

## 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

---

## Deux cas d'érysipèle ;

par Emmanuel P. BENOIT, M. D.,

St. Albert, T.N.O.

L'érysipèle est-il une fièvre essentielle ou spécifique? Voici l'observation de deux cas simultanés.

M. C..., 36 ans, forgeron. Homme sanguin, bien musclé, d'une santé forte. Tombe malade le vendredi, 12 mai. Quinze jours auparavant, avec son marteau, cet homme se fait à l'angle externe de l'œil droit une coupure qui se cicatrise assez vite. Le jeudi, 11 mai, il fait un tour de voiture dans la prairie par un fort vent frais. Dans la nuit, il ressent du malaise et du frisson. Le matin, la cicatrice est rouge; dans la journée, la rougeur et la fièvre augmentent. Nous ne voyons le malade que le lundi, 15. Il a eu du délire la nuit précédente; le thermomètre marque 103.5°, la face est rouge, très gonflée, le cuir cheveu envahi. La plaque érysipélateuse est cernée avec du collodion élastique; vaporisation au sublimé éthéré, puis application constante de compresses d'acide borique. A l'intérieur, purgatifs salins et quinine (deux doses de 5 grs chacune); morphine le soir pour calmer la douleur. Le lendemain, la fièvre est encore à 102°, mais s'apaise sur le soir. Le jeudi soir, 18, tout symptôme a disparu sans autre intervention. Mais le malade est très affaibli; il garde la maison toute la semaine, ne sortant que pour prendre l'air un peu, se sentant incapable de tout travail. Il a un abcès du conduit auditif, ce à quoi il est sujet, du reste.

Mme P..., 26 ans. Lymphatique, d'une santé ordinaire. Tombe malade elle aussi le vendredi, 12 mai. Une petite rougeur à l'angle interne de l'œil droit, près du nez. Pas de cicatrice apparente. A fait aussi, la veille, une promenade en voiture. La rougeur augmente; un peu de malaise, de frisson. Le samedi se passe tant bien que mal; mais le dimanche, les frissons augmentent. La malade a mal au cœur, est obligée de se coucher une partie de l'après-midi. Le lundi, elle envoie chercher le médecin. Elle vient elle-même ouvrir la porte. Le nez, les joues, le front sont rouges, gonflés, mais peu. Elle a toujours vaqué à son ménage, mais se désole beaucoup, surtout devant son miroir. Même traitement que le cas précédent, sauf la quinine; la fièvre diminue très rapidement. Il faut faire une nouvelle application de collodion, car la rougeur s'étend un peu. Le jeudi, la malade

est bien ; le vendredi, elle sort malgré la défense. Le lundi suivant, elle assiste à un concert.

Tous les deux ont une rechute le même jour, lundi, 29 mai.

M. C..., la veille, étant à vêpres, sent tout le temps de l'office un courant d'air sur le visage, venant d'une fenêtre ouverte. La nuit, malaise et frisson. Il se contente d'appliquer des compresses d'acide borique, dont il lui reste de la fois précédente. Cela va assez bien jusqu'au soir suivant. La fièvre reprend alors de plus belle, la plaque érysipélateuse s'étend jusque dans le cuir chevelu. Tous les symptômes reparaisent aussi forts que la première fois. La maladie est de nouveau subjuguée par le traitement de Talamon, mais elle a de nouveau un effet très prononcé. Le malade reste affaibli ; le 9 juin, il ne travaille pas encore.

Mme P..., nous fait appeler immédiatement : collodion, sublimé éthéré, acide borique. Le lendemain, c'est fini. Deux fois, dans les quinze jours qui suivent, la rougeur reparait, mais cède tout de suite à une application de collodion que la malade se fait d'elle-même.

Ces deux cas simultanés de notre pratique ont eu pour nous un enseignement précieux. L'érysipèle est-il une fièvre essentielle à manifestation locale, comme la variole, ou une maladie générale débutant par une lésion localisée, ainsi que nous voyons dans la diphtérie, par exemple ? Chez les deux malades précédents, la maladie débute en un point bien précis. C'est du coin de l'œil que la rougeur s'étend, c'est là tout d'abord que l'attention est attirée. Chez l'un, il y a une cicatrice ; chez l'autre, rien d'apparent, mais il doit exister tout de même une écorchure imperceptible. Dans tous les cas, lorsque la maladie apparaît de nouveau, c'est au même point précis, et il suffit d'un traitement immédiat et énergique pour empêcher toute autre manifestation (cas de Mme P...) Si la fièvre était déjà établie quand la rougeur apparaît, le traitement externe serait insuffisant à la faire disparaître, tout comme l'extirpation du chancre ne prévient pas la syphilis, parceque le chancre est la manifestation au point d'entrée d'un état devenu général. Tandis qu'au contraire, une angine diphtérique bien soignée dès le début empêche tous les symptômes graves de la diphtérie de se produire, parceque la lésion est encore locale et n'a pas eu le temps d'atteindre l'organisme. Ainsi de l'érysipèle. Mme P..., se soigne dès le début, quand la maladie réapparaît, et celle-ci cesse presque aussitôt. M. C..., lors de sa rechute, se donne des soins peu énergiques, et la maladie ne fait que progresser. Le début de l'érysipèle est donc tout-à-fait local, dans le tégument.

Mais il n'en est pas longtemps ainsi. Dès que la rougeur a une certaine étendue, que la peau a atteint un certain degré d'inflammation, les symptômes généraux apparaissent. Et ils sont bien caractéristiques. Le microbe s'est établi dans le tégument, et

voilà que les principes toxiques qu'il secrète sont absorbés par l'organisme, qui lutte avec vigueur. Ce n'était d'abord que du malaise, ce sont maintenant des frissons, une fièvre ardente et un mal de tête atroce. M. C... a même du délire. Eh bien, cette fois encore, malgré que la maladie soit devenue générale, elle cède au traitement antiseptique local, ce qui prouve qu'elle est restée sous la dépendance de la lésion tégumentaire. Et comme la théorie infectieuse explique bien la marche de la maladie, suivant le temperament et la cause! C... a une cicatrice toute fraîche à l'œil droit, ce qui donne à la maladie—pour ne pas dire au microbe—une porte d'entrée largement ouverte où elle peut s'établir d'emblée et provoquer, grâce au tempérament du sujet, une réaction très vive. C'est un érysipèle aigu. Chez Mme P..., la porte d'entrée n'est pas visible, quoique le point d'entrée le soit bien; c'est de plus une personne lymphatique, et la maladie a chez elle une forme lente, peu prononcée, chronique. C'est un érysipèle bénin, sans grande réaction, l'érysipèle atténué de Juhel Renoy (*Bull. méd.*, 1er mars 1893). Mais si la forme varie suivant la cause et le terrain, la nature est toujours la même et c'est le traitement antiseptique qui réussit dans les deux cas. L'érysipèle est donc une fièvre septique.

C'est là le grand point pratique: l'efficacité du traitement spécial. Pourquoi garder un malade dix ou quinze jours au lit, sous prétexte que l'érysipèle est une sorte de fièvre éruptive qu'on ne doit pas entraver dans sa marche, parce que ce serait dangereux pour le patient? Un cas d'érysipèle aigu se guérit en quatre jours par la méthode de Talamon. Il est vrai que la convalescence peut-être longue. C'est le cas de M. C. Mais autre que cet homme là a eu une fièvre très forte et a été soigné sur le tard, il est permis de supposer que ses reins ne sont pas intacts, que l'élimination s'est faite lentement. Et puis, plus la lutte a été grande, plus l'affaiblissement consécutif se fait sentir. Il est regrettable que les circonstances ne nous aient pas permis de faire l'analyse de l'urine.

Le traitement de Talamon n'a qu'un défaut; son application est douloureuse. Sœur Guénette, pharmacienne à l'hôpital des Sœurs Grises de Saint-Albert, emploie le mélange à parties égales de camphre, éther sulfurique et glycérine, en badigeonnage. Ce n'est pas douloureux et très efficace, du moins pour les cas légers. Quand il s'agit de cultivateurs ou d'ouvriers dont le travail nourrit la famille, *time is money!* et le sublimé éthéré est préférable, malgré la douleur, parce qu'il est plus efficace et plus rapide.

Quelques-uns diront: "Si la maladie est infectieuse, microbienne, il a fallu la contagion. Où les patients ont-ils pris leur maladie?" Que l'érysipèle soit contagieux, il n'y a pas de doute. Demandez aux internes des hôpitaux, aux garde-malades, aux infirmiers ce qu'ils en pensent. Le microbe est bien connu;

Fehleisen, son découvreur, lui a laissé son nom ; tous les jours les pathologistes l'étudient sous leur microscope, le cultivent dans leur laboratoire. Est-il nécessaire, pour contracter la maladie, que le microbe soit transmis de personne à personne ? Evidemment non. L'érysipèle se montre par cas isolés, sans épidémie. Une plaie exposée à l'air donne du pus ; une accouchée mal soignée contracte l'infection puerpérale : pourquoi une solution de continuité de la peau ne permettrait-elle pas au microbe de s'établir, de faire son œuvre, et pourquoi celui-ci ne serait-il pas dans l'air, avec beaucoup d'autres. Ne prétend-on pas, d'ailleurs, que les microbes de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale ont beaucoup d'analogie avec celui de la suppuration, que l'on est toujours sûr de trouver à son poste. M. le professeur Dieulafoy, dans son cours de 1888, à l'Université de Paris, admet l'érysipèle spontané, mais il n'en nie pas la nature microbienne. C'est que, comme Pasteur l'a prouvé à propos de la fermentation, la génération spontanée n'existe pas. L'on trouve des microbes spéciaux dans une plaque d'érysipèle ; ce n'est pas la maladie qui les a produits, ce sont eux qui produisent la maladie. D'ailleurs, un fait reste indubitable ; l'efficacité du traitement antiseptique. De même que le chirurgien qui ne laisse pas suppurer ses opérés abrège des trois quarts leur séjour au lit et ménage d'autant leur constitution, de même le traitement approprié de l'érysipèle guérit en quatre jours une maladie qui peut durer deux semaines et plus. Pasteur et ses idées ont fait plus de bien au monde que dix générations de rois ; pourquoi nous, ses disciples humbles, mais croyants, n'en ferions-nous pas bénéficier l'humanité souffrante ?

Saint-Albert, Territoires du Nord-Ouest, septembre 1893.

### Terribles conséquences d'un traitement heureux.

“ En l'an 1773, à Aubusson (Haute Marche), la femme d'un boulanger étant atteinte d'une maladie violente et épidémique, les médecins jugèrent que le meilleur remède était la transpiration. Pour la provoquer, le mari s'avisa de couvrir sa femme de pains sortant de son four : ce nouveau diaphorétique fit un effet merveilleux, et la femme fut guérie en vingt quatre heures. Mais le boulanger ayant eu l'imprudence de vendre ce pain, tous ceux qui en mangèrent furent atteints de la même maladie, qui se communiqua avec tant de rapidité qu'en moins de quinze jours on enterra plus de 200 personnes. Les portes de la ville sont actuellement fermées à tout le monde ; la consternation est générale, et les malheureux habitants implorèrent les secours célestes pour être délivrés de cet horrible fléau.”

M. de T.

(Gazette salubre, 12 août 1773.)

## MÉDECINE



**Valeur séméiologique de l'intensité et du rythme des battements du cœur.**—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Les changements dans l'intensité des bruits du cœur sont très fréquents et se rencontrent dans des états pathologiques très divers.

D'une façon générale, on peut dire que cette intensité est proportionnelle à la force et à l'énergie de la systole. Plus la contraction du ventricule est forte, plus la valvule auriculo-ventriculaire gauche se ferme énergiquement; plus la quantité de sang lancé dans l'aorte y pénètre brusquement, plus le choc en retour qui abaisse les valvules artérielles est violent.

Un grand nombre de circonstances font cependant varier l'intensité des bruits indépendamment du plus ou moins d'énergie de la systole.

L'augmentation d'épaisseur des parois du cœur ou de celles du thorax, l'interposition, au-devant de l'organe, de gaz (pneumothorax) ou de liquide, la présence du poumon peuvent considérablement atténuer le sens perçu à l'auscultation.

Chez un malade qui est en ce moment dans nos salles, les bruits s'entendent avec une force beaucoup plus grande à la pointe qu'à la base. Cela tient à l'interposition, entre la base du cœur et la paroi du thorax, d'une lame de poumon distendue outre mesure par l'emphysème. Ce malade est un tuberculeux et cette atténuation des bruits à la base est un phénomène rare dans cette maladie; habituellement, on observe un renforcement dû à l'induration et à la densité plus grande du sommet du poumon, ce qui entraîne une transmission plus facile du son.

Des dispositions anatomiques spéciales du poumon peuvent entraîner dans l'intensité habituelle des bruits du cœur des modifications dont il est souvent difficile de découvrir la cause. J'ai été appelé, cette année, auprès d'une jeune fille dont le père était mort d'une affection cardiaque au cours de laquelle les médecins avaient parlé devant la famille de l'accentuation du deuxième bruit à la base. Le même signe étant retrouvé chez l'enfant, la mère s'inquiéta et je pus constater, à l'aide d'une percussion minutieuse, que cette accentuation, qui existait réellement, était due à une disposition anormale du bord antérieur du poumon qui laissait à découvert une grande étendue de la base du cœur. Il y avait diminution de la sonorité, mais pas d'augmentation de la matité, et cela me permit d'éloigner l'idée d'une dilatation de l'aorte.

Le claquement des valvules aortiques s'accroît au début du mal de Bright, quand il y a de l'artério-sclérose aortique. Le bruit pulmonaire devient plus marqué chez les emphysémateux, quand il y a un obstacle à la circulation pulmonaire d'origine gastro-hépatique ou d'origine cardiaque, dans le rétrécissement mitral, par exemple. L'accroissement du deuxième bruit pulmonaire appartient, ainsi que j'aurai l'occasion de vous le redire tout à l'heure, à une des phases de l'évolution du rétrécissement mitral. C'est peut être à ce moment le signe unique qui permette de diagnostiquer cette lésion. Encore faudra-t-il, avant d'attribuer à cette accroissement une si grande valeur, éliminer soigneusement toutes les autres causes qui peuvent lui donner naissance, spasme pulmonaire, etc. Les variations dans le rythme du cœur sont très intéressantes, certaines, et méritent de nous arrêter plus longtemps.

Je n'insisterai pas sur les variations de fréquence si communes. Dans la plupart des affections cardiaques, on observe une grande accélération des mouvements de l'organe. Quelquefois, on constate un ralentissement des battements, mais, le plus souvent, il ne dépend pas d'une lésion des orifices. Ce ralentissement, du reste, est parfois plus apparent que réel, les contractions cardiaques peuvent être assez faibles pour ne pas entraîner de pulsations artérielles et pour échapper même à une auscultation attentive. Cette espèce d'avortement des systoles a une grande valeur pronostique et indique toujours une aggravation dans l'état du malade.

Très souvent, l'augmentation de fréquence des battements cardiaques s'accompagne d'une modification dans la durée des silences. Le grand silence se raccourcit bien davantage que le petit et, à un moment donné, tous deux arrivent à avoir la même durée; c'est là le rythme foetal sur lequel M. Huchard a récemment insisté.

Les irrégularités des battements sont très fréquentes. Tantôt il s'agit d'irrégularités vraies, tantôt de simples intermittences, tantôt d'irrégularités obéissant à certaines règles, périodiques.

Les irrégularités peuvent dépendre de simples troubles gastro-intestinaux, intestinaux surtout. Souvent, le rythme devient bigéminé, trigéminé; la plupart du temps, ces irrégularités se rattachent à des lésions d'orifice, et il faut bien savoir qu'on les observe surtout chez les malades qui ont été soumis à l'usage de la digitale.

On peut observer des changements dans le nombre des battements. Tantôt on entend trois bruits, quatre même à chaque révolution cardiaque, tantôt, au contraire, on n'en entend plus qu'un seul.

C'est généralement le premier bruit qui disparaît ou plutôt qui devient trop sourd pour être perçu, et cela indique une grande faiblesse du cœur.

Le plus souvent, il y a un synchronisme absolu dans les contractions du cœur droit et du cœur gauche; lorsque ce synchronisme cesse, le nombre des bruits est augmenté, il y a un dédoublement.

Le dédoublement peut être normal; c'est ce que j'ai décrit il y a longtemps sous le nom de dédoublement physiologique. Il peut se produire au moment du premier ou au moment du deuxième bruit et a un caractère spécial qui permet de le reconnaître d'une façon certaine. Il est toujours lié aux mouvements respiratoires. C'est ainsi que le dédoublement physiologique du deuxième bruit se produit à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, tandis que c'est l'inverse pour celui du premier. Le dédoublement du deuxième bruit tient à la chute prématurée des valvules aortiques par suite de l'augmentation de la tension du sang dans ce vaisseau. Le changement dans le rythme est le résultat d'une action exclusivement mécanique, et j'ai fait de nombreuses expériences qui me permettent d'affirmer qu'il n'y a ni action réflexe, ni contractions inégales des deux cœurs, ni asphyxie transitoire, etc.

Tout dépend si bien des modifications bien connues que la respiration apporte à la tension artérielle qu'il est possible de modifier le moment de production du dédoublement en modifiant artificiellement, par la fermeture partielle de la glotte, les conditions dans lesquelles s'exerce la respiration normale.

Lorsque le dédoublement du deuxième bruit, beaucoup plus fréquent que celui du premier, a peu de tendance à se produire, il n'apparaît que pendant une seule des pulsations qui ont lieu pendant une inspiration et une expiration, et on ne peut alors le percevoir qu'à la fin juste de l'inspiration et au commencement de l'expiration.

Le dédoublement du premier bruit d'origine physiologique est plus rare, et il y a d'autant moins lieu d'y insister qu'il n'y a pas de phénomène pathologique avec lequel on puisse le confondre.

