légale—Qu'est-ce qu'une ecchymose? A-t-elle toujours lieu là où le coup a porté? Donnez-en les raisons? La contusion peut-elle produire d'autres désordres que l'ecchymose?

Toxicologie—Empoisonnement par la petite ciguë; symptômes et traitement.

Les jurys d'examen étaient composés comme suit:

1^e: MM. Rottot, Brosseau, Laramée, Filiatrault.

2^e: MM. Dagenais, Foucher, Desrosiers.

École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—Les examens de l'école de Chirurgie et de Médecine de Montréal, affiliée à l'Université Victoria, se sont terminés le 27 mars.

Les messieurs suivants ont été admis à la pratique de la médecine:

Henry Roman, J. S. Chagnon, Omer Allard, Alf. Archambault, J. A. Bigonnesse, J. A. Bastien, A. Brien, J. U. Brisebois, J. P. Chartrand, S. Craig, L. J. Camiré, J. Chaffors, Z. Hétu, H. E. Langis, E. A. Leclair, G. H. Lacoursière, H. Mathieu, L. A. Moll, Nap. Morency, Ed. A. Poitevin, J. G. Prévost, G. F. Prévost, J. A. Pepin, G. Peladeau, J. F. Rioux, M. J. A. Salvail, E. Simard, M. A. Séguin, C. Tessier, N. Watier, R. Vaillancourt et A. Ouimet.

Examen primaire: MM. L. Béliveau, G. Beaudoin, A. Barolet, F. G. Brosseau, J. Bastien, A. Brien, F. Daignault, J. F. T. Dubois, T. W. Fournier, A. P. de Grandpré, A. Leblanc, S. Loblanc, G. Peladeau, J. F. Rioux et H. Gauthier.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

PROGRAMME DES EXAMENS PRÉLIMINAIRES.

MATIÈRES OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Commentaires de César*, liv. III et IV.—“*Énéide*” de Virgile, liv. I et II.

ANGLAIS.—Le “*Vicaire de Wakefield*,” de Goldsmith.—Une pièce de Shakespeare—*Othello*.

FRANÇAIS.—Les “*Aventures de Télémaque*” de Fénelon.—Une pièce dramatique française—*Athalie* et *Les Femmes Savantes*.

BELLES-LETTRES.—La connaissance de la littérature des siècles de *Péliclés en Grèce*, d'*Auguste à Rome*, d'*Elizabeth en Angleterre* et de *Louis XIV en France*.

HISTOIRE ET GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur ces deux sujets, avec connaissance spéciale de l'*Histoire* et de la *Géographie* de l'*Angleterre*, de la *France* et de la *Puissance du Canada*.

ARITHMÉTIQUE.—L'Arithmétique doit comprendre les *Fractions simples* et *décimales*, les *Proportions simples*, l'*Intérêt simple et composé*, les *Règles de Trois, simples et composées*: les *Règles de Commission*, *Courtage*, *Assurance*, d'*Escompte*, d'*Alliage*, etc.

ALGÈBRE.—Comprend les *Fractions simples* et les *Equations simples*.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres de Géométrie d'*Euclide*, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres. (Géométrie plane d'*Eysséric* et *Pascal*.)

MATIÈRES AU CHOIX DU CANDIDAT.

GREC.—*Anabase* de *Xénophon*, liv. 1 — *Iliade*, liv. 1.

PHYSIQUE.—*Notions générales* telles que dans la physique de *Ganot* ou de *Loomis*.

PHILOSOPHIE.—*Notions générales* telles que dans *Tongiorgi* ou le *Traité de Morale* de *Stewart*.

N. B.—Le candidat doit avoir une bonne connaissance de la grammaire des langues ci-dessus mentionnées. L'ignorance du latin, de l'arithmétique ou de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire *Shakespeare* mais ils devront traduire des passages pris dans la seconde moitié du "*Vicaire de Wakefield*," et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique des pièces dramatiques françaises. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire la poésie française, mais ils devront traduire des passages pris dans la seconde moitié de *Télémaque* et connaître la grammaire française et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou se servant de livres, notes, etc, sera immédiatement renvoyé. Les pièces dramatiques françaises et anglaises pourront être changées à chaque examen.

TEMPS ET POINTS ACCORDÉS A L'EXAMEN.

Latin.....	2	hrs.,	300	points.	Arithmétique..	1½	hrs.,	150	points.
Anglais.....	1½	"	150	"	Algèbre.....	1½	"	150	"
Français.....	1½	"	150	"	Géométrie.....	1½	"	150	"
Belles-Lettres..	1	"	100	"	Grec.....	1½	"	150	"
Histoire et					Physique.....	1½	"	150	"
Géographie..	2	"	200	"	Philosophie....	1½	"	150	"

W. ASPINWALL HOWE, LL. D.

M. MILLER,

H.-A. B. VERRAULT, LL. D.

J.-C.-K. LAFLAMME, S. T. D.

NAISSANCES.

GAGNON.—En cette ville le 21 mars, la dame du Dr J. Gagnon, une fille.

MARTEL.—A Lewiston, Maine, E. U. la dame du Dr J. L. Martel, un fils.

