

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — M. BROSSEAU.

Du cancer du sein.

Madame A. B., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital le 12 mars. Mère de plusieurs enfants, elle a eu des abcès mammaires à la suite de ses couches. De plus, il y a trois ans, elle s'est heurté le sein droit sur une chaise; c'est à cet accident qu'elle attribue l'origine de sa maladie actuelle. Pas d'hérédité cancéreuse dans sa famille.

Etat actuel: le sein est d'un volume ordinaire; le mamelon est rétracté.

La peau circonvoisine est adhérente à la glande, mais sur une étendue d'un demi-pouce seulement; tout le reste de la peau est parfaitement mobile et saine. La rétraction du mamelon ne date que de deux mois, mais depuis quatre semaines, il s'en écoule *un liquide blanchâtre*. Les ganglions de l'aisselle sont intacts. L'apparence générale de la malade est bonne.

Vous savez, Messieurs, que les tumeurs du sein sont très fréquentes, et vous en voyez souvent dans cette salle de cliniques; vous en connaissez aussi la gravité. Il est donc très important d'en bien étudier le diagnostic, le pronostic et le traitement; c'est ce que je me propose de faire aujourd'hui avec vous.

La clinique exige que les tumeurs du sein soient partagées en trois classes au moins:

1^o Celles qui restent toujours limitées à la mamelle: ce sont les *bénignes*.

2^o Celles qui envahissent et détruisent les tissus voisins, se généralisent, récidivent et entraînent la mort: ce sont les tumeurs *malignes*.

3^o Celles dont l'allure ressemble à celle des tumeurs bénignes, mais qui, cependant, se comportent assez souvent comme les tumeurs malignes. On les appelle tumeurs *intermédiaires* ou à *pronostic variable*.

Nous ne nous occuperons dans cette leçon que des tumeurs malignes. Le cancer de la mamelle se présente sous la forme du squirrhe et de l'encéphaloïde. Il atteint surtout les femmes au moment de la ménopause.

Si on en excepte l'hérédité, on ne sait presque rien des causes du cancer mammaire. Presque toutes les femmes accusent un traumatisme quelconque, comme le fait Madame A. B. qui croit que la cause de sa maladie est de s'être heurtée contre une chaise. Ces allégués ne doivent être acceptés par le chirurgien qu'avec beaucoup de réserve.

Le squirrhe est bien plus fréquent que l'encéphaloïde. Au début, ces deux variétés de cancer se ressemblent; toutes deux commencent sous forme d'une *petite induration* de la grosseur d'un pois, d'une noix;

mais plus tard, les signes différentiels se dessinent. La consistance de l'encéphaloïde se modifie, il devient mou, même fluctuant, tandis que le squirrhe, lui, reste toujours d'ur; il n'acquiert jamais un volume aussi considérable que celui de l'encéphaloïde, il est aussi beaucoup plus lent à se développer et à s'ulcérer.

Ces deux variétés s'accompagnent également d'engorgement des ganglions axillaires qui constituent souvent des masses énormes qui compriment et les nerfs et les veines du membre supérieur, d'où résultent des douleurs névralgiques et de l'œdème.

Velpeau a décrit une forme de squirrhe qu'il a baptisée du nom tout-à-fait caractéristique de *squirrhe en cuirasse*. En effet, dans cette variété, la peau s'épaissit, adhère à la glande, puis la glande, très dure, adhère solidement au thorax, de sorte qu'on dirait que la poitrine est recouverte d'une cuirasse métallique.

La peau présente à l'observation des petits corps durs, peu volumineux, des *nodosités* qui se multiplient et envahissent non seulement le thorax mais aussi le cou et l'abdomen. Ces nodosités sont l'indice d'une *gravité exceptionnelle* et présagent une *récidive certaine* si on tente l'opération. Ce genre de squirrhe envahit ordinairement les deux mamelles presque en même temps.

Il y a environ six ans, je fus appelé en consultation auprès d'une dame qui avait au sein droit un squirrhe en cuirasse des mieux caractérisés : peau, glande mammaire, muscles, côtes, tout ne formait qu'une seule et même masse. Je déclarai toute intervention inopportune. Deux mois plus tard, le sein gauche était aussi complètement envahi que le sein droit, et la malade mourut dans des douleurs atroces. La respiration était devenue de plus en plus gênée, en proportion du développement de cette cuirasse qui immobilisait le thorax.

Velpeau a aussi nommé *squirrhe atrophique* une forme clinique du squirrhe, que l'on observe surtout chez les vieilles femmes. La peau se ratatine, la tumeur se rétracte, le mamelon s'enfonce. La marche est très lente, c'est pourquoi on s'abstient, la plupart du temps, d'opérer, surtout si la femme est avancée en âge.

Il s'est présenté avant-hier, dans cet amphithéâtre, une vieille femme portant un squirrhe de cette espèce. Elle m'a rappelé que je l'avais examinée il y a sept ans, et qu'alors j'avais refusé d'intervenir. La santé de cette femme s'est assez bien conservée, malgré que le squirrhe soit ulcéré depuis deux ans; la cachexie n'est pas avancée. On sait en effet que le squirrhe atrophique peut persister pendant des années, sans aggravation locale et sans offrir de tendance à se généraliser, tandis que le squirrhe en cuirasse, lui, progresse très rapidement.

La durée de l'encéphaloïde est de douze à dix-huit mois. Le squirrhe ordinaire marche moins rapidement que l'encéphaloïde, mais si on n'intervient pas à temps, il atteint tout aussi sûrement le but fatal.

Un bon nombre de femmes *imaginaires* éprouvent des douleurs dans les mamelles à la suite d'un traumatisme quelconque, et croient être atteintes d'une tumeur cancéreuse. Le chirurgien doit alors être sur ses gardes et ne pas se laisser induire en erreur par les craintes exagérées de sa patiente. Dans un examen superficiel et se laissant influencer par l'histoire de la malade, il pourrait prendre le tissu mammaire normal mais quelque peu bosselé pour une production morbide.

Le diagnostic différentiel entre une tumeur bénigne et une tumeur

maligne doit être fait à bonne heure, car de ce diagnostic précoce dépend la vie de la malade. Quo de chirurgiens, incéceis, temporisent et amusent leurs malades avec des onguents ou des médicaments administrés à l'intérieur! Pendant ce temps d'arrêt, l'envahissement de la peau et des ganglions arrive, et les chances de succès par intervention chirurgicale sont grandement diminuées, sinon complètement perdues.

Ce diagnostic différentiel se tire surtout des symptômes physiques et physiologiques, ainsi que de la marche de la maladie.

Les tumeurs bénignes s'observent chez les femmes âgées de moins de trente ans, tandis que les tumeurs malignes se rencontrent de préférence chez celles qui ont dépassé la cinquantaine. Cette règle cependant souffre de nombreuses exceptions.

L'hérédité n'a qu'une importance relative. Les statistiques prouvent qu'elle existe environ dans un tiers des cas.

Le chirurgien doit étudier tout spécialement: 1^o la *mobilité* de la tumeur; 2^o sa *consistance*; 3^o *l'état de la peau et du mamelon*. Vous avez sans doute, Messieurs, été frappés de la persistance que je mets, à chaque nouveau cas qui se présente ici, à vous faire constater ces faits; je vous recommande continuellement d'exercer votre toucher. *d'instruire* un ou deux de vos doigts, puisque la vie humaine n'est pas assez longue pour que vous ayez le temps de donner une instruction parfaite à plusieurs de vos doigts. N'oubliez pas la *dureté de bois* si particulière aux tumeurs cancéreuses.

Les tumeurs bénignes peuvent