Le dédoublement pathologique du deuxième bruit peut être le seul signe d'un rétrécissement mitral qui, parfois, n'entraîne aucun autre phénomène, ni local ni général. Ce dédoublement est indépendant des mouvements respiratoires et s'entend à toutes les pulsations cardiaques. Dans certains cas, il peut y avoir combinaison des deux dédoublements, lorsque, par exemple, la respiration devient très difficile par suite d'une complication, et naturellement le diagnostic est alors un peu délicat.

Au début du rétrécissement, le dédoublement tient à la chute prématurée des valvules aortiques; à la fin, ce sont les valvules pulmonaires qui s'abaissent les premières. A la période moyenne de la maladie, il n'y a pas de dédoublement, et l'on n'entend que l'accentuation du deuxième bruit artériel.

À l'état normal, au moment de la diastole du ventricule, le sang



remplit rapidement la cavité de ce dernier. Lorsque l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, le ventricule dont les parois sont élastiques et reprennent aussitôt leur forme après la systole se remplit beaucoup moins vite, et exerce une aspiration énergique sur le sang renfermé dans l'aorte: de là la chute prématurée des valvules aortiques.

Lorsque l'obstacle à la circulation intra-cardiaque augmente, la circulation pulmonaire devient difficile et la tension augmente dans l'artère pulmonaire; alors les valvules pulmonaires tombent les premières.

Il y a une période de l'affection où les deux phénomènes s'équilibrent; on n'entend pas alors de dédoublement et le seul signe du rétrécissement est l'accentuation du deuxième bruit.

Toutes ces considérations sont loin d'être indifférentes, car elles seules permettent d'apprécier le degré de la lésion, appréciation qui est fort difficile dans la plupart des affections cardiaques.

Le dédoublement du second bruit dû à la chute prématurée des valvules aortiques se voit aussi dans la symphyse cardiaque généralisée. On évitera de diagnostiquer un rétrécissement mitral en recherchant les autres signes de la symphyse: absence du déplacement de la pointe par les changements de position, hypertrophie et dilatation cardiaques considérables, etc. On peut naturellement observer la combinaison des deux maladies, mais c'est là un fait exceptionnel dont il n'y a pas lieu de se préoccuper dans la clinique courante. — *Union médicale.*

**Fièvre typhoïde; traitement par l'acide borique.**—Un médecin russe, M. le docteur J. TORTCHINSKY, de Saint-Petersbourg, a obtenu d'excellents résultats par l'emploi du traitement suivant: Il commence par administrer, suivant l'âge du malade, de 8 à 15 grammes d'huile de ricin avec 5 à 20 gouttes d'essence de crébenthine. Dès que l'action purgative de cette médication s'est produite, il a recours à l'usage interne de l'acide borique. Il le prescrit (en poudre ou en solution) à la dose de 0 gr. 60 centigr. à 1 gramme pour les adultes, et de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 centigr. chez les enfants, dose trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Sous l'influence de cette médication, M. Tortchinsky a constaté, dans la généralité des cas et au bout de quatre ou cinq jours, une diminution notable de la fièvre et de la diarrhée, ainsi que la disparition du tympanisme abdominal; en même temps les selles perdaient leur fétidité et prenaient une consistance normale; la diurèse augmentait, la langue redevenait humide et l'état général s'améliorait. A partir du moment où l'amélioration de l'état général était suffisamment accusée, notre confrère cessait l'administration de l'acide borique pour s'adresser aux toniques.

L'auteur a pu se convaincre, au cours de ses observations, que les effets remarquables de l'acide borique peuvent être encore

augmentés par l'addition à ce médicament de petites doses (de 0 gr. 12 à 0 gr. 30 centigr.) de quinine, d'acétanilide, de naphthaline, ou de salol. L'association de l'acide borique et de la quinine serait surtout utile dans les périodes avancées de la fièvre typhoïde, lorsqu'il existe des symptômes cérébraux, ainsi que pour le traitement des rechutes.

M. Tortchinsky a employé la médication boriquée chez 240 malades atteints de fièvre typhoïde. 9 malades seulement sont morts et encore ont ils succombé à la période de convalescence soit pour avoir quitté trop tôt le lit, soit par suite d'un écart de régime. Chez les 231 autres, l'affection a revêtu, sous l'influence du traitement, une forme bénigne; sa durée a été sensiblement abrégée et les complications ne se sont montrées que très rarement. De tous ces faits, notre confrère conclut que l'usage de l'acide borique constitue le traitement le plus efficace de la fièvre typhoïde: c'est en outre, un procédé thérapeutique à la fois simple, commode et exempt de tout danger et inconvénient. — *Scalpel*.

**Traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse.**—Communication à l'Académie de médecine de Paris, par M. Constantin PAUL.

*Conclusions.*—La neurasthénie est un épuisement nerveux.

Elle peut être physiologique à la fin de la vie, lorsque la mort survient dans un grand âge sans maladie; c'est la fin naturelle, malheureusement trop rare.

La neurasthénie morbide est produite par un épuisement des forces nerveuses ne permettant plus au système nerveux de se recharger des forces nouvelles suffisantes pour les dépenses journalières de la vie.

La transfusion nerveuse, faite avec une dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, provoque la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bénéfice de cette transfusion est de donner un peu de sommeil, condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques.

Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre. D'abord, l'émotivité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent; alors la thérapeutique ordinaire redevient active quand elle n'agissait pas auparavant. Une chose à remarquer, c'est l'heureuse influence de la transfusion nerveuse sur la force du cœur. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparait comme complément de la guérison. — *Bulletin médical*.

## CHIRURGIE.

**Taille et lithotritie; traitement des rétentions d'urine.**—Clinique de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker.—Nous allons pratiquer la taille sur un sujet âgé de 56 ans et qui porte un calcul sur la vessie.

1.—J'attirerai tout à l'heure votre attention sur les raisons qui m'ont conduit à préférer la taille à la lithotritie dans le cas présent. Mais auparavant, je dois relever pour vous dans l'histoire de cet homme, des faits très vulgaires sans doute, mais présentant cependant, à l'époque de rénovation chirurgicale où nous sommes, un véritable intérêt.

Il y lieu, en effet, de se demander, à l'heure actuelle, si le traitement des rétentions d'urine ne doit pas être modifié, devenir opératoire; si le bistouri ne doit pas remplacer le traitement par les sondes. A ce point de vue, le malade nous fournira un document utile.

Je vous signalerai tout d'abord qu'il n'a jamais eu de blennorrhagie. Donc, nous ne devons pas rencontrer dans l'urèthre antérieur de difficultés au cathétérisme. De fait, celles-ci relèvent toujours de la blennorrhagie ou de quelques causes peu nombreuses (chancre ulcéreux du canal, etc.). Cependant, le 2 juillet 1889, après avoir eu quelques troubles de la miction (besoins nocturnes d'uriner, etc.), il fut pris, après une longue course, d'une rétention d'urine, et le médecin appelé ne put le sonder. C'est là un fait commun. Ces rétentions apparaissent fréquemment après une longue marche qui amène de la tuméfaction de la prostate.

Le cathétérisme n'ayant pu réussir, on fit la ponction de la vessie. Dans la soirée, le même médecin parvint à introduire une sonde, qu'il choisit de *petit calibre*, précaution bien superflue, car le canal n'avait aucune raison pour être étroit; on peut, chez ces malades, introduire de gros instruments puisque la prostate seule est en cause.

Cette petite sonde fut laissée à demeure pendant huit jours. Quand la sonde fut enlevée, la miction se fit spontanément et depuis elle n'a pas cessé d'être normale.

A l'heure actuelle, le malade vide parfaitement sa vessie; toutefois, sous l'influence d'un diagnostic erroné, il a fait tous les mois une introduction de sondes, et chaque fois il y a gagné un accès de fièvre.

Cela n'a rien de surprenant. En effet, depuis le premier cathétérisme, qui sans doute n'a pas été fait dans des conditions anti-

septiques, la vessie est restée infectée.—D'ailleurs, il n'urine plus que toutes les trois heures le jour et 3 ou 4 fois la nuit.

En résumé, chez un homme âgé déjà, on a observé une rétention complète, avec difficulté du cathétérisme. A l'heure actuelle, il a encore une grosse prostate, et cependant depuis quatre ans il vide complètement sa vessie et n'a d'accidents que lorsqu'il se sonde. Si l'évacuation n'avait pas été complète, il aurait certainement eu des accès de fièvre. Pour que les accès de fièvre surviennent, il faut : 1o. que la vessie soit infectée; 2o. que la vessie ne se vide pas. Il est donc d'une très mauvaise pratique de faire, comme certains médecins, *des économies de cathétérisme*. Ils pensent par là s'exposer moins aux accidents: il n'en est absolument rien. On doit se laisser guider par le besoin d'uriner, par la *mise en tension*, qui est une des conditions de la réceptivité aux microbes par la congestion qu'elle détermine et qui favorise la pénétration des organismes dans les parois de la muqueuse vésicale et par suite dans la circulation.

Un fait intéressant est le suivant: le malade qui, à la suite de l'introduction d'une simple sonde, avait de la fièvre, n'en a plus eu après que nous l'avons soumis à l'introduction d'instruments beaucoup plus gros. Il était dans des conditions particulières par suite de cette infection de la vessie. Il a guéri cependant de sa rétention d'urine. Sa santé est excellente actuellement. En somme, au point de vue de sa rétention, c'est *un malade guéri*.

Si le malade, au moment où il a été pris de sa rétention, avait eu affaire à un chirurgien de grande ville, le traitement eût sans doute été différent, le résultat le même, et l'on aurait compté un cas de plus de guérison à la suite de l'intervention opératoire (incision de la prostate ou ablation partielle de cet organe). Mais vous voyez que *la guérison a été obtenue sans délai*.

*Il faut donc, en pareil cas, avant de chanter victoire, démontrer la nécessité de l'opération.*

Remarquez bien ma pensée. Je n'ai nullement l'intention de dire qu'il faut toujours éviter, dans des cas de ce genre, l'intervention chirurgicale. L'élargissement du cercle des opérations me paraît au contraire un devoir. Mais c'est un devoir aussi de chercher à poser les questions de telle sorte qu'on n'opère pas trop. Eh bien, il est facile de verser du côté du trop. Le cas actuel en est une preuve et en somme ces cas sont *légion*.

La période actuelle présente entre autres choses attachantes cette révision qu'elle nous force à faire de la pratique chirurgicale. Les opérations peuvent donner des résultats qu'on n'aurait pu obtenir autrefois. Mais, dans le cas actuel, il faut bien connaître l'histoire des prostatites et les ressources du cathétérisme bien fait. Souvent les difficultés provenant de la prostate sont en somme des difficultés faciles à tourner.

Obligé tout à l'heure d'ouvrir la vessie de ce malade à cause

d'un calcul dont je vais vous parler, il est possible que je porte mon intervention sur la prostate. Evidemment ce malade est exposé à d'autres rétentions et on pourra profiter de la situation.

II.—J'arrive à la deuxième partie de cette conférence, c'est-à-dire aux accidents de calcul éprouvés par le malade.

C'est le 2 juin 1890, que les premiers symptômes se sont montrés. A la suite d'une marche fatigante, il survint une hématurie, qui cessa par le repos : c'est le caractère même des hématuries calculeuses ; dès que le malade se repose, il ne souffre plus. Mais l'hématurie s'est reproduite à la suite de marches un peu longues. Depuis deux ans toutefois, elles ont cessé.

L'examen, comme nous l'avions bien supposé, nous a révélé un calcul, calcul qui habite le *couvercle* et non le fond de la vessie. Cette localisation est rare. Il faut pour cela que le calcul soit volumineux et en outre que la vessie soit sensible : car alors elle est toujours un peu revenue sur elle-même : elle ne peut guère se détendre.

Il en résulte que ses parois se rapprochent et que le calcul est arc-bouté et se tient en l'air ; il est enclavé entre les parois rapprochées qui l'empêchent de tomber.

Messieurs, samedi dernier j'ai tenté la lithotritie sur ce malade, mais supposant bien qu'elle échouerait.

J'y ai promptement renoncé en effet, parce que j'ai rencontré une prostate volumineuse, une vessie sensible même sous le chloroforme, et un calcul qui n'est pas très volumineux, mais qui a résisté aux tentatives de broiement. Je n'ai pas eu un écartement dépassant 3 centimètres ; mais en serrant la vis (instrument No 2 à longs mors), j'ai eu une résistance absolue. J'ai senti que la tige d'acier se mettait en tension élastique.

Avec l'habitude, on a alors très bien l'impression que si on allait plus loin, l'arc finirait par se rompre.

Lorsqu'on déclanche, on voit la tige revenir en arrière. Ce fait doit être pris en grande considération, car, en passant outre, on s'exposerait à briser l'instrument. Toutefois avec cette précaution, depuis plus de vingt-six ans que je fais des lithotrities, je n'ai pas observé cet accident.

Je ne devais pas cependant m'arrêter à cette première difficulté. J'ai pris le marteau et j'ai cherché à me rendre compte si les dents de l'instrument pénétraient quelque peu dans l'écorce. Chaque coup de marteau a été suivi d'un retour en arrière : la surface ne cédait donc pas.

Relativement au volume la prise du calcul de donnait que 3 centimètres d'écart.

Mais il n'y a rien de plus trompeur que la mensuration d'un calcul par le lithotriteur. On croit généralement le contraire. On s' imagine que lorsqu'on a saisi le calcul dans cette espèce de compas d'épaveur, on a une mesure exacte. Mais pour qu'il en fût

ainsi, il faudrait que l'on ait saisi le calcul par son plus grand diamètre. Or, rien ne vous le garantit : bien souvent au contraire la prise a lieu par un des petits diamètres du calcul. Dans le cas actuel, j'ai probablement saisi la pierre, comme je vous le dis parfois dans nos entretiens plus familiers du samedi, par le *bout du nez*.

Cette méthode est donc susceptible de vous conduire à des erreurs totales. Il vaut mieux se contenter du *contact*, qui est beaucoup moins trompeur. Pour faire des mensurations au moyen du lithotriteur, il faudrait faire une véritable opération, qui serait déplorable.

Mais je n'avais pas seulement comme contre indication la *résistance et le volume du calcul* : j'en avais d'autres encore, à savoir, la *sensibilité de la vessie et le volume de la prostate*.

Toutes les contre-indications réunies devraient faire abandonner l'opération.

Il n'en est plus de même lorsqu'elles se présentent *isolément*. Elles sont alors toutes *relatives*.

Si, par exemple, je n'avais eu affaire qu'à la résistance du calcul, j'aurais pris un instrument plus puissant, un lithotriteur No 3, et sans doute la pierre n'aurait pas résisté : la vessie n'étant pas sensible, se laissant facilement écarter, j'aurais triomphé et de la dureté et du volume du calcul. Cependant, si le No 3 n'avait pas broyé la pierre, l'impossibilité de l'opération aurait été absolue : en somme les difficultés relatives à la consistance et au volume de la pierre sont affaire d'instruments.

Quant aux difficultés qui résultent du volume de la prostate, il arrive souvent qu'on est obligé de faire la taille parce que les instruments sont trop gênés, mais bien souvent il est possible de passer outre.

D'autres fois, c'est la sensibilité vésicale qui vous gêne.

Mais vous pouvez parfois y remédier par la *méthode mixte* d'anesthésie, en faisant au malade des injections de morphine le matin de l'opération et même quelques jours auparavant. On finit par obtenir l'insensibilité.

Quant au contraire toutes les contre-indications sont réunies, il est évident qu'il faut renoncer à la lutte.

Encore deux réflexions au sujet de ce malade. La première a trait à la courbe de température que je vous présente : il avait de la fièvre la veille de la tentative de lithotritie, le lendemain il n'en avait plus du tout. J'avais donc eu raison de ne pas m'arrêter à ce détail qu'il était fébricitant pour tenter de l'opérer ; en effet cette tentative nous a donné l'occasion de faire une antiseptie complète de la vessie par les lavages au nitrate d'argent.

Avant cette tentative, la température allait un peu en montant, mais très peu, car dès l'abord nous avons procédé au nettoyage antiseptique de la vessie avant d'introduire aucun instrument.

Après l'exploration, la fièvre, loin de remonter encore, a cessé momentanément, parce que le degré d'infection a diminué.

Au sujet de l'opération, je ferai une incision aussi petite que possible, car à travers une très petite incision, on peut faire sortir un calcul encore assez considérable, et d'autre part la réparation est plus simple. Cette petite brèche suffira également, le calcul une fois enlevé, pour aller avec le doigt s'assurer de l'état de la prostate. Or celle-ci peut présenter des saillies intra uréthrales ou des saillies vésicales. Dans ce dernier cas, j'aggrandirai l'ouverture et je ferai une prostatectomie.

Si au contraire la saillie est intra-urétrale, l'opération s'arrêtera là.—*France médicale.*

**Les plaies de l'abdomen et la temporisation.**—En présence des lésions abdominales,—et je ne veux parler aujourd'hui que des plaies pénétrantes,—la conduite médicale a parfois de terribles hésitations.

Il faut de l'expérience et du courage pour oublier définitivement les anciennes pratiques, la temporisation à outrance, la chirurgie qui, à force de se considérer comme l'*ultima ratio*, se résigne d'avance à n'opérer que des agonisants. Il en faut aussi pour lutter contre les appréhensions légitimes des malades et de ceux qui les entourent, leur parler le bon langage et leur inspirer confiance.

C'est notre métier, à nous chirurgiens, d'agir avec audace quand il le faut et d'imposer notre conviction. Mais nous ne sommes pas toujours appelés les premiers. Combien ne devons-nous pas de reconnaissance au médecin vigilant qui sait prévenir le danger, le signale en temps utile, et ne laisse pas passer l'heure où notre intervention a des chances de succès! Aussi l'étude de ces questions nous semble-t-elle appartenir à la médecine pratique aussi bien qu'à la chirurgie.