SANFAÇON.—A Beauport (Quebec), le 7 mars, la dame du Dr V. Sanfaçon, une fille.

MARIAGE.

MATTE-BOURQUE.—A Montréal, le 3 avril, par le R. P. Cazeau, recteur du collège Ste-Marie, M. le Dr L. E. N. Matte, gradué de l'Université Laval (classe de 1887) de Lewiston, Maine, à mademoiselle Alice Bourque, de Montréal.

DÉCÈS.

KOLLMYER.—En cette ville, le 13 mars, à l'âge de 51 ans, Alexandre Henri Kollmyer, M. D.

GAGNON.—En cette ville, le 25 mars, à l'âge de 3 jours, Joséphine-Virginie-Léa enfant du Dr J. Gagnon.

LAPINTE.—A Biddeford, Maine, à l'âge de 23 jours, Gustave, Flavien, Raymond fils unique du Dr Jovite A. Lapointe.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. —CLINIQUE MEDICALE.—M. Laramée—Du rhumatisme blennorrhagique, 145.—De la puissance toxique des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales, par J. I. Desroches, M. D., 148.—De l'action physiologique et thérapeutique de la Nitro-Glycerine, par H. E. Desrosiers, M. D. 153	OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE. —Tumeurs fibreuses de l'utérus, 177.—Nouvelle méthode de traitement des déplacements utérins. . 179
HOPITAUX. —Hôpital Notre-Dame. 155	DERMATOLOGIE. —De la leucoplasie buccale. 181
COMMUNICATION. par B. E. McGale 160	FORMULAIRE. —Eczéma, —Teigne, —Erysipèle, Goitre, 184, —Iodoforme inodore, —Incontinence d'urine chez les enfants, —Asthme, —Coqueluche, —Potion tonique, —Erratum. 185
REVUE DES JOURNAUX. —PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.—Pneumonie traitée par les saignées coup sur coup, 161.—Du plexus solaire dans la fièvre typhoïde, 163.—Toux splénique, toux hépatique; aspect cachectique pouvant faire craindre la phthisie pulmonaire, 164.—Troubles nerveux, génitaux et urinaires de la chlorose, 166.—De la vénésection dans les maladies organiques du cœur. 168	BULLETIN. —Une question d'étiquette, 186.—Le nouvel Acte d'Anatomie, 187.—A bon entendeur, salut!—Bulletin bibliographique 188
PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES. —Accidents et complications des lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale, 168.—Procédé nouveau de réduction des luxations de l'épaule, 172.—Etude critique sur les divers procédés de trachéotomie. . 173	CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. —Une extravagance, 182.—Le professorat en France, — Une bonne idée! — Le système métrique, 189.—Notre profession médicale, — M. Luer, —Le Dr. Fordyce Barker, —Le Dr. A. B. Larocque, —Journalisme médical, —Acte d'Anatomie, — Collège McGill, — Université Laval, Montréal, Faculté de Médecine, 190.—Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec 191
	Naissances, —Mariage, —Décès. 192

Avis aux Médecins!

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE-PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

Veillez mentionner l'UNION MEDICALE DU CANADA.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

BUREAU DE MÉDECINE PROVINCIAL

Assemblée Semi-Annuelle

L'ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE du Bureau des Gouverneurs (Bureau de Médecine Provincial), du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, aura lieu

Mercredi, le 9 Mai prochain, à 10 hrs. A.M., à l'Université Laval, Montréal.

Les candidats à l'examen ou à la Licence devront faire parvenir, au moins dix jours avant la date de l'Assemblée, à l'un ou l'autre des Secrétaires soussignés, leurs certificats et attestations (y compris le certificat d'admission à l'étude) ainsi que la somme de \$20 pour droits du collége. Les candidats à la Licence devront être présents et produire leur diplôme sur demande.

A. G. BELLEAU, M.D., QUÉBEC.

Montréal, 24 Mars 1883.

F. WAYLAND CAMPBELL, M.D., MONTRÉAL.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

BUREAU DE MEDECINE PROVINCIAL

EXAMEN PRELIMINAIRE pour L'ADMISSION à L'ETUDE de la MEDECINE

L'EXAMEN pour l'admission à l'étude de la Médecine aura lieu

JEUDI, le 3 MAI prochain, à 10 hrs. A.M., dans la Cité de Montréal, à l'Université Laval.

Les certificats de moralité et une somme de dix piastres (\$10) devront être remis, au moins dix jours d'avance, à l'un ou l'autre des Secrétaires soussignés.

A. G. BELLEAU, M.D., QUÉBEC.

Montréal, 24 Mars 1883.

F. WAYLAND CAMPBELL, M.D., MONTRÉAL.

PHARMACIE ST. JACQUES

646, Rue Ste. Catherine, 646

MONTREAL.

Le soussigné désire appeler l'attention de MM. les Médecins de la Province sur la qualité de ses Drogues et la modération de ses prix. Il fait une spécialité de remplir leurs commandes et s'applique à donner à tous la plus grande satisfaction.

Les commandes peuvent être envoyées par la poste, pour les endroits éloignés, et elles seront remplies aussi promptement que possible.

S. LACHANCE

PHARMACIEN

646, Rue Ste Catherine, 646