On a lu, dans l'*Union médicale* du 15 décembre 1892, une instructive observation du docteur Houzel (de Boulogne): elle parle d'une jeune fille qui avait reçu dans le ventre une balle de revolver de petit calibre, et chez laquelle notre collègue, empêché par les supplications de la famille, ne put intervenir dès le premier jour. Il y eut une amélioration apparente, puis survinrent les accidents graves, et, quand la laparotomie fut faite, il y avait de tels désordres que l'issue fatale ne put être conjurée.

Cette observation soulève une question qui nous passionne et a suscité de brillantes polémiques. En France comme à l'étranger, l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen n'est pas loin de rallier la majorité des chirurgiens. La plupart admettent qu'il faut toujours faire la laparotomie aussitôt qu'on est appelé, car elle permet, ou de ne rien faire dans l'abdomen s'il n'y a pas de désordres, ou de les réparer s'ils sont réparables, et, en présen-

ce de lésions multiples, elle n'ajoute rien à leur gravité. Quelques-uns, peu nombreux aujourd'hui, soutiennent la temporisation quand même, et, sachant que certaines plaies pénétrantes peuvent guérir seules, préfèrent s'en remettre à la nature du soin de sauver leurs blessés. D'autres enfin, professant une opinion moyenne, reconnaissent la valeur de la laparotomie, mais n'y viennent pour ainsi dire qu'à regret, et, sans vouloir préconiser l'abstention demandant au moins pour agir qu'il y ait quelques symptômes alarmants, un commencement de péritonite.

A notre avis, cette conduite est dangereuse. Le calme des premières heures est insidieux, et trop souvent, quand les symptômes apparaissent, le moment favorable est passé. *Une laparotomie bien aseptique ne peut faire de mal à un blessé qui n'a pas de lésions graves, elle est son unique chance de salut quand il est en péril.* Telle est la formule qui doit nous servir de guide; et voici un exemple qui montre bien qu'elle n'est pas trompeuse.

Dans la nuit du 16 au 17 avril 1892, fut apporté à l'hôpital Tenon un jeune homme de 20 ans, qui venait de recevoir un coup de couteau dans l'abdomen, en dehors du muscle droit, à l'union de la fosse iliaque et du flanc gauche. Une languette d'épiploon sortait de la plaie. L'interne de garde fit un pansement antiseptique, et je vis le malade le 17 avril à neuf heures, environ sept heures après l'accident.

L'épiploon n'avait aucune souillure et la paroi abdominale avait été parfaitement lavée. Le blessé avait eu deux vomissements insignifiants, mais il n'accusait aucune douleur. A peine trouvais-je un peu de sensibilité à la pression, au voisinage immédiat de la plaie. Il n'y avait ni ballonnement, ni température ni altération du pouls, ni facies grippé. En somme, aucune trace de symptôme pouvant inspirer la moindre inquiétude.

Blessure insignifiante, lambeau d'épiploon qu'on pouvait lier et réduire ou laisser dans la plaie, intégrité probable de l'intestin, excellent état général, tout se réunissait pour inviter à la temporisation. Néanmoins, persuadé qu'une exploration méthodique n'offrait aucun danger et pouvait me révéler quelque désordre inaperçu, je pris le parti d'agir immédiatement, et j'agrandis l'ouverture, ce qui me permit tout d'abord d'attirer commodément la languette épiploïque, de la réséquer au-devant d'une ligature de catgut et de réduire le pédicule. Puis j'examinai à loisir l'intestin qui se présentait; il avait son aspect normal, et je me demandais si je n'allais pas en rester là, lorsque, par le déplacement d'une anse intestinale, je vis sourdre un peu de sérosité. Alors, j'écartai l'intestin en plongeant les doigts vers la fosse iliaque, et tout à coup un flot de sérosité sanguinolente vint à l'extérieur. Je pris des éponges montées, et partiellement je retirai plus d'un litre de sang qui s'était accumulé dans le petit bassin. Lorsque les éponges ne ramenèrent plus rien, je fis un grand lavage avec plusieurs



litres d'eau salée, et je terminai par la suture de la plaie. La réaction péritonéale fut insignifiante, et la guérison se fit sans nul incident qui mérite d'être noté.

La moralité de cette histoire apparaît d'elle même. Derrière une plaie d'apparence bénigne et un état général parfait, au bout de sept heures, se cachait un épanchement sanguin très menaçant. Si je m'étais fié à ce calme trompeur, si j'avais attendu des symptômes, j'aurais opéré trop tard ou tout au moins dans de mauvaises conditions; et je ne me repens pas d'être intervenu de parti pris, au nom du principe général que M. Houzel formulait ainsi dans son observation: "En présence d'une plaie pénétrante, il faut faire la laparotomie, et le plus vite est le mieux."—L.G. RICHELLOT, in *Union médicale*.

**Des traitements à l'eau chaude.**—Le Dr Paul RECLUS est partisan enthousiaste de l'emploi systématique de l'eau chaude; il est profondément convaincu des avantages considérables que le praticien peut tirer de ce mode de traitement, dans la pratique chirurgicale et gynécologique.

Dernièrement il a fait, à l'Hôpital de la Pitié, une intéressante conférence sur ce sujet favori. Nous en reproduisons ci-dessous les traits principaux:

Vous n'ignorez pas le rôle que joue l'eau chaude pour la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie. Par l'ébullition, l'eau se débarrasse de ses germes, elle devient donc aseptique, et l'eau bouillie est alors un des meilleurs liquides dont on puisse se servir pour laver les plaies, les mains de l'opérateur et les instruments, au cours d'une intervention; en effet, les antiseptiques ordinaires le bi chlorure de mercure et acide phénique sont fort irritants. Puis il faut songer à l'asorption possible et l'on sait les accidents d'intoxication qui surviennent lorsque ces substances sont répandues avec trop de profusion sur des organes tels que l'intestin, et le péritoine dont les lymphatiques absorbent avec une extrême rapidité. On peut dire que, là, le lavage avec l'eau bouillie est vraiment de rigueur.

Non seulement l'eau bouillie est aseptique, du moins lorsqu'on ne l'infecte pas et qu'on la conserve dans des vases intacts, mais elle est aussi antiseptique à une certaine température et au-dessus de 42 degrés elle est un milieu à peu près réfractaire aux bactéries; si les micro organismes n'y meurent pas encore — il faut pour cela une température de 80 degrés —, du moins ils ne sauraient s'y développer et la pullulation y devient bientôt impossible. De là, des indications importantes pour le lavage des mains, plus sûrement et plus rapidement aseptiques après avoir été trempées dans l'eau chaude que lorsqu'on s'est servi d'eau froide. Evidemment, l'eau à 50 ou 55 degrés, la seule qu'on puisse employer sans provoquer de trop vives souffrances, est très faiblement antiseptique.

tique ; mais elle l'est en définitive et elle l'est sans être irritante pour les tissus et sans qu'on ait rien à craindre de son absorption.

De plus, elle ne crispe pas les tissus et entraîne merveilleusement les détritns et les caillots ; enfin, elle est hémostatique : elle oblitère les orifices extérieurs des vaisseaux et des capillaires ; le sang ne coule plus que par les rameaux justiciables des pinces à forcipressures. Ces bénéfices se retrouvent dans les pansements consécutifs : lorsqu'on veut détacher la ouate ou la gaze iodoformée qui recouvre les sutures et qui adhère à la peau, lorsqu'on enlève les sécrétions séreuses et sanguinolentes desséchées, l'eau chaude les détrempe vite et bien et le malade ne souffre pas.

L'emploi de l'eau chaude dans le traitement des plaies ulcéreuses a une grande importance et je ne connais pas de topique d'une valeur aussi incontestable. Lorsque les bourgeons charnus deviennent gros, irréguliers et blafards, des injections à 55 degrés et pratiquées deux fois par jour, pendant dix minutes ou un quart d'heure, transforment bientôt la membrane granuleuse ; elle devient rose, vermeille, unie et un liseré épidermique s'étend bientôt du pourtour de la perte de substances vers son centre, signe irrécusable rapide cicatrisation. Les ulcères variqueux et les ulcères trophiques, les destructions étendues de la peau consécutives à des phlegmons gangreneux, à des brûlures ou à des anthrax bénéficient surtout de ces lavages. Pour hâter la cicatrisation complète, j'applique au bout de quelques jours d'irrigations chaudes et lorsque le liseré épidermique s'accroît, du sucre de lait, sur la perte de substances et sous un pansement occlusif, et la guérison est très prompte.

Mais où l'eau chaude triomphe vraiment, c'est dans le traitement des inflammations aiguës. Les panaris, les furoncles et les anthrax. Les phlegmons circonscrits ou diffus, toutes les phlogoses superficielles bénéficient singulièrement de l'immersion prolongée dans un bain à une température de 50 à 55 degrés. Pour les inflammations des membres supérieurs, l'installation est des plus simples : la main et l'avant-bras, la main, l'avant-bras et le bras, selon la moins ou plus grande étendue du mal, plongent dans une poissonnière munie, vers le fonds, d'un tuyau d'épuisement que l'on ouvre et ferme à volonté ; d'autre part, on suspend au-dessus du lit un récipient qui contient de l'eau presque bouillante, qu'un tube de caoutchouc, réglé par un robinet, verse dans la poissonnière. L'écoulement du robinet de décharge et du robinet d'apport est calculé de manière à ce que la température reste constamment au degré voulu, 50 degrés en moyenne. Il est plus simple encore, si cet appareil élémentaire fait défaut, de verser au fur et à mesure, dans la poissonnière ou dans un vase quelconque, de l'eau pour réchauffer celle qui se refroidit.

Aux membres inférieurs, le mode d'application est un peu différent : pour le pied, pas de difficulté et rien n'est plus aisé que de

le plonger dans un vase rempli d'eau que, par adjonctions successives, on porte peu à peu à la température voulue; il en est de même pour le bas de la jambe; mais pour la partie moyenne et supérieure, pour les cuisses, on ne pourrait songer à immerger une région aussi étendue; il faut alors recourir à des compresses de tariatane pliées à dix ou quinze épaisseurs; on les trempe dans l'eau chaude, puis on l'applique immédiatement sur les parties phlogosées; la séance durera un quart d'heure environ et on la répètera deux ou trois fois par jour; puis, dans les intervalles, le foyer malade sera enveloppé dans un pansement antiseptique humide et chaud. C'est cette méthode que nous avons suivie encore pour le tronc, le cou et la tête et les plaies ulcéreuses, les inflammations, lymphangites, furoncles, anthrax, phlegmons sont, avec la plus grande facilité, traités ainsi par les applications d'eau chaude.

Ces immersions nous donnent des résultats surprenants et une inflammation prise à ses débuts peut être jugulée; je pourrais en fournir de très nombreux exemples. Mais lorsque les accidents sont plus avancés, lorsque le phlegmon est déjà confirmé, l'eau chaude limitera l'inflammation et fera tomber les phénomènes locaux et généraux avec une rapidité surprenante. Rappelez-vous ces inflammations à marche diffuse, des pieds et des jambes, ces lymphangites accentuées, ces pararis, ces collections commençantes des gaines des fléchisseurs, ces tuméfactions violacées autour des bourses séreuses pérotuliennes olécraniennes. La région est plongée dans l'eau chaude. Après quelques heures, et dès la première immersion, l'inflammation se limite déjà; la tension des tissus diminue sensiblement; la région est moins tuméfiée et les symptômes généraux s'apaisent; la fièvre tombe et, en général, dès le lendemain tout danger est conjuré; une collection ou plusieurs s'amasse, qu'on ouvre et au lieu de décollements étendus, de fusées purulentes, de clapiers, complication que les débuts de l'inflammation faisait redouter, tout se borne à un abcès circonscrit.

Mais il est des régions où cette immersion prolongée ne peut être obtenue que par certains artifices, et je veux insister maintenant sur la technique, très simple d'ailleurs, qu'il faut suivre pour le traitement des hémorrhoides, des prostatites et surtout des inflammations des organes génitaux de la femme, métrite et salpingite. Certes, la prétention serait excessive, de mettre à l'actif de ma pratique personnelle, le traitement des affections du petit bassin de la femme par l'eau chaude, car les injections à température élevée sont, depuis Emmet, entrées dans la pratique courante. Mais j'ai apporté à la technique des modifications qui me paraissent ignorées et qui cependant m'ont donné des résultats trop bons pour que je n'essaie d'en vulgariser l'emploi. Mais, avant de traiter ce point, parlons des hémorrhoides et des prostatites, les-

deux affections peut-être qui bénéficient le plus des applications de l'eau chaude.

Pour les hémorroïdes, Landowsky déjà avait vu que des bains de siège à une température élevée amenait une sédation des accidents, puis une guérison complète. J'y crois, mais dans des cas très légers, et encore pensons-nous que ce traitement ne fait que juguler la crise sans conjurer l'apparition d'accidents nouveaux. Aussi ai-je recours, non aux bains de siège, dont la température, sans être insupportable, ne saurait dépasser 42 à 45 degrés, mais aux lavements à haute température et aux lotions périméales soit avant la dilatation et pour la préparer, soit après, lorsque les veines s'échappent en trop grande masse par l'anus forcé. En effet, il nous est arrivé parfois de voir, après la dilatation, les hémorroïdes congestionnées passer au travers du fondement relâché et former, dans la rainure interfessière, des paquets du volume du poing. Des compresses de tarlatane imbibées dans l'eau chaude et appliquées sur la tumeur en diminuent la tension et les souffrances; puis les varices se flétrissent, et nous avons obtenu des guérisons sans recourir à une extirpation qui répugnait au malade; à tort, disons-nous, car l'extirpation telle que nous la pratiquons maintenant, en faisant, après l'excision, une réunion immédiate de la muqueuse intestinale à la peau marginale, est une intervention aussi efficace qu'inconnue.

Dans les inflammations de la prostate, il ne saurait s'agir d'extirpation, et le traitement à l'eau chaude est ici sans rival. Nous prescrivons des lavements à la température de 55 degrés. Le liquide remplit l'ampoule rectale où proémine la glande baignée, pour ainsi dire, dans ses deux tiers inféro-postérieurs. Cette méthode que nous avons imaginée nous a rendu les plus grands services; notre exemple, d'ailleurs, a été suivi et plusieurs de nos confrères nous ont envoyé des observations concordantes; des prostatites à phénomènes aigus, alarmants, ont été guéries par ce moyen, et, à nos observations personnelles, nous pouvons ajouter des faits de Brissaud, d'Arès et de Cazeau. Un fabricant d'instruments de chirurgie a même imaginé un petit appareil en métal creux, que l'on introduit dans l'ampoule rectale et que parcourt une veine d'eau chaude; la température peut rester constante et le liquide ne se refroidit pas comme le fait le lavement. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs spontanées s'apaisent, le ténesme vésical, les épreintes s'atténuent, la miction devient facile, le gonflement diminue, les pulsations artérielles sont imperceptibles et au bout de trois ou quatre jours la guérison est obtenue.

Et ce n'est pas seulement dans les prostatites aiguës que l'eau à haute température peut rendre des services; elle est fort utile encore dans les prostatites chroniques, lorsque la grande hypertrophie devient le siège de congestions fréquentes. Ceux que l'on appelle "les prostatiques" voient parfois, à l'occasion d'un refroidissement,

uissement subit, d'un excès de table, d'une course en voiture, d'une station assise trop prolongée, survenir une dysurie plus ou moins tenace, ou même une véritable rétention d'urine. Eh bien! j'ai vu ces accidents céder aux lavements à la température de 55 degrés, et j'ai cité ailleurs l'exemple d'un vieux général qui apprécie fin ce remède : dès que le cours des urines se suspend, son ordonnance prépare un lavement chaud qui fait cesser la rétention. J'ai pu aussi combattre, par le même moyen, l'intolérance vésicale; un de mes malades qui était souvent pris d'envies impérieuses qu'il lui fallait apaiser immédiatement, a vu, grâce à un cathétérisme bi-quotidien et aux lavements d'eau très chaude, l'urine reprendre son cours normal : notre client pisser facilement et peut attendre, pour le faire, un moment et un lieu propices.

C'est à ces mêmes lavements d'eau chaude, à la température de 55 degrés, que j'ai recours dans les affections congestives et inflammatoires des organes génitaux de la femme. Depuis fort longtemps, les avantages que présente l'eau chaude dans ces cas sont connus, et je rappelais plus haut que, depuis Emmet, cet usage est entré dans la pratique courante. Pour ma part, je la priserais depuis 1885 et j'ai même imaginé un irrigateur vaginal fort commode : pour prendre ses injections, la femme doit se mettre sur un billet, et l'eau qui pénètre dans le vagin en sort au fur et à mesure; pour les malades qu'une grande faiblesse retient au lit ou chez ou chez qui des hémorrhagies utérines s'opposent à tout mouvement, la séance d'irrigation est toujours fatigante; aussi je me sers, pour éviter tout inconvénient de ce genre, d'un spéculum en bois; l'orifice en est oblitéré par un bouchon en caoutchouc que traverse deux tubulures en verre; l'une de ces tubulures reçoit l'eau chaude d'un réservoir, ordinairement un simple seau, pendu au-dessus du lit et la fait pénétrer dans le vagin; l'autre tubulure prend cette eau dans le vagin et la conduit jusqu'à un récipient quelconque placé au pied du lit.

Cet appareil fort simple et que sans doute d'autres praticiens ont imaginé avant moi, et reinventeront après, permet aux femmes de prendre, sans fatigue, au lit, dans l'immobilité la plus complète, et avec la plus grande facilité, des irrigations fort longtemps continuées; il en est qui s'endorment pendant que dure l'injection. Et cependant j'ai renoncé à ce moyen si pratique, car j'ai définitivement renoncé à l'irrigation, qui me semble être — ou à peu près — l'application d'une simple erreur anatomique. On a pensé que le meilleur moyen d'atteindre l'utérus malade est la voie vaginale; c'est vrai pour le col, de beaucoup la partie la moins importante de l'organe, mais c'est inexact pour le corps et pour les vaisseaux qui l'abondent; on n'a qu'à faire le toucher rectal pour savoir quelle est la saillie de la matrice qui bombe dans l'ampoule; l'eau chaude que nous accumulons dans le rectum par un lavement, baignera les deux tiers environ, la surface postérieure, les

deux bords et le fond de l'utérus. Certes, nous ne bannissons pas les irrigations vaginales, mais, dans le traitement, elles nous paraissent n'avoir qu'une importance bien inférieure à celle du lavement.

La technique en est simple : tous les matins, une demi-heure avant de se lever, la malade doit avoir, sur une table de nuit, un irrigateur pouvant contenir au moins un litre de liquide. On le remplit d'eau dont la température, une fois le récipient réchauffé, doit être encore de 55 degrés. Il serait même bon, par des essais successifs, de savoir quelle est la température de l'eau, non dans l'irrigateur lui-même, mais lorsqu'elle arrive au bout du tuyau d'écoulement et de l'extrémité de la canule. La malade introduit la canule dans l'anus et ouvre le robinet, mais peu à peu, de façon à ce que l'intestin ne se révolte pas ; si des contractions trop énergiques se faisaient, ou même si l'on éprouvait une sensation de plénitude trop accentuée, on arrêterait l'écoulement, car il faut conserver le lavement au moins une demi-heure. Lorsque cesse la réaction de la paroi intestinale, on recommence, toujours avec les grands ménagements et l'on s'arrête lorsqu'on sent qu'on ne saurait dépasser, sans l'expulser, la quantité introduite déjà dans le rectum. Puis on demeure dans l'immobilité et, au bout d'une demi-heure, on se lève, on rend son lavement et la médication est terminée par une injection vaginale. On recommence ainsi chaque matin et parfois même chaque soir, jusqu'aux apparitions des règles pendant lesquelles la suspension des lavements est de rigueur.

Cette méthode si simple, que je combine toujours avec l'antiseptie vaginale et utérine, m'a donné de superbes résultats dans le traitement des métrorrhagies et des inflammations de l'utérus et des annexes.

Il en est de même dans les inflammations péri-utérines. La plupart des gynécologues ont eu des succès avec les injections vaginales d'eau chaude ; ils en obtiendraient de bien plus grands avec les lavements, ce que la physiologie, ou mieux l'anatomie nous explique suffisamment, l'utérus étant plus accessible par le rectum que par le vagin. Avant donc d'avoir recours à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale, opération excellente et à qui nombre de femmes doivent une véritable résurrection, il me paraît sage, néanmoins, d'y surseoir pendant quelque temps pour voir ce que donnerait le traitement rationnel au lavement chaud.

L'éminent conférencier cite à l'appui de ses dires, des observations de laparotomie et d'hystérectomie, différées et même jugées inutiles après l'application de ce traitement.

Il termine en concluant que l'eau, à la température de 50 à 55 degrés, est appelée à rendre en chirurgie des services inappréciables.—*Scalpel.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**De la conduite à tenir dans l'accouchement gémeilaire.**— Dans un travail sur ce sujet, le Dr MONTEIRO donne les indications suivant les différents cas qui peuvent se présenter.

Il y a deux modalités de la délivrance dans l'accouchement gémeilaire. Dans la première, chaque accouchement est suivi de son délivre. Ces cas sont très rares; sur 164 observations, nous n'en avons constaté que deux. Ce fait n'a lieu que lorsque les deux œufs n'ont entre eux aucune connexion.

Il faut bien se garder d'intervenir après le premier accouchement pour provoquer la délivrance, car le plus souvent le placenta étant unique ou bilobé, de cette intervention intempestive résulterait une hémorrhagie par décollement prématuré du deuxième placenta, qui mettrait en danger la vie du deuxième jumeau.

Dans la deuxième modalité, de beaucoup la plus fréquente, l'expulsion de l'arrièrefaix a lieu après les deux accouchements.

Il est souvent nécessaire de recourir aux tractions pour aider la délivrance. Dans ce cas, on se demande sur lequel des deux cordons il faut tirer. Hubert (de Louvain) n'autorise la traction que lorsqu'un des gâteaux placentaires se trouve dans le vagin; et dans ce cas il conseille de la pratiquer sur le cordon correspondant au placenta engagé ou bien encore sur les deux cordons roulés ensemble.

Avec P. Dubois et Dopaul, M. Tarnier conseille de tirer sur le cordon du deuxième enfant, "car c'est habituellement son placenta qui descend le premier dans le vagin". Mais il repousse les tractions sur les deux cordons enroulés, parce que l'on attirerait simultanément vers l'orifice utérin les deux placentas qui se gêneraient réciproquement pour le franchir.

Il convient, selon les conseils de M. Pinard, de ne provoquer que l'engagement d'un seul placenta à la fois en tirant sur le cordon du placenta qui s'engage ou tend à s'engager.

On dit que le pronostic est plus grave et pour la mère et pour l'enfant dans l'accouchement gémeilaire que dans l'accouchement simple.

Nous essaierons de voir s'il en est ainsi et nous appuyant sur la statistique de la clinique Baude, faite par M. Lepage.

Il y a eu, en 1892, 1,612 accouchements simples de 19 décès, ce qui nous fait 1 décès pour 85,21 accouchements, mortalité plus élevée qu'elle ne devrait l'être, parce que toute femme enceinte

est reçue quel de soit son état et qu'il en est qui succombent presque en arrivant.

Or, sur 164 accouchements gémellaires nous trouvons 2 décès, soit 1 décès sur 82 accouchements. Sur ces deux décès, un est dû à une rupture utérine survenue en dehors du service, faute de secours appropriés et donnés à temps.

La mortalité des femmes est donc, quand l'accouchement est bien surveillé, à peu près la même que dans l'accouchement simple. Cependant le pronostic de l'accouchement gémellaire, envisagé d'une façon absolue, est plus réservé. C'est ce qu'expliquent d'une part les complications qui peuvent survenir, soit pendant l'accouchement du second, cas assez fréquent, d'autre part les complications qui peuvent apparaître pendant la grossesse.

Toutefois les moyens dont dispose aujourd'hui l'accoucheur, lui permettent de se rendre maître de ces complications et d'atténuer la gravité du pronostic, comme on peut le voir en rapprochant cette statistique de celle de Clarke (de Dublin) dont la statistique donne 1 décès sur 44 accouchements.

Quant à la fréquence de l'hémorragie post-partum dans l'accouchement gémellaire elle ne nous a pas paru plus grande que dans l'accouchement simple. Le pronostic ne se trouve donc pas assombri de ce chef.

Pour les enfants; malgré tous les bienfaits de la couveuse, le pronostic reste encore mauvais. En effet, voici le tableau comparatif de la mortalité des enfants dans l'accouchement gémellaire et dans l'accouchement simple.

Mortalité pendant le travail : accouchement simple, 1 sur 59,7 ; accouchement double, 1 sur 51,83.

Mortalité après la naissance: accouchement simple, 1 sur 22,64; accouchement double, 1 sur 4,49.

Comme on le voit : 1<sup>o</sup> la mortalité pendant le travail est un peu plus forte dans l'accouchement gémellaire. 2<sup>o</sup> la mortalité des enfants après la naissance est beaucoup plus grande, dans l'accouchement gémellaire.

*A priori*, la mortalité des enfants pendant le travail devait être moindre, les fœtus étant plus petits; mais la conclusion donnée plus haut s'explique si l'on pense que les présentations irrégulières sont plus fréquentes que dans l'accouchement simple et que cette mortalité est plus grande pour le deuxième jumeau.

Dans l'accouchement gémellaire, la mortalité des enfants, prise en bloc, est de 1 sur 4,20. Comme nous le disons plus haut, le pronostic pour les enfants est donc sombre.

**De la mort subite chez les accouchées.**—La mort subite chez les accouchées peut dépendre de causes très diverses.

Au point de vue médico-légal, il est très important de savoir que, dans beaucoup de cas, il est impossible de trouver à l'autop-



sie une lésion capable d'expliquer l'accident. Une injection intra-utérine faite avec le plus grand soin, poussée sans la moindre violence, peut être suivie d'une syncope mortelle. Dans des cas réunis par M. Bonvalot, les liquides employés étaient la teinture d'iode, le perchlorure de fer, le sulfate de cuivre, et l'autopsie n'a rien montré de particulier.

Une syncope mortelle peut survenir pendant le travail sans la moindre provocation (Gelis) ou consécutivement à une simple injection vaginale. Lorain, faisant une injection avec une seringue de verre chez une femme atteinte de vaginite, vit sa malade succomber brusquement. Le contact d'une canule introduite dans le col dans un but criminel et sans qu'aucune injection ait été faite, a encore pu entraîner une syncope fatale, et le simple toucher vaginal a été, dans un cas, suivi de cet accident.

Même, lorsque la mort ne survient pas, les différentes manœuvres que nous venons d'énumérer sont parfois suivies de phénomènes graves : pertes de connaissance prolongées, accidents convulsifs, etc.

Il est évident que, dans les faits de ce genre, il s'agit de phénomènes d'inhibition, c'est-à-dire "d'un acte en vertu duquel une propriété ou une activité, et secondairement une fonction ou une simple action, disparaît complètement ou partiellement, soudainement ou très rapidement, pour toujours ou temporairement, dans une ou plusieurs parties de l'organisme, à distance d'un point irrité du système nerveux."

La syncope succède, du reste, parfois à des phénomènes qui l'expliquent parfaitement, tels que hémorragies graves, des douleurs très vives, une opération obstétricale de longue durée.

M. Vinay, qui a récemment consacré un mémoire important à l'étude du sujet qui nous occupe, attribue une grande importance comme cause de mort subite à l'embolie de l'artère pulmonaire et du cœur droit. La coagulation veineuse, qui est l'origine de l'embolie, se produit habituellement dans les cas où il se fait une injection légère; chez certains malades, cependant, il n'est pas survenu le moindre phénomène de septicémie pouvant entraîner la formation de thromboses, et on ne peut guère invoquer, pour l'expliquer, que l'anémie tenant à la grossesse, à des hémorragies, etc. Fréquemment, des petites embolies se font dans le poumon avant qu'un caillot ne vienne obturer un vaisseau volumineux; on voit alors se produire de petites syncopes, des accès dyspnéiques, des points de côté subits dont la valeur pronostique est grande.

Ehrendorfer a vu la mort être causée par des thromboses simples, non inflammatoires, de sinus. Le même auteur a insisté sur la fréquence relative de la dégénérescence graisseuse du cœur comme cause de mort subite pendant l'accouchement ou la période puerpérale. D'une façon générale, M. Vinay pense que l'on a

exagéré le danger des affections valvulaires bien compensées lorsqu'une gestation survient, mais il considère aussi la dégénérescence cardiaque comme très grave.

La mort subite succède parfois à l'introduction de l'air dans les sinus utérins. Cet accident peut se produire à la suite d'explorations vaginales trop fréquentes, et surtout lorsque la main est introduite dans l'utérus pour pratiquer une version ou une délivrance artificielle. Quelquefois, les accidents sont transitoires, mais si la quantité d'air qui pénètre est un peu considérable, on voit survenir les symptômes de l'embolie pulmonaire grave et la malade succombe.

Enfin, la mort peut encore survenir par suite de causes qu'il nous suffira d'énumérer : hémoptysie et hématoméses foudroyantes; hémorrhagie utérinale ou méningée avec ou sans éclampsie; épanchement pleurétique, etc., etc.

Nous attirons spécialement l'attention sur les cas de mort par inhibition. L'expert ayant à faire un rapport sur un fait de ce genre devra bien savoir que l'accident peut survenir indépendamment de toute faute du médecin ou de la sage-femme.—*Union Médicale.*

**De la palpitation des ovaires normaux, PAR HOWARD A. KELLY.**—L'auteur commence par déclarer que la méthode poursuivie par les gynécologues a manqué, jusqu'à ces derniers temps, de logique. Avant d'avoir une idée très nette sur les rapports et la structure intime des ovaires, on pratiquait des opérations qui n'étaient guère justifiées; des follicules d'ovaires normaux et des trompes présentant de petites papules étaient exhibés, dans les Sociétés savantes, comme des preuves éclatantes de l'habileté chirurgicale moderne.

Il va de soi que la gynécologie ne devient réellement scientifique qu'à la condition de tenir ses procédés de l'anatomie et de la physiologie normales.

La palpitation est le seul moyen qui nous permette de nous rendre compte de la situation des ovaires sur le sujet vivant. À l'état normal, l'ovaire peut toujours être senti par le palper combiné.

En pratiquant le simple toucher vaginal, l'ovaire ne peut être senti, à moins qu'il ne soit déplacé d'une façon anormale; on peut alors le découvrir en pressant immédiatement derrière le col. Il se présente sous forme d'un petit corps arrondi, élastique, du volume de la dernière phalange du pouce. Si l'on essaie de sentir, avec un doigt, l'ovaire dans sa situation normale, on échoue généralement; car, à peine touché, il fuit sous la pression et se déplace.

On a trois voies pour examiner l'ovaire normalement suspendu en haut, dans l'épaisseur de l'aileron postérieur du ligament large :

1<sup>o</sup> La simple exploration bimanuelle des organes *in situ*, par le vagin ou le rectum, et les parois abdominales;

2o L'exploration bimanuelle par les mêmes voies, mais avec l'utérus antéfléchi ou mis artificiellement en rétroposition ;

3o L'exploration trimanuelle, mais avec l'utérus en prolapsus artificiel.

*Examen bimanuel simple.*—Le succès de cette exploration dépend de la facilité avec laquelle on déprime la paroi abdominale.

La pression doit être exercée sur la partie de la paroi qui est directement superposée à l'ovaire, et continuée en bas, en dedans et en avant. La main placée à l'extérieur ne sent pas l'ovaire ; elle ne doit rien faire d'autre que de suppléer, par la pression, au manque d'un plan résistant, prévenant ainsi l'échappement en haut ou le glissement de côté de l'ovaire, poussé par le doigt placé dans le vagin. Pendant que l'une des mains déprime la paroi abdominale de haut en bas dans la direction de l'ovaire, l'index de l'autre main est profondément introduit dans le cul-de-sac du vagin, du côté correspondant à l'autre main.

La main placée dans le vagin refoule le cul-de-sac en haut en dehors de 2 à 4 centimètres ; en même temps le périnée et l'orifice vaginal sont fortement refoqués dans le bassin, ce qui rend le vagin notablement plus court de 4 à 6 centimètres. Produire cette invagination du détroit inférieur musculaire n'est pas chose facile et exige une main exercée et souple.

Si l'utérus est en antéflexion, on trouvera souvent l'ovaire en avant du col, et, dans cette position, il peut être facilement soumis à l'examen. En dirigeant le doigt vaginal, tantôt dans une direction, tantôt dans une autre, et en faisant suivre la à main qui palpe des mouvements analogues, on arrive à bien dessiner les contours de l'organe.

Si les parois abdominales sont par trop résistantes, trop rigides, et ne permettent pas à la main placée de les réprimer à l'encontre de la main ou plutôt du doigt qui touche ; si le vagin est particulièrement profond ou la femme trop nerveuse, il est bon de pratiquer l'examen sous le chloroforme qui le facilite d'une façon singulière.

*Toucher rectal.*—Tandis que le doigt introduit dans le vagin est arrêté par les culs-de-sac, celui-ci, qui se trouve dans le rectum, est absolument libre. Après avoir évacué l'intestin, le doigt bien huilé est introduit dans l'anus et conduit en haut derrière l'utérus. Habituellement, l'exploration ne présente guère de difficulté ; quelquefois, cependant, le doigt s'embarrasse dans les nombreux plis très lâches qui se trouvent immédiatement au-dessous du troisième sphincter, et ne peut pénétrer dans le petit orifice. On doit, néanmoins, le rechercher doucement et patiemment. Lorsqu'il est trouvé, le doigt pénètre rapidement dans un large espace sans limites. Là, toute la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges est exposée au toucher.

C'est alors que commence l'examen bimanuel. La main placée

sur les parois abdominales les déprimera, autant que faire se pourra, dans la direction du doigt rectal.

On reconnaîtra l'ovaire à sa forme arrondie; avec un peu d'attention, on arrive à se rendre même compte de tous les détails particuliers qui intéressent l'organe et, notamment, de l'existence des adhérences.

*Exploration bimanuelle, l'utérus ayant été placé artificiellement en rétroposition.*—Il arrive parfois que, avec les efforts les mieux dirigés, il est impossible d'examiner la totalité de la face postérieure de l'utérus et des ovaires. Quel qu'en soit la cause, que ce soit une antéflexion exagérée, une rigidité par trop grande du périnée, une étude satisfaisante ne peut être faite que par la manœuvre suivante :

Les doigts de la main qui palpe sont poussés derrière la symphyse, le fond de l'utérus est alors saisi et déplacé d'avant en arrière. Si l'on échoue à cette première tentative, on introduit un ou deux doigts de l'autre main dans le vagin, et les glissant suivant la face antérieure de l'utérus, on essaie de combiner le mouvement de rétroimpulsion avec celui que les doigts placés sur la paroi abdominale exécutent dans le même sens.

Si, avec un utérus ainsi repoussé, on introduit le doigt très haut dans le rectum, la netteté avec laquelle on sent la face postérieure du fond de l'utérus et une partie de la face antérieure, égale, au point de vue pratique, l'examen digital d'un utérus mis à nu par une incision abdominale. De cette façon, l'auteur a découvert deux corps fibreux, du fond et de la face postérieure de l'utérus, dont l'un était à peine gros comme un pois.

Mais, dans certaines circonstances, la découverte de l'ovaire devient très difficile; par exemple, lorsqu'il est très petit ou lorsque cet organe se trouve englobé dans un exsudat inflammatoire, ou comme soudé à l'extrémité abdominale de la trompe.

Un bon moyen pour se reconnaître au milieu des organes qui se trouvent dans le petit bassin, c'est de suivre les ligaments utéro-ovariques que l'on distingue très nettement, comme des cordons proéminents de chaque côté de la face postérieure du ligament large et se dirigeant vers le fond de l'utérus.

À 1 centimètre et demi ou 2 centièmes et demi de la corne utérine, on trouve l'ovaire. Si ce corps se délimite mal, s'il est peu mobile, il devient établi que l'ovaire est englobé dans un tissu inflammatoire. Le ligament ovarique correspond au bord supérieur du ligament large. À 1 centimètre et demi au-devant de lui, on sent rouler sous les doigts la trompe; le plus léger gonflement rendra le palper encore bien plus facile. C'est ainsi que l'auteur a eu un jour l'occasion de faire un diagnostic d'hydrosalpingite, alors que le liquide, dans la trompe, ne dépassait pas 4 centimètres cubes.

*Exploration trimanuelle, l'utérus étant en prolapsus artificielle.*— Au moyen d'une pince de Museux, on attire l'utérus de façon à apercevoir le col à l'orifice vaginal, et l'on confie cette pince à un aide. L'opérateur pratique alors l'examen à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum et d'une main placée sur la paroi abdominale.

La facilité avec laquelle on atteint l'utérus et les annexes est bien plus grande qu'avec les autres méthodes.

Pour ne pas avoir recours à un aide, on peut tenir la pince fixée entre le pouce et les derniers doigts pendant que l'on explore l'excavation avec l'index.— *Gazette de Gynécologie.*

---

## PÉDIATRIE.

---

**Traitement local de l'incontinence d'urine chez les enfants,** par M. Pousson, in *Journal de médecine de Bordeaux.*— L'incontinence d'urine affecte chez les enfants des formes variables. Lorsqu'on pratique chez eux l'examen méthodique des voies urinaires au moyen d'une bougie à boule, on voit qu'ils sont parfois porteurs de lésions fonctionnelles ou organiques en rapport avec les troubles symptomatiques; d'autres fois, on ne trouve aucune lésion. On a pu décrire à l'incontinence d'urine infantile trois formes pathogéniques: 1. La forme par atonie du sphincter; 2. l'irritabilité vésicale de Trousseau, sans aucune altération du sphincter; 3. l'irritabilité de la portion membraneuse de l'urètre ou contracture du sphincter.

Comment expliquer dans ces cas l'incontinence d'urine? L'atonie du sphincter se définit d'elle-même; l'irritabilité vésicale avec intégrité du sphincter, que décrivait Trousseau et qu'il traitait par la belladone, se comprend aisément; mais, dans la contracture du sphincter, l'incontinence d'urine semble paradoxale. M. Janet en donne cette ingénieuse pathogénie: les enfants atteints de cette incontinence d'urine sont des nevropathes, des émotifs, préoccupés tout le jour de leur fonction urinaire, interrompant à chaque instant leurs jeux et travaux pour uriner, polyuriques et pollakiuriques. Cette obsession urinaire ne les quitte pas la nuit: lorsqu'ils dorment profondément, ils rêvent et mêlent à leurs rêves l'envie d'uriner, comme ils la mêlent dans le jour à leur jeux (rêve mictionnel.)

Dans ces diverses formes, les divers traitements médicaux ne sont pas à négliger. Mais quand ils ont échoué, il faut recourir au traitement local, qui agira par excitation sphinctérienne.

L'indication de ce traitement, plausible dans l'atonie sphinctérienne, paraît paradoxale dans la contracture.

M. Janet continuant sa théorie, expose que si on détermine une sensibilité nette au niveau de la partie membraneuse, les enfants pourront être avertis au moment du passage de l'urine et peu à peu s'habituer à ne plus laisser échapper l'urine, qu'ils ne perdront plus inconsciemment.

Les courants induits sont les plus employés aujourd'hui. On introduit dans le canal une petite bougie revêtant un fil métallique conducteur, terminé par une olive qui reste nue au niveau de la partie sphinctérienne et l'on fait passer un faible courant. Cette opération, prolongée pendant quelques minutes et renouvelée quotidiennement, donne au bout de quelques jours une amélioration.

L'auteur a employé ce procédé plusieurs fois et surtout dans sept cas d'incontinence ayant résisté à tous les traitements médicaux usuels. Parmi les sept malades était une jeune fille qui fut guérie assez vite; l'auteur signale ce fait, parce qu'on a nié l'efficacité du traitement local chez la femme.

Six sur sept avaient de l'incontinence par atonie sphinctérienne; chez eux, la guérison n'avait rien de surprenant. Le septième était atteint de contracture sphinctérienne, c'était un vrai névropathe, de fait et d'hérédité. Tous furent guéris rapidement.

Ces faits contribuent à mettre en lumière l'excellence du traitement local.

**Traitement de la diarrhée infantile par l'acide phénique,** par TOMKINS, in *British Medical Journal*.—Dans la diarrhée épidémique avec garde-robes fétides, ainsi que dans la dyspepsie flatulente fétide, l'auteur a obtenu de très bons résultats en administrant à l'intérieur de l'acide phénique, à la dose de une goutte dans 30 grm. d'eau.

**Un traitement du choléra infantile,** par GROSS, de New-York. —A la période du début, période fébrile, à laquelle il n'y a pas encore de vomissements ni de diarrhée, mais où l'on observe souvent des convulsions dues à l'hyperthermie, G. donne tout d'abord un lavement avec un litre à un litre et demi d'eau fraîche et fait faire une lotion sur tout le corps avec de l'alcool additionné de son volume d'eau glacée. Ces moyens réussissent souvent à enrayer l'hyperthermie et les convulsions. S'ils se montrent insuffisants, G. n'hésite pas à administrer l'antipyrine à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 50 centigr., ce qui suffit pour supprimer immédiatement les convulsions et abaisser la température. L'enfant s'endort d'un sommeil calme accompagné d'une transpiration abondante.

Le traitement ultérieur consiste en une diète sévère, en irrigations de l'intestin, et dans l'administration du calomel.

Pendant les vingt quatre heures qui suivent l'accès convulsif et fébrile, le lait est absolument interdit, qu'il s'agisse du lait de la nourrice ou du lait de vache. On donne à l'enfant un peu de décoction d'orge, de l'eau bouillie sucrée et du thé léger, le tout par petites quantités, fréquemment répétées. Toutes les douze heures, on fait une irrigation de l'intestin avec un litre à un litre et demi d'eau salée à 1%. enfin on fait prendre successivement six paquets de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr. de calomel, à raison d'un paquet toutes les deux heures.

Grâce à ce traitement, on réussit dans la majorité des cas à enrayer la maladie. Au bout de 48 heures, on peut donner le sein. Quant aux enfants soumis à l'alimentation artificielle, il est bon d'attendre encore deux ou trois jours avant de leur faire prendre du lait.

Lorsqu'il s'agit d'un choléra infantile déjà arrivé à son plein développement, G. prescrit encore la diète, avec cette différence qu'il y ajoute du café noir en petite quantité. Il fait aussi pratiquer les lavages de l'intestin à l'eau salée plus fréquemment, toutes les trois à quatre heures, et prescrit des paquets dont voici la formule :

Calomel ....	0 gr. 005 à 0 gr. 015 milligr.
Salol.....	0 — 10 à 0 gr. 20 centigr.
Sucre.....	0 — 30 centigr.

Mêlez. — Pour un paquet : faites six paquets semblables.

A prendre : un paquet toutes les deux heures.

Lorsque l'enfant a pris les six paquets de calomel et de salol, on lui en administre d'autres qui ne contiennent que du salol aux doses sus-indiquées. On prescrit, en outre, le mélange ci-dessous formulé :

Acide chlorhydrique médicinal .....	15 grammes.
Pepsine.....	4 —

F. S. A. — A prendre : 2 ou 3 gouttes dans de l'eau bouillie, quatre fois par jour.

Si les vomissements et la diarrhée ne cessent pas dès le second ou le troisième jour de ce traitement, on aura recours aux lavages de l'estomac pratiqués une fois par jour avec une solution très faible d'acide chlorhydrique, et, contre la diarrhée, aux irrigations de l'intestin avec une solution de tannin à 1 0/0, irrigations qui doivent toujours être précédées d'un lavement évacuant.

Le sein ne pourra être donné qu'après la cessation complète des vomissements et une diminution considérable de la diarrhée. Chez les enfants soumis à l'alimentation artificielle, on ne commencera l'usage du lait qu'après la disparition presque complète de tous les symptômes morbides.

Appelé près d'un enfant qui se trouve déjà dans l'état de collapsus G. fait immédiatement un lavage de l'estomac avec une solution chaude et très faible d'acide chlorhydrique et prescrit toutes les trois ou quatre heures des irrigations de l'intestin avec l'eau salée. Enfin il instille sur la langue de l'enfant quelques-uns des excitants utilisés en thérapeutique infantile.—*Rev. des m. de l'enfance.*

**L'exalgine dans la chorée**, par DANA, in *Journ. of Nerv. and Ment. diseases.*—L'auteur, l'exalgine exerce une action spécifique dans la chorée de Sydenham subaiguë, mais n'influe en rien sur la marche de la chorée chronique ni de la grande chorée. Essayée dans 16 cas de chorée ordinaire, elle a permis d'obtenir la guérison de certains cas dans 10 jours; dans les cas tenaces, rebelles à tout traitement, à celui par l'arsenic y compris, la guérison ne demandait jamais plus de 5 semaines.

L'auteur donne l'exalgine par cachets de 0,12 centigr., à prendre 3 cachets le premier jour, 4<sup>le</sup> second, 5 le troisième; à partir du quatrième jour, on fait prendre tous les jours 5 cachets de 0,18 centigr. Dans ces conditions, et avec un dosage aussi prudent, on se met à l'abri de l'anémie et de la cyanose que l'exalgine provoque quelquefois. L'exalgine donne bien lieu à un certain état de faiblesse musculaire, mais l'auteur dit n'avoir jamais observé chez les malades traités par l'exalgine, de salivation, ni de paresthésie, ni de phénomènes de dépression ou d'excitation. Il est bon d'associer l'exalgine au fer et au quinquina.

**Traitement de la chorée et de l'incontinence nocturne d'urine par les injections du suc testiculaire**, par DEXDIER, in *Lyon médical*—L'auteur publie 5 observations de chorée et 3 d'incontinence nocturne d'urine, chez les enfants traités par les injections de suc testiculaire. Dans un cas de chorée, l'amélioration a pour ainsi dire été instantanée et la guérison complète après 7 injections. Dans trois autres cas, on a pu constater une amélioration après la 3<sup>e</sup> injection; mais la guérison n'est survenue qu'au bout de trois semaines à un mois de traitement. Enfin, le cinquième cas s'est montré absolument rebelle au traitement.

Quant à l'incontinence d'urine, chez un enfant chaque injection supprimait l'incontinence dans la nuit qui suivait, mais dans celle-là seulement. Dans un autre cas, un enfant de 5 ans a été radicalement guéri de son incontinence, rien que par la peur d'une injection qu'on devait lui faire. Enfin, un troisième enfant fut pris peu de temps après l'injection de phénomènes nerveux assez alarmants (lipothymies, douleurs abdominales, vomissements, etc.), de sorte qu'on n'osa pas lui en faire d'autres. L'enfant est resté huit jours sans uriner au lit, puis il a recommencé.

Dans tous ces cas d'incontinence, la suggestion ou la peur paraissent avoir joué un rôle important.



Sauf l'enfant dont il vient d'être question, tous les autres ont très bien supporté les injections dont la dose était d'un demi-centimètre cube. Comme phénomène accessoire, on notait seulement un peu de douleur et d'inflammation au niveau de la piqûre.

**Traitement de la diphtérie par les injections de sérum.** par BEHRING, BOER et KOSSEL.—Le travail des auteurs comprend deux parties bien distinctes: Une de bactériologie pure où les auteurs décrivent leurs procédés d'immunisation des animaux, la façon d'obtenir un sérum à action maxima, les expériences sur les animaux, etc. La seconde est consacrée à l'étude de l'action des injections de sérum antitoxique chez des diphtéritiques. Dans notre analyse nous n'aurons en vue que la seconde partie du travail.

Sur 11 enfants diphtéritiques traités par les injections de sérum, 9 guérirent. Sur les 9 enfants qui ont guéri, 7 ont eu des fausses membranes sur les amygdales, et parmi eux, 1 présentait en même temps de la sténose laryngée, 3 de l'obstruction des fosses nasales par des sécrétions purulentes, 3 de l'écoulement de l'oreille. Chez 2, la diphtérie de la gorge était peu marquée, mais ils présentaient des accès de suffocation qui ont nécessité la trachéotomie aussitôt après leur arrivée à l'hôpital; l'un d'eux avait de plus une diphtérie nasale.

Sur les 9 enfants qui ont guéri, un seul avait de l'albuminurie.

Chez les deux enfants qui ont succombé, la mort est survenue dans les conditions suivantes:

L'un, un enfant de 4 ans, a été reçu avec une diphtérie étendue de la gorge et du nez, de l'albuminurie, de la fièvre et un mauvais état général. Après la première injection, l'état local s'améliora, la fièvre tomba, tout en oscillant autour de 38°; cet état resta tel quel pendant quelque temps, puis survint de l'œdème de la face, de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, puis de la paralysie cardiaque qui emporta le malade.

A l'autopsie, on ne trouva ni fausses membranes ni bacilles de Löffler à l'examen bactériologique des organes); en revanche, une dégénérescence graisseuse considérable du foie, des reins et du cœur. Il faut donc admettre qu'il existait une infection secondaire, une streptococcémie.

Dans le second cas qui s'est terminé par la mort, l'enfant, âgé de 3 ans, est arrivé avec une diphtérie peu accusée de la gorge, mais avec des phénomènes d'asphyxie tels que la trachéotomie fut faite d'urgence. La forme des fausses membranes expulsées par la canule, montrait l'envahissement des voies respiratoires inférieures. Les jours suivants, diphtérie de la plaie, et mort 4 jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva de la diphtérie des bronches, de la tuberculose pulmonaire et des ganglions bronchiques.

Dans tous les 11 cas, les injections étaient faites au-devant des muscles pectoraux, à la dose de 10 à 20 c. c. Quelquefois, une seule injection suffisait; dans d'autres cas, l'injection était répétée une ou deux fois. La réaction locale est nulle sauf un peu de douleur qui disparaît au bout de 24 heures.

Quant à l'action des injections sur les fausses membranes, sur la façon dont celles-ci se détachent, elle n'a pu être constatée vu le petit nombre d'observations. Pour juger l'effet curatif de ces injections il est également nécessaire d'avoir à sa disposition une statistique plus fournie. Ce qu'on peut affirmer dès à présent, c'est que ces injections n'exercent pas une influence fâcheuse sur l'organisme, et que, d'un autre côté, chez ces enfants la marche de la diphtérie a eu des allures peu graves.

**Le lab-ferment dans le suc gastrique des nourrissons.** par SZYDLOWSKI. — L'auteur a repris les recherches de V. Puteren, Léo, Raudnitz sur la présence du lab ferment dans l'estomac des nourrissons, en modifiant un peu la technique. L'estomac n'était pas lavé avant l'extraction avec une sonde molle du suc gastrique; le suc n'était pas filtré, l'auteur ayant remarqué que le lab-ferment était en quelque sorte emprisonné entre les caillots et les flocons qu'on trouve dans le liquide retiré de l'estomac.

Ces recherches faites sur 50 nourrissons ont toujours donné des résultats positifs au point de vue de la présence du lab-ferment. Le ferment existait déjà à la naissance des enfants et même chez des enfants nés avant terme, et pouvait être révélé aussi bien à jeun qu'aux diverses phases de la digestion.

La réaction du suc gastrique n'avait aucune influence sur la présence du lab-ferment, et ce dernier se trouvait dans le suc gastrique contenant ou ne contenant pas de HCl, qu'il fut acide, alcalin, ou neutre.

Le développement physique de l'enfant, son état de santé, la nature des aliments (lait de vache, lait de nourrice, aliments solides), n'exerçaient aucune influence sur la présence du lab ferment, et ce dernier existait dans l'estomac des nourrissons atteints de troubles gastriques ou gastro-intestinaux graves.

Le lab ferment agit d'une façon différente sur le lait de femme et le lait de vache. *In vitro*, l'addition d'une petite quantité de ce ferment au lait de vache provoque une coagulation en masse compacte du liquide; pour obtenir la même caséification avec du lait de femme, il faut l'additionner encore d'une petite quantité d'acide. Si l'on fait un mélange de lait de vache et de lait de femme, la coagulation sous l'influence du lab-ferment ne se fait plus sous forme de caillots, mais sous celle de flocons séparés.

Le mode de coagulation des deux laits dans l'estomac des nourrissons exerce une certaine influence sur l'absorption de la graisse du lait. Le lait de femme se coagulant dans l'estomac

des nouris-sous sous forme de petits flocons, le petit lait que l'on obtient par filtration du contenu stomacal renferme bien plus de graisse que celui du lait de vache qui, dans les mêmes conditions, se présente comme un liquide clair, presque transparent.

**Processus normal de la digestion chez les enfants**, par E. MENSI. — D'analyses de suc gastrique faites sur onze enfants, l'auteur conclut que, chez les enfants bien portants de trois à cinq ans, le suc gastrique a une réaction acide au tournesol, réagit sur le papier du Congo et sur le liquide de Gunsburg, mais n'agit pas sur le réactif d'Uffelmann; l'acidité totale varie de 0,4284 à 2,7948 0 00 avec une moyenne de 1,6009; le chlore total varie de 2,6057 à 5,4315 avec une moyenne de 3,85575; l'acide chlorhydrique existe presque toujours en quantité faible, mais peut faire défaut exceptionnellement; sa quantité varie de 0,0367 à 1,027 avec une moyenne de 0,1941; la quantité de chlore organique varie de 0,4404 à 3,3303 avec une moyenne de 1,94042; la quantité des chlorures fixes varie de 1,0643 à 2,3488 avec une moyenne de 1,75253; la valeur de *a* varie de 0,448 à 0,968 avec une moyenne de 0,7416. Comparées aux résultats obtenus chez les enfants rachitiques, les valeurs T, C, F diffèrent peu; les valeurs H et A sont un peu plus différentes et la valeur *a* est très différente.

La valeur élevée de *a* chez les rachitiques montre qu'il se produit chez eux des acides provenant d'une fermentation anormale; aussi l'administration de la chaux dans le rachitisme est-elle rationnelle, parce que cette substance neutralise les acides, alors même qu'on n'admet pas l'efficacité pour ainsi dire spécifique des sels de chaux et surtout des phosphates sur les lésions du rachitisme.

---

**Un remède populaire contre la malaria.**—Nous trouvons la formule de ce remède dans un article de la *Revue des Deux Mondes* sur la campagne de Rome: "Prenez un citron frais, coupez-le en branches minces, en conservant l'écorce, et mettez le bouillir dans trois verres d'eau, dans une marmite de terre, mais une marmite qui n'ait jamais servi à aucun autre usage. Quand le liquide sera réduit des deux tiers, passez-le à travers un linge, pressez le résidu, et laissez refroidir une nuit entière. La science n'explique pas comment la liqueur a besoin d'une nuit complète de repos pour devenir souverainement active. Mais elle le constate après les générations d'ignorants qui lui ont livré le secret. Les fièvres les plus rebelles sont souvent vaincues par ce consommé de citron, dont, à défaut de l'autre, les plus pauvres ne manqueront jamais en pays italien."

## FORMULAIRE.

**Asthme.**

P.—Éther .....	1 once
Essence de térébenthine.....	4 drachmes
Acide benzoïque .....	4 “
Baume de tolu.....	2 “

M.—En inhalation durant l'attaque.—*The Doctor.*

**Coqueluche.—Dr Burton-Fanning.**

P.—Bromoforme.....	1 minime
Poudre d'adraganthe comp .....	$\frac{1}{2}$ drachme
Sirop simple.....	$\frac{1}{2}$ “
Eau.....	q.s. pour f. $\frac{1}{2}$ once

M.—*Dose* : Pour un enfant au-dessous d'un an, on donne  $\frac{1}{2}$  minime. De un an à trois ans, 1 minime. De trois à six ans, 2 minimes. Toutes ces doses se donnent trois fois par jour, et avec les précautions nécessaires on peut les doubler.—*Boston Medical and Surgical Journal.*

**Névralgie.**

P.—Acétanilide.....	1 grain
Quinine .....	1 “
Cocaine.....	$\frac{1}{16}$ “

M.—Pour une pilule, à prendre toutes les heures.

**Constipation chronique.**

P.—Aloïne .....	4 grains
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{4}$ grain
Extrait de belladone.....	$1\frac{1}{2}$ “
Poudre d'ipéacac.....	6 grains

M.—Divisez en 12 pilules. *Dose* : Une pilule le soir, au coucher.

**Urétrite.—Harwitz.**

P.—Acétate de plomb.....	30 grains
Sulfate de zinc.....	16 “
Extrait fluide de ratanhia .....	4 drachmes fl.
Teinture d'opium.....	3 “ “
Eau distillée .....	q.s. pour f. 6 onces

M.—*Mode d'emploi* : En injection intra-urétrale après chaque miction.—*College and Clinical Record.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

---

MONTREAL, NOVEMBRE 1893.

---

## BULLETIN.

### Bureau Provincial de Médecine.

QUÉBEC, 27 Septembre 1893.

L'Assemblée semi annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu mercredi, le 27 septembre 1893, dans les salles de l'École de Médecine de l'Université Laval, Québec.

En l'absence de M. le Président, l'honorable Dr. J. J. Ross, indisposé, M. le Dr. L. J. A. Simard, vice-président pour Québec, prend le fauteuil à dix heures précises. Les Gouverneurs présents sont : MM. les docteurs F. W. Campbell, vice-président pour Montréal, A. G. Belleau et A. T. Brosseau, secrétaires, A. Dagenais, trésorier et J. M. Beausoleil, registraire, A. Vallée, W. A. Verge, C. S. Parke, A. A. Watters, Léonidas LaRue, C. E. Lemieux, Côme Rinfret, L. T. E. Rousseau, P. M. Guay, Alfred Morissette, J. M. McKay, R. Craik, J. B. McConnell, l'honorable D. Marsil, J. B. Gibson, P. Cartier, R. Latraverse, H. Cholette, P. J. L. Bissonnette, F. Paré, Thos. LaRue, F. J. Austin, E. C. P. Chèvrefils, L. A. Plante.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et adoptées, à l'exception qu'il est résolu d'ajouter les mots "pas assermenté" vis-à-vis le nom de M. Lucien Miller, gradué, qui y est inscrit comme ayant eu sa licence, le Dr. Beausoleil, registraire, l'ayant encore en sa possession.

Lues des lettres d'excuses de l'honorable Dr. J. J. Ross et du Dr. J. H. L. St. Germain regrettant de ne pouvoir assister à cette assemblée, vu qu'ils sont indisposés.

Comme certains membres du Bureau avaient suggéré que les

examineurs pour l'examen préliminaire se réunissent quelques jours d'avance pour s'entendre sur les questions à poser à l'examen, fût lue une lettre du Révérend M. Laflamme, demandant l'avis du Bureau à ce sujet; il fut décidé que cette réunion n'était pas nécessaire.

M. le Dr. J. B. McConnell est nommé membre du Bureau, comme représentant la faculté de médecine du Collège Bishop, en remplacement du Dr. Jas. Perrigo démissionnaire.

Les rapports des assesseurs de l'Université Laval (Québec et Montréal) sont lus et adoptés.

Le rapport des examineurs pour l'examen préliminaire est lu et adopté; sur trente-et-un candidats qui se sont présentés, dix ont été admis. Voici leurs noms: MM. J. H. L. Pagé, W. S. Picotte, A-lton Kerr, Edgar Cassegrain, Arthur Lucier, D. Romuald Picard, Oswald H. Létourneau, Fred. H. Wainright, Wm. Kerr Brown et Jos. Emile Arthur Poliquin.

Les Bacheliers suivants sont admis à l'étude de la médecine, après avoir été assermentés sur leurs diplômes respectifs: MM. Alfred Simard, B.L., C. Eugène Parrot, B.S., Wilfrid Lamy, B.S., Achille Comptois, B.A., Henri LaRue, B.S., François Honoré Pelletier, B.A., Achille Boisvert, B.A., Henri Lafleur, B.S., Joseph Pageau, B.S., Marc Trudeau, B.L., Arthur Poirier, B.A., Elias Groulx, B.L., George Cartier, B.S., F. X. Massicotte, B. A., Calixte Ethier, B.L., Ernest Primeau, B.S., F. X. Duplessis, B.S., Olivier Tourigny, B.S., H. Lennon, B.A., L. J. A. Noiseux, B.S., Elzéar Deguire, B.S., Hormidas Deschambault, B.L.

Lu le rapport du comité de créances, recommandant d'accorder la licence aux gradués suivants qui la reçoivent, après avoir prêté serment sur leurs diplômes respectifs:

*Université Laval, Québec:* Michel Thomas Blais, Louis Alfred Fréchette, F. X. Jules Dorion, Gustave Bacon, Joseph Eugène Mathieu, Albert Alphonse Jobin.

*Université Laval, Montréal:* Aurèle Nadeau, Francis Plourde, Jos. George Elzéar Laville-Déchêne, E. R. T. LaRue, L. O. Bour-nival, J. T. Arthur Gauthier, Isidore Laviolette, Henri Lesage, L. Z. Lajoie, L. A. Lacombe, O. C. Milot, G. E. Landry, F. X. Renaud, G. C. F. Schiller, Jules Jehin-Prume, A. H. Denis, Victor Geoffrion, Pierre Barrette, J. E. Gervais, R. Dazé, Zénophile Beauchamp, J. P. Gagnon, Eugène Lafontaine.

*Université McGill:* J. W. A. Séguin, J. W. Lawrence, T. P. Shaw, J. A. Henderson, W. I. Deeks, P. H. Phillemore.

*Université d'Edimbourg:* Walter Scott.

Sur motion du Dr Dagenais, secondée par le Dr Guay:

Il est entendu que M. F. X. Lemoyne DeMartigny pourra se faire assermenter sur présentation de son diplôme de docteur en médecine de l'Université Laval à Montréal, qui n'est pas prêt aujourd'hui.

Le comité de créances fait de plus rapport: Que MM. F. X. Plouffe et J. A. Lapierre, qui ont été admis légalement à l'étude de la médecine en septembre 1889, et qui présentent un diplôme de docteur en médecine, daté en avril 1892, c'est-à-dire obtenu avant la quatrième session; qu'ils n'obtiendront leur licence qu'en prouvant qu'ils ont suivi des cours de médecine durant leur quatrième année et en subissant un nouvel examen devant ce Bureau; ces deux messieurs ayant obtenu de M. le Dr Hingston un certificat d'assistance à la clinique interne et externe de l'Université Laval, Montréal, durant leur quatrième année, il est résolu de leur permettre de subir l'examen professionnel.

M. A. G. Fergusson, de Vancouver, admis à l'étude de la médecine en septembre 1884, et gradué en 1887 au Queen's University, fait application pour la licence.

Proposé par le Dr Dagenais, secondé par le Dr Rousseau, et résolu: Que ce Bureau n'accorde pas la licence à M. Fergusson sans examen.

M. Eugène Ferron, non gradué, est aussi envoyé devant le comité d'examen professionnel nommé par M. le Président.

La séance est levée à midi et quart pour jusqu'à 1.30 p.m.

#### *Séance de l'après-midi.*

M. le Président *pro tem.* prend le fauteuil à deux heures de l'après-midi.

Le comité d'examen fait rapport que messieurs Fergusson, Plouffe et Lapierre ont subi avec succès l'examen professionnel devant le comité spécial nommé par le bureau et que la licence leur soit accordée. M. Ferron est refusé.

En l'absence du Dr. St. Germain, retenu chez lui par la maladie. Le Dr. Bissonnette dépose sur la table une série d'amendements au bill médical projeté, mais comme un grand nombre de propositions de la plus haute importance sont devant le fauteuil, il n'insiste pas pour que lecture en soit faite aujourd'hui, mais espère qu'au mois de mai prochain le Dr. St. Germain pourra lui-même expliquer les avantages qu'offrent ces amendements.

Le Dr. Dagenais donne avis qu'il proposera à la prochaine assemblée du Bureau:—

1<sup>o</sup> Que les membres de ce Bureau reçoivent pour chaque jour d'assistance aux assemblées dix dollars et leurs frais de passage.

2<sup>o</sup> Que le président soit autorisé à assermenter ceux qui prennent leur licence et leur brevet, la veille de l'assemblée, après la session du comité de créances.

3<sup>o</sup> Que les deux secrétaires, le régistrateur et le trésorier reçoivent annuellement comme honoraires deux cent cinquante dollars.

4<sup>o</sup> Que les bacheliers qui ont droit au brevet sans examen soient assermentés par l'un des secrétaires, soit à Montréal, soit à Québec, au moins huit jours avant l'assemblée du bureau, les

secrétaires devant faire rapport à chaque assemblée du nombre et du nom de ces bacheliers.

Le Dr. Bissonnette fait les interpellations suivantes :—

1<sup>o</sup> MM. les secrétaires ont-ils expédié à chaque médecin licencié une copie des statuts et règlements du Collège? —Réponse: Non. Ils n'en ont plus que douze ou treize copies.

2<sup>o</sup> Les secrétaires ont ils expédié à chaque médecin licencié les rapports des procédés de chaque séance, indiquant aussi les noms des nouveaux *brevetés* et licenciés et des sages femmes?—Réponse: Non, parcequ'il n'y a plus de copies du registre médical; depuis un an et demi les rapports des assemblées ont été publiés dans l'UNION MÉDICALE, et M. le Dr. Guay ajoute que tous les membres du bureau reçoivent ce journal.

3<sup>o</sup> Le registre médical indiquant les noms de tous les médecins licenciés et non licenciés dans la Province de Québec a-t-il été publié et distribué aux membres de la profession?—Réponse: M. le Dr. Beausoleil, registraire, répond qu'il est à préparer un tableau alphabétique des noms des médecins licenciés, et qu'alors les statuts et règlements ainsi que les procédés des assemblées seront distribués régulièrement.

Il est ensuite résolu unanimement que le Bureau autorise le registraire à faire imprimer un extrait du registre indiquant les noms de tous les médecins licenciés de la province.

Le Dr. Beausoleil lit le rapport suivant du comité de législation médicale:—

## BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE.

### COMITÉ DE LEGISLATION MÉDICALE.

Monsieur le Président,

Messieurs les membres du Bureau provincial de médecine,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport du comité de législation que vous avez nommé à l'assemblée semi annuelle de mai dernier.

Votre comité a siégé le sept de juin et le cinq de juillet dernier.

Les travaux de votre comité ont porté sur la création d'un Bureau provincial d'examen dans le but d'obtenir réciprocité de licence avec Ontario, de protéger la profession et l'enseignement.

Après une assez longue discussion, M. le Dr Rottot, délégué de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, suggéra au comité de mettre à l'étude la proposition suivante, secondé par le Dr Chèvrefils :

1<sup>o</sup> Augmenter les pouvoirs des assesseurs près des facultés médicales de la province ;

2<sup>o</sup> Elever le nombre des assesseurs au pro rata du nombre des



comités d'examen des facultés médicales jusqu'à concurrence de six ;

3<sup>o</sup> Permettre aux assesseurs du Bureau médical d'interroger les candidats dont l'examen ne leur aura pas paru satisfaisant.

Cette proposition transmise aux universités et aux facultés de médecine de la province a amené le résultat suivant :

Université Laval, Québec, 16 juin 1893.

Monsieur le Dr J. A. SIMARD,

Professeur, Université Laval.

*Monsieur,*

En réponse à la communication ci-incluse du comité de législation médicale, Mgr. le Recteur me charge de vous dire que l'Université Laval n'a aucune objection à ce que messieurs les assesseurs interrogent les candidats aux examens du baccalauréat et du doctorat en médecine.

Ayez l'expression de mes meilleurs sentiments,

J. C. K. LAFLAMME,  
Secrétaire Université Laval.

M. le Dr Rottot fait connaître la position de la faculté qu'il représente. Voici :

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.

Faculté médicale de l'Université Laval à Montréal.

Montréal, 1er juillet 1893.

DR BROUSSEAU,

Secrétaire du Bureau provincial de médecine, Québec.

*Monsieur le Secrétaire,*

Au cas où M. le Dr Rottot, représentant de la Faculté médicale Laval à Montréal, ne pourrait assister à l'assemblée du 5 juillet du "Comité de Législation Médicale," et y faire rapport au nom de la Faculté, je me permets de vous informer officiellement que la motion Rottot-Chèvrefils, adoptée par le comité susdit, a été soumise à la Faculté Laval à Montréal, les 15 et 20 juin 1893, et a été adoptée.

Veuillez agréer,

Monsieur le Secrétaire,  
L'assurance de mes meilleurs sentiments,

H. E. DESROSIERS,  
*Secrétaire.*

E. M. & C. de Montréal, Fac. méd. Univ. Laval.

M. le Dr. R. Craik fait rapport oralement que l'Université McGill refuse de donner aux assessseurs du Bureau médical le pouvoir d'interroger les candidats aux examens de médecine. M. le Dr. McConnell, représentant du Bishop, rapporte qu'il a été impossible de convoquer la faculté, mais il est sous l'impression qu'elle s'oppose à l'augmentation des pouvoirs des assessseurs.

Sur proposition de M. le Dr. Gibson, secondé par le Dr. Brosseau, le comité approuve la proposition Rottot-Chèvrefils et la rapporte au Bureau médical à la séance semi-annuelle de septembre.

Ont voté en faveur de la dite résolution : MM. Hon. Dr. D. Marsil, Drs. Rottot, Brosseau, Chèvrefils, Simard, Gibson et Beausoleil.

Ont voté contre : MM. les Drs. Craik et McConnell.

Il est ensuite proposé par M. le Dr. Brosseau, secondé par M. le Dr. Chèvrefils :

Qu'au cas d'insuccès de la motion Rottot-Chèvrefils, M. le Dr. Simard soit prié de remettre au comité de législation sa proposition destinée à faciliter la réciprocité de licence entre cette province et celle d'Ontario.

Cette proposition se lit comme suit :

Attendu qu'il appert que le Bureau de médecine de la Province d'Ontario serait disposé d'accorder la réciprocité au diplôme de licencié du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pourvu que ce diplôme ait été obtenu par un examen subi devant le dit Bureau des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ;

Et attendu que par suite de la formule uniforme du diplôme de la licence du Bureau de la Province de Québec, ceux qui ont subi déjà ou qui subiront l'examen devant le dit Bureau ne pourraient prouver *prima facie* leur droit à une telle réciprocité ;

Il soit résolu que la formule de la licence de ce Bureau indique à l'avenir si elle a été conférée sur présentation d'un diplôme universitaire ou si elle a été donnée à la suite d'examen devant ce Bureau, et qu'il soit résolu de plus de demander au Bureau de médecine d'Ontario et des autres provinces du Dominion, la réciprocité pour ceux des médecins de la Province de Québec qui sont dans ce dernier cas, c'est à dire qui ont subi leur examen médical devant ce Bureau.

Le tout humblement soumis.

Dr. D. MARSIL, *président*.

Dr. J. M. BEAUSOLEIL, *secrétaire*.

Proposé par le Dr. Beausoleil, secondé par le Dr. A. Dagenais, et résolu unanimement :

Que le rapport du comité de législation soit adopté.

Proposé par le Dr. Beausoleil, secondé par le Dr. Dagenais, et résolu :

Que les secrétaires du Bureau médical soient autorisés à signer une entente avec les autorités universitaires de manière à mettre en opération la résolution Rottot-Chèvrefils adoptée par ce Bureau, laquelle se lit comme suit: "Permettre aux assesseurs du Bureau médical d'interroger les candidats dont l'examen ne leur aura pas paru satisfaisant."

Au cas d'insuccès de la motion Rottot-Chèvrefils, le Dr Beausoleil propose, secondé par l'honorable Dr Marcell:

1o Qu'il est d'intérêt public d'assurer au peuple de cette province un service médical digne de confiance.

2o Qu'il appartient au conseil de la profession (Bureau médical) de s'assurer de la valeur scientifique des candidats au diplôme (licence) de pratique.

3o Que toute tentative d'obtenir l'exercice de ce pouvoir de contrôle a échoué devant l'opposition des facultés médicales.

4o Que les efforts de conciliation des intérêts universitaires et ceux du public et de la profession ayant été infructueux (par suite du refus de certaines facultés de se conformer à la motion Rottot-Chèvrefils.)

5o Que le Bureau considère qu'il est du devoir du gouvernement de prendre en main l'intérêt de la population en général et de la profession en particulier.

6o Qu'une législation nouvelle soit adoptée, de manière à rendre à la corporation du Collège des Médecins de cette province le contrôle de l'entrée (admission à la pratique) de ses futurs membres.

Le Dr Beausoleil, Régistrare du Collège, lit clause par clause l'avis de motion qu'il a donné à l'assemblée semi-annuelle de mai dernier du Bureau:

Proposé par le Dr Beausoleil, secondé par le Dr A. Dagenais, et:

Résolu 1o Que l'honoraire du certificat d'admission à l'étude sera à l'avenir de vingt (\$20.00) dollars au lieu de dix (\$10.00) dollars;

Résolu 2o Que l'honoraire de la licence provinciale sera de (\$40.00) dollars au lieu de (\$20.00) dollars;

Résolu 2a Que les assemblées régulières et fixes du Bureau des Gouverneurs se tiendront le premier mercredi de juillet, et le dernier mercredi de septembre de chaque année; les assemblées de juillet dans la ville de Montréal, et celles de septembre dans la ville de Québec.

Résolu 3o Que les matières suivantes fassent partie du programme de l'examen d'admission à l'étude de la médecine: la Botanique, la Chimie, la Physique élémentaire et la Philosophie intellectuelle;

Résolu 4o Que le cours d'études médicales soit modifié de la manière suivante:

1. Histologie normale;
2. Anatomie descriptive;

3. Anatomie pratique ;
4. Physiologie générale et spéciale ;
5. Hygiène ;
6. Pathologie générale ;
7. Chimie médicale, théorique et pratique ;
8. Pathologie interne ;
9. Pathologie externe ;
10. Matière médicale et thérapeutique, pharmacie pratique ;
11. Obstétrique et pathologie de la première enfance ;
12. Avoir assisté à pas moins de douze accouchements dans une maternité et avoir suivi un cours de clinique d'obstétrique de quarante-deux leçons ou deux cours de vingt quatre leçons ;
13. Clinique médicale et clinique chirurgicale, trois cours de huit mois, ou quatre cours de six mois, dans un hôpital contenant au moins cinquante lits, pour chacune de ces matières ;
14. Médecine légale et toxicologie ;
15. Exercices à la Morgue ;
16. Maladies mentales et nerveuses ;
17. Maladies des enfants ou pédiatrie ;
18. Gynécologie ;
19. Histologie, pathologie et bactériologie ;
20. Médecine opératoire et petite chirurgie ;
21. Histoire de la médecine et déontologie médicale ;
22. Ophtalmologie et otologie ;
23. Rhinologie et laryngologie.

Que l'examen professionnel fait par les facultés et le Bureau soit conforme au programme ci-dessus.

Résolu : 50. Qu'au lieu de deux assesseurs près les facultés de médecine, le Bureau ne nommera pas moins de deux et pas plus de six assesseurs pour chaque faculté ;

Qu'à l'avenir le Bureau ne fournisse d'assesseurs que pour l'examen annuel de chaque faculté.

Dans le cas où une faculté voudra se prévaloir des services des assesseurs pour un examen supplémentaire, elle devra en donner avis trente jours au secrétaire de la section à laquelle il appartient et verser le montant des honoraires des dits assesseurs ;

Les assesseurs auront droit au remboursement de leurs frais de voyage, et de plus à un honoraire de dix (\$10.00) dollars pour chaque jour qu'ils seront détenus par leurs devoirs ;

Résolu : 60. Qu'il sera du devoir des assesseurs d'assister aux examens de chaque élève. Avant de procéder à l'audition d'un examen, l'assesseur entrera dans un livre *ad hoc* les noms et prénoms de chaque candidat, la date de son certificat d'admission à l'étude, le titre de chaque matière pour laquelle il a un certificat d'assiduité, il notera par écrit ses observations de manière à moti-

ver son rapport. Les notes des assesseurs seront la propriété du Bureau médical;

Résolu: 70. Que l'assesseur n'entendra que l'examen des candidats qui auront rempli les conditions suivantes: Pour l'examen primaire, avoir un brevet d'admission à l'étude depuis pas moins de deux sessions universitaires dans une Faculté de médecine reconnue en cette province, conformément aux règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. L'examen primaire portera sur l'histoire normale, l'anatomie descriptive et pratique, la bactériologie, la physiologie générale et spéciale, l'hygiène, la pathologie générale, la chimie médicale théorique et pratique et la pharmacie pratique.

Tout candidat ayant échoué sur l'anatomie ou sur la physiologie sera tenu de reprendre l'épreuve entière.

Résolu: 80. Que l'examen final comprendra la pathologie interne et externe, la matière médicale et thérapeutique, l'obstétrique et pathologie de la première enfance, la médecine légale et la toxicologie.

Aucun candidat ne pourra être admis à l'examen final, à moins d'avoir subi son examen primaire à la satisfaction des assesseurs du Bureau provincial de médecine.

Résolu: 90. Que les matières suivantes d'enseignement spécial devront faire partie du questionnaire de l'examen de pratique: les maladies mentales et nerveuses, les maladies des enfants, l'histologie pathologique, la gynécologie, la médecine opératoire et petite chirurgie, l'ophtalmologie, la rhinologie, l'otologie, la laryngologie.

Aucun candidat n'aura droit de subir cet examen final devant les assesseurs à moins d'avoir étudié dans une université pendant pas moins de quatre sessions à partir de la date du brevet d'admission à l'étude; enfin de s'être en tous points conformé aux statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Résolu: 100. Qu'en donnant avis de la date de leur examen annuel, les facultés feront aussi parvenir au secrétaire de la section à laquelle il appartient les noms des candidats aux examens tant primaire que final.

Résolu: 110. Que les assesseurs ne se rendront auprès des facultés que lorsque celles-ci seront prêtes à faire passer consécutivement tous les élèves qui se seront entièrement conformés aux exigences des statuts et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Proposé par le Dr Beausoleil, secondé par le Dr P. M. Guay, et, résolu:

Que le Dr J. A. Duchesneau, de Terrebonne, soit nommé membre du Bureau médical en remplacement de feu le Dr W. Prévost.

Proposé par le Dr Beausoleil, secondé par le Dr A. Dagenais :

Que la résolution adoptée par ce Bureau en mai 1892 concernant l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine entre aujourd'hui pleinement en vigueur sans considération pour les permis d'étudier obtenus avant 1892, et que les secrétaires du Bureau médical fassent part de cette disposition à toutes les corporations médicales du Dominion.

Que la présente résolution ne soit applicable qu'aux bureaux provinciaux de médecine avec lesquels le Bureau de cette province n'a pas établi réciprocité de licence. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr Brosseau, secondé par le Dr Beausoleil et résolu :

Que les noms suivants soient ajoutés à ceux des anciens assesseurs :

Drs S. Gauthier, H. Cholette, A. R. Marsolais, F. Paré, J. Girouard, P. J. L. Bissonnette, W. Grignon, J. A. Duchesneau, J. M. Beausoleil, E. P. Lachapelle, Côme Rinfret, C. S. Parke, W. A. Verge, P. M. Guay, Thomas LaRue.

Sur motion du Dr Guay, secondée par Dr Rousseau, des remerciements sont votés à l'Université Laval pour l'usage gratuit de ses salles.

L'assemblée s'ajourne à 4 15 p. m.—(Officiel.)

## Traitement de la dyspnée.

M. T. GARDNER a publié dans la livraison du 6 août 1892 du *British Medical Journal* une note relative au traitement des différentes formes de la dyspnée.

Il énumère d'abord les trois symptômes qui suffisent à constituer la dyspnée : l'oppression ou besoin impérieux de respirer, la cyanose et l'accélération des mouvements respiratoires. Puis, considérant la dyspnée au point de vue thérapeutique, il en fait varier le traitement d'après la forme et la cause.

Dans la dyspnée d'origine *hématurique*, telle qu'elle se rencontre dans l'anémie, la chlorose, l'anémie pernicieuse, il va sans dire que l'indication est de fournir une plus forte proportion d'hémoglobine aux globules rouges et d'augmenter le nombre des hématies. Pour cela, nous avons le fer, l'arsenic, l'hygiène des fonctions intestinales, la diète et l'exercice physique.

Dans la forme *pulmonaire* de la dyspnée, le traitement est tout autre, attendu qu'il s'agit d'un obstacle mécanique à la libre respiration, comme cela arrive, en particulier dans la bronchite compliquée d'emphysème. Dans ces cas, les inhalations d'oxygène ont pu rendre quelques services, mais ce qu'il faut avant tout, c'est désobstruer les petites bronches gorgées de mucosités et

faciliter ainsi l'entrée de l'air dans la cellule pulmonaire. La médication expectorante est alors indiquée. S'il y a, non plus de la bronchite avec emphysème, mais une pneumonie véritable, intéressant les cellules pulmonaires, les expectorants sont encore de mise. Dans tous ces cas de dyspnée par maladie des bronches ou du poumon il faut être aussi réservé que prudent dans l'emploi des préparations opiacées. Si enfin la dyspnée est due à l'obstruction des premières voies respiratoires, le traitement médical doit céder le pas à l'intervention chirurgicale.

La troisième variété de dyspnée comprend tous les autres cas dans lesquels la lésion initiale ne siège ni dans les cellules pulmonaires ni dans les tubes bronchiques : dyspnée cardiaque, dyspnée résultant de l'œdème pulmonaire, dyspnée urémique. Il faut enlever la cause, si cela est possible, et suivant les cas augmenter la force d'impulsion du cœur, débarrasser le système et les organes des épanchements séreux existants et des obstacles qui s'opposent à la circulation du sang. Dans ces différents cas on peut s'adresser soit aux diurétiques, si le rein fonctionne bien, soit, dans le cas contraire, aux drastiques hydragogues, soit enfin aux diaphorétiques. Le jaborandi et son principe, la pilocarpine, ne doivent être employés que très prudemment, surtout quand le cœur est malade. La saignée peut, dans quelques uns de ces cas, donner des résultats bien plus favorables que ceux obtenus par les médicaments susmentionnés.

Cette médication est on ne peut plus rationnelle, basée qu'elle est sur de saines idées de pathologie. Nous ajouterions volontiers l'emploi de la morphine dans le traitement de la dyspnée par asthme urémique. Autrefois positivement contr'indiquée dans ces cas, la morphine donne pourtant d'excellents effets, pourvu qu'elle soit donnée en injections sous-cutanées et seulement par le médecin.

Dans plusieurs cas de dyspnée symptomatique d'une congestion active du poumon développée au cours d'une hypertrophie cardiaque (sans dilatation), la saignée a produit entre nos mains des résultats réellement merveilleux, et que n'aurait pu produire, nous en sommes convaincu, aucun médicament antidyspnéique ou sédatif respiratoire.

---

### Traitement d'une attaque de convulsions infantiles.

M. JULES SIMON conseille la pratique suivante :

- 1o Dégager le tube digestif, soit par un laxatif, soit par des titillations de la luette provocatrices de vomissements ;
- 2o Si l'attaque continue : inhalations d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir ;
- 3o Administrer par cuillerées, dans les vingt-quatre heures, et en

lavements, à défaut de la voie buccale, la potion antispasmodique ainsi formulée :

Hydrate de chloral.....	} àâ 1 gramme.
Bromure de potassium .....	
Sirop de codéine.....	X gouttes.
Teinture de musc.....	} àâ X gouttes.
Alcoolature de racine d'aconit.....	
Eau de fleurs d'oranger.....	100 grammes.

40 Dans le cas d'une attaque grave et prolongée, bain tiède donné par le médecin et révulsion sur la nuque, ou au besoin sur l'épigastre, par un vésicatoire de petites dimensions et laissé en place trois heures seulement. Cet emplâtre doit être appliqué avec les précautions antiseptiques convenables et remplacé dès le début de la vésication par un cataplasme.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de la première indication, attendu que presque toujours les convulsions infantiles, dans notre population surtout, reconnaissent pour cause une sur-alimentation amenant une indigestion aiguë et l'irritation de toute la muqueuse digestive.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

WHITTAKER. — *The theory and practice of medicine, prepared for students and practitioners*, by James T. WHITTAKER, M.D., L.L.D., *Professor of the Theory and Practice of Medicine in the Medical College of Ohio, Lecturer on Clinical Medicine at the Good Samaritan Hospital, &c., &c.*, 1 vol. in-8o. with a chromolithographic plate and three hundred engravings. New-York, WM. WOOD & COMPANY, Editors, 1893.

Nos meilleurs remerciements à M<sup>rs</sup> Wm. Wood & Co., éditeurs de New York, pour l'envoi complémentaire du *Traité théorique et pratique de médecine* que vient de publier M. le Professeur Whittaker, de Cincinnati.

L'ouvrage est divisé en deux parties seulement, la première traitant des maladies générales et en particulier des maladies infectieuses, la seconde s'occupant des affections des différents organes: digestifs, circulatoires, respiratoires, génito-urinaires et nerveux.

Comme M. Whittaker le fait très justement remarquer dans sa préface, c'est avec intention qu'il insiste tout d'abord sur les maladies infectieuses, attendu que ces affections sont à la fois les



plus fréquentes et les plus dangereuses, et celles que l'on peut éviter le plus facilement. Dans l'étude de ces maladies caractérisées par l'infection, c'est sur la cause en même temps que sur le diagnostic que l'auteur attire l'attention, et cela pour les deux raisons suivantes: la connaissance de l'étiologie implique, dit-il, de toute nécessité les moyens prophylactiques, et la connaissance du diagnostic implique à son tour la manière de traiter, quand même le traitement ne devrait être que symptomatique.

Es-sentiellement pratique, le *Traité* de M. le professeur Whittaker est destiné à rendre les plus grands services à l'élève et surtout au jeune médecin aux prises avec les embarras d'une clientèle qui débute. Le diagnostic et le traitement sont traités de main de maître, et si l'auteur a cru pouvoir appuyer, sur certains points, sa manière de voir et de dire sur des hommes tels que Pepper, Hare, Wood, il en a d'autant plus de mérite et de valeur que ces maîtres de la médecine américaine contemporaine représentent aujourd'hui ce qu'il y a de plus pratique et de plus concis en science pathologique.

L'ouvrage est dédié—avec permission—à Robert Koch dont M. le professeur Whittaker a été le premier élève venu d'Amérique, et à George Sternberg, chirurgien-général de l'armée des Etats-Unis.

La partie matérielle de l'ouvrage est parfaite et fait honneur à la maison Wm. Wood et Cie., dont la réputation est aujourd'hui *hors concours*. La planche chromo lithographiée est particulièrement soignée. Elle donne l'apparence microscopique des micro-organismes pathogènes des principales maladies infectieuses: lèpre, paludisme, pyémie, gonorrhée, pneumonie, charbon, choléra, fièvre typhoïde, tuberculose, dysentérie. Les trois cents gravures disséminées dans le texte font honneur à l'habileté du graveur et ajoutent au texte une véritable démonstration clinique.

H. E. D.

LE MÉDECIN DE LA FAMILLE.—Tel est le titre d'un nouveau livre de 1,300 pages que vient de publier la compagnie dite "The World Publishing Company," de Guelph, Canada, par l'entremise de Messieurs Lovell et Fils, imprimeurs bien connus de Montréal.

Imprimé sur un beau papier fabriqué exprès, orné d'une reliure unique où se trouvent gravés les emblèmes du Canada, ceux de la France et ceux de la Grande-Bretagne, cet ouvrage, illustré de magnifiques gravures, de nombreuses planches en couleurs et de deux mannequins, est un chef-d'œuvre du genre. Il possède en outre l'avantage d'être la première édition française, revue, augmentée et corrigée de ce livre si populaire et si répandu parmi nos compatriotes anglais du Canada, des Etats-Unis, de l'Angleterre et de l'Australie, intitulé: "The Practical Home Physician"

Écrit dans un style simple, facile à saisir, même des moins

instruits, et rédigé par des médecins éminents dans la profession, soit comme spécialistes, soit comme professeurs de nos institutions médicales les plus en renom sur ce Continent et en Europe, ce travail fait également honneur aux traducteurs qui ont entrepris la tâche difficile de le mettre en français, et aux écrivains qui, comme le Dr Séverin Lachapelle, M.P., et le Dr L. E. Fortier, tous deux membres de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, ont déployé de rares talents et dans le choix des matières qu'ils ont traitées et dans la manière de les traiter.

M. le Dr Lachapelle s'était chargé de l'important sujet de l'hygiène publique et privée; et il suffira de parcourir la partie qui traite de cette matière pour voir avec quel talent il a su s'acquitter de sa tâche. M. le Dr Fortier, non plus, n'a pas négligé son département. Ses articles sur les microbes et sur l'alcoolisme montrent jusqu'à quel point ce médecin est maître de la science qu'il professe.

De plus, il suffit de parcourir le " Médecin de la Famille " pour se convaincre que chaque partie porte l'empreinte et le cachet du maître; on dirait que chaque collaborateur a voulu rivaliser avec ses confrères pour produire une œuvre parfaite.

Au point de vue de l'exécution, le livre ne laisse rien à désirer: on ne sait s'il faut admirer davantage les travaux des typographes, ceux des artistes-graveurs, ceux de l'ordonnateur ou ceux des relieurs. L'ouvrage fait certainement honneur à la ville de Montréal, et les éditeurs méritent des félicitations de leurs concitoyens sur leur entreprise.

Comme son nom l'indique, le livre est écrit principalement en vue de la famille. C'est à celle-ci qu'il est appelé à rendre les plus grands services. Pourvu qu'on sache en faire usage d'une manière intelligente, on acquerra une foule de connaissances sur l'hygiène, sur la manière de prévenir les maladies contagieuses et autres, sur la manière de traiter celles qu'on ne peut éviter et sur tous les points qui ont rapport aux soins que l'on se doit à soi-même ou que l'on peut porter, en cas de nécessité, à ceux qui ont le malheur de les requérir.

Déarrassé des termes techniques que l'on trouve trop souvent dans les traités de ce genre, il fait l'histoire détaillée de chaque maladie, en indique la cause, en décrit les symptômes et propose les meilleurs moyens de la guérir, et, dans le cas où elle serait incurable, de la soulager. Aux moindres signes, en se donnant la peine de consulter la table détaillée des symptômes et des pages que cette table indique, on se fera une idée exacte de la maladie dont on souffre; et par un usage judicieux des moyens proposés, on arrivera sans difficulté à la faire disparaître. Dans les cas graves, on ne pourra mieux faire que de mettre en pratique les sages conseils qu'il donne lorsqu'il propose de s'en rapporter immédiatement à un médecin bien qualifié.

Ce traité de médecine est d'une valeur inestimable à tous ceux qui sont appelés, dans les cas d'urgence, à porter secours à leurs semblables, tels que dans les cas d'empoisonnement, d'asphyxie ou de blessures graves.

En un mot, la lecture attentive du "Médecin de la Famille," même des parties apparemment réservées aux spécialistes, récompensera hautement tous ceux qui l'entreprendront. Elle leur apportera les lumières les plus précieuses pour tous les cas d'urgence. A ce propos, qu'il nous soit permis de citer le passage suivant, tiré de la préface des auteurs, dans le but de mieux faire connaître les mérites de l'ouvrage que nous recommandons à nos lecteurs :

"Les auteurs de cet ouvrage se sont proposé un double but en l'écrivant :

"Premièrement, de fournir des renseignements pratiques et utiles à ceux que les circonstances privent des services d'un médecin.

"Secondement, de donner une idée générale de la nature des maladies et de la manière de les soigner, et d'offrir une esquisse rationnelle et scientifique de la médecine. Il est désirable que le public se rende compte du rôle véritable du médecin instruit, et qu'il sache ce qu'il peut et ce qu'il ne peut pas faire. Dans le soin du corps, il est incontestable qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

"C'est en se guidant sur ces principes que les auteurs de ces pages ont écrit. Tout en indiquant le meilleur traitement à suivre dans les nombreuses maladies qui affligent l'humanité, ils se sont efforcés de donner des renseignements propres à les écarter du corps humain."

Ce but, les auteurs l'ont certainement atteint, et c'est pour cela que leur travail se recommande si fortement aux familles canadiennes françaises de cette Province. Dans les campagnes éloignées où il est difficile d'obtenir les secours d'un médecin, il est appelé à rendre des services inestimables.

Ajoutons, en terminant, que ce bel ouvrage, qui ne se vend que par souscription, se donne à un prix si modique qu'il est à la portée de toutes les bourses.

**MAULEY.**—*Hernia : its Palliative and Radical Treatment in Adults, Children and Infants.* by Thomas H. MAULEY, A.M., M.D., Philadelphia, Pa. The Medical Press Co., 1725 Arch Street. Octavo de 230 pages.

**DALLAS.**—*The new treatment of Hernia,* by Alex. DALLAS, M.D., New York. Brochure, 16 pages.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

—Le nombre des élèves en médecine dans les facultés semble être moindre, cette année, si nous en jugeons d'après les rapports de nos échanges. C'est ainsi qu'à Harvard, d'après le *Medical Record*, il y a une diminution de vingt sur l'année dernière et le nombre des élèves ne s'élève guère au delà de 90.

—On nous télégraphie de Chicago, que la maison W. R. WARNER & Cie, de Philadelphie a obtenu à l'exposition de Chicago, la plus haute récompense pour le degré de pureté et la perfection de leurs préparations pharmaceutiques, tant magistrales qu'officinales, et pour leurs produits cliniques. Douze premiers prix ont été accordés ainsi à la maison Warner.

**Nécrologie.**—ETRANGLER : A Paris, le 16 septembre dernier. M. Emile MASSON, directeur de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.—A Menestreau-la-Villette (Loiret), M. le docteur Léon LEFORT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.—A Londres, Sir Andrew CLARK, Bart. M. D., F. R. S.

**Médecins demandés.**—M. le docteur P. CARTIER, de Ste-Magdeleine, comté de St-Hyacinthe, a besoin immédiatement d'un remplaçant pour toute la durée de la session du parlement provincial.

—On demande à Port-Daniel Est, un bon médecin parlant l'anglais et le français. Un médecin un peu soigneux, vivrait convenablement. On voudrait un bon chrétien, homme sobre et sachant la musique, si possible. S'adresser à M. Aug. Gagnon. Ptre Port-Daniel Est, comté de Bonaventure.

—On demande aussi un médecin à Ste-Béatrix, comté de Joliette; où aucun médecin n'est encore fixé. S'adresser à M. l'abbé A. W. Meunier, Ptre, curé de Ste Béatrix.

**L'ivresse en Angleterre.**—Le tribunal correctionnel en Angleterre a prononcé contre une femme la 252<sup>e</sup> condamnation pour ivresse. A peine sortie de prison, où elle venait de purger un mois pour le même délit, la brave femme n'a eu rien de plus pressé que de s'enivrer de nouveau. On se demande comment les juges en Angleterre ne sont pas assez instruits pour voir que la pauvre femme trouverait mieux sa place dans un hospice que dans les prisons et les cabarets.—*The British Medical Journal*.

**Maisons de tolérance et morale publique.**—Sous ce titre, le docteur Proux publie, dans le *Journal de médecine de Paris*, un article de nature à intéresser les médecins. Les maisons de tolé

rance sont des écoles de tribadisme. La sodomie est la pratique courante des femmes, surtout dans les maisons de première catégorie. La tenancière possède l'arsenal complet de tortures sexuelles que le plus sodomique de ses clients peut lui réclamer. Elle n'a pas seulement tout l'appareil du vieux jeu, martinets à lanières de cuir parfumé, cordons de soie pour ligature, petits bouquets d'ortie et autres disciplines amoureuses démodées, elle a suivi les progrès de la science et elle sait intelligemment y faire appel ; elle possède la pompe à ventouse du docteur Mondat et applique comme un spécialiste les appareils à électrisation localisée. La pharmacie de la tenancière comprend des substances érotiquement toxiques : la teinture de phosphore, la teinture de cantharides.

## VARIÉTÉS

### SOUVENIRS D'INTERNAT (1862-1866).

T'en souvient-il, disait un ex-interne.  
 A son copain grisonnant comme lui,  
 Du joyeux temps où l'on était externe.  
 Où nos vingt ans avaient à peine lui.  
 Où nous frisions notre barbe naissante,  
 Où nous étions alertes et pimpants ?  
 Nous n'avions pas trois cents écus de rente ;  
 Nous avons mieux, car nous avons vingt ans. } *bis*

Du pansement comme on prenait la route  
 De grand matin, maudissant le major  
 Grâce à qui la nuit était trop courte !  
 Et l'on filait dans le long corridor.  
 Puis on bâclait maint et maint cataplasme,  
 Et l'on chargeait l'appareil sur son bras,  
 Du commandeur emportant le dictame.  
 Dis-moi, mon vieux, ne t'en souvient-il pas ?

Grâce au concours, épreuve difficile,  
 De l'internat nous gagnions les galons,  
 Au Tiercelet élisions domicile  
 Drus et fringants comme des étalons.  
 Tous les trois mois nous touchions notre terme,  
 A Mancipaux vendions le bouracan ;  
 A l'Alcazar nous dansions dur et ferme,  
 Nous étions gais et nous avons vingt ans.

Dans chaque salle, ainsi qu'à la Clinique,  
 On employait pommades et cérat,  
 Distribuant le vin aromatique,  
 Bandes, carrés, eau blanche et cœtera ;  
 Richard nous enseignait l'anatomie ;  
 Nous connaissions *de nom* le mannequin ;  
 Nous ignorions la laparotomie,  
 Mais nous dormions au cours de Pétrequin.

Dans le service ou près de la chambrette,  
 On rencontrait parfois le frais minois  
 De jeune sœur riant sous sa cornette  
 Qu'on chiffonnait un peu du bout des doigts.  
 Et cependant sur la fatale pente  
 Les opérés glissaient plus ou moins lents,  
 Emportés par l'infection purulente ;  
 Nous vîmes ça quand nous avions vingt ans.

Nous avons vu gangrène et pourriture,  
 Erysipèle et suppurations ;  
 Vu quelquefois réussir la suture,  
 Plus rarement les amputations.  
 Nous nous lavions fort peu, sans minutie,  
 En maniant la charpie et le fil ;  
 Nous ne connaissions pas l'antisepsie ;  
 T'en souvient-il, dis-moi, t'en souvient-il ?

Quel changement, ami, quand on y songe !  
 L'eau phéniquée et la gaze au thymol,  
 Le bichlorure, ont remplacé l'axonge ;  
 On ingurgite et salol et naphтол.  
 Tout a changé : le langage et la forme ;  
 Plèvre et péritoine sont tolérants.  
 Nous voyons triompher l'iodoforme,  
 Mais nous ne reverrons plus nos vingt ans.

P. M.

Mai 1892.

## LES DEUX MICROBES

Sur l'air des *Deux Gendarmes*.

Semés là par dame Nature  
 Deux microbes, un beau matin,  
 Se rencontraient par aventure  
 Dans les replis de l'intestin.  
 Le premier, d'un ton de rogomme,

*Bacillus coli communis*

Dit à l'autre qu'*Eberth* on nomme : }  
 Que viens-tu faire en mes semis ? } *bis*

Car je suis là sur mon domaine,  
 Tous mes vieux papiers en font foi ;  
 Je n'entends point qu'on m'y malmène,  
 J'y veux tout seul faire la loi.  
 Dans ce bon bouillon de culture  
 Je pullule tout à loisir ;  
 J'y sème ma progéniture  
 Qui s'y multiplie à plaisir.

Quel est ton nom, quelle est ta race ?  
 D'où viens-tu, mi-érable intrus ?  
 J'admire vraiment ton audace,  
 Et tu devrais être confus  
 De venir ainsi sur mes terres  
 Semer ta végétation  
 Et tes toxines délétères  
 Qui souillent la nutrition.

Mais, dit l'*Eberth* d'un ton tranquille,  
 Je puis bien marcher sur tes pas ;  
 Je suis un peu de ta famille ;  
 Tu ne me reconnais donc pas ?  
 Né de ton fin spore ovoïde,  
 Devenu plus long bâtonnet,  
 C'est moi qui fais la typhoïde ;  
 Je suis le microbe complet.

Nous sommes deux Schyzomycètes,  
 A-t-on dit ; mais non, car c'est net :  
 Nous pouvons mettre nos deux têtes,  
 Ami, dans le même bonnet.  
 Il faut laisser là les histoires  
 Qui nous donnent double entité ;  
 Rodet et Roux, dans leurs mémoires,  
 Ont montré notre parenté.

Oubliant toute impatience.  
 En frères donnons-nous la main,  
 Et multiplions notre engeance  
 Pour emb...nuyer le genre humain.  
 Nous partageant cette baraque,  
 Garde reins, vessie et poumon ;  
 De Peyer laisse-moi la plaque  
 Et contente-toi du côlon.

P. M.

## Un Accouchement Garanti. (1)

M. M..... de San Francisco, est marié à une femme légèrement boîteuse qui est vers le terme de sa cinquième grossesse. Les deux premiers accouchements ont eu lieu à San Francisco, ils ont été terribles, les enfants sont morts-nés et la mère n'a survécu que par miracle. Dans l'un des cas on avait opéré la version podalique. Pour le troisième accouchement, il amena sa femme à New-York auprès d'un célèbre spécialiste, qui appliqua d'emblée le céphalotribe et les ciseaux de Smellie.

Pour le quatrième, M. M....., dont l'unique ambition était d'avoir un héritier, conduisit sa femme en Europe et se décida pour un accoucheur de Marseille qui pratiqua, à huit mois, l'accouchement provoqué, et amena à grand'peine, au forceps, un enfant mort.

Après chaque malheur, M. M..... retournait à San Francisco, où sa femme devint enceinte pour la cinquième fois. Il la ramena de nouveau en Europe, et après avoir cherché plusieurs mois un accoucheur qui lui convint, il entendit parler de moi, à Lyon, par la cliente qui fait le sujet de l'observation suivante, et vint me confier le périlleux honneur de lui faire naître un héritier.

Je trouve une dame de trente-deux ans, brune, d'aspect fatigué, légèrement ankylosée de la hanche gauche, dont le bassin me paraît devoir se nommer oblique-ovalaire et mesurer environ 95 millimètres.

M. M....., avec sa façon américaine, me déclare qu'il veut un enfant vivant, et qu'il ne permet ni version ni accouchement prématuré; de plus, que je dois lui signer un contrat d'assurance sur la vie de la mère et de l'enfant; contrat à la façon des assurances maritimes à la grosse aventure, dans lequel la mère représente le navire, et l'enfant la précieuse cargaison.

L'accouchement me paraissait possible, même probable, je promets d'y mettre tous mes soins; mais je refuse ma signature. Il me montre plusieurs contrats pareils, acceptés par des praticiens américains et californiens; il m'assure que c'est un usage adopté là-bas par tous les gens sérieux; que pour lui, infiniment plus riche que moi, il donnera aux pauvres la somme assurée, si l'enfant meurt; que c'est une manière américaine d'être certain que je mettrai toute ma sollicitude et tout mon talent à lui faire avoir un enfant vivant.

Je refuse toujours, mais il me prend par le point d'honneur, disant que je lui montre, par mon refus, que je n'ai pas plus de confiance en ma nouvelle méthode qu'en celle d'une sage-femme.

---

(1) Extrait des *Anecdotes et Curiosités historiques sur les Accouchements*, par le Dr. G.-J. WIRKOWSKI, officier de l'Instruction publique.



Je signe enfin, à cet entêté original, une assurance réduite à dix mille francs avec dix pour cent de prime.

Dix mille francs ! c'était tout ce que j'avais économisé après huit ans de pratique, aussi j'apportai à cet accouchement, non pas plus de soins et de talent qu'à un autre, mais beaucoup plus d'inquiétude certainement, et l'inquiétude n'est pas une garantie de succès. Au dernier moment, il exigea encore que sa femme fût chloroformée comme elle l'avait été à chaque précédente occasion. Pour cette fois, je me permis une tricherie et ne donnai, à Madame, que le chloroforme à *la reine*.

Aussitôt la dilatation achevée, je rompis la poche des eaux en appliquant le forceps, et grâce au tracteur qui montait pourtant à 65 kilog., j'eus la satisfaction d'obtenir un enfant qui se prit à crier à peine né. C'était une belle petite fille, le père désirait un fils, mais il fut content tout de même, et la première manifestation de sa joie fut de se moquer de moi.

— Vous êtes un excellent accoucheur mais un bien mauvais commerçant, vous n'entendez rien aux assurances : c'est cinquante pour cent et non pas dix qu'il fallait demander pour prime ; vous auriez droit à cinq mille francs au lieu de mille. Vous n'êtes pas prudent, etc.

— C'est vrai, lui dis-je, je ne suis pas commerçant, mais vous n'êtes pas plus prudent que moi ; vous ne m'avez pas demandé le prix de l'accouchement ; j'aurais dit mille francs ; maintenant c'est cinq mille ; et, pour la prime, je me rattraperai à votre prochain enfant.

— Bravo, bravo, répondit-il, vous aurez cinq mille francs, vous en aurez même six mille ; les pauvres de votre paroisse en auront deux, mais vous ne vous rattraperez pas ; si ma chère fille vit, j'épargnerai une nouvelle épreuve à sa bonne et courageuse mère, etc."

Je ne sais trop si ces assurances sur la vie d'un enfant à venir sont bien conformes aux principes européens sur la responsabilité médicale. Cette épreuve m'a donné trop de soucis pour que je recommence volontiers, mais je crois qu'au point de vue du client, il pourrait peut-être parfois s'assurer, par ce moyen, plus de sollicitude et de prudence qu'il n'en obtiendrait par de simples honoraires payés, bonheur ou malheur.—Dr. ROUSSEL, de Genève.

---

PARVIN, de Philadelphie, recommande l'emploi de la morphine associée à l'inhalation du chloroforme dans les cas de tétanos utérin.—*College and Clin. Rec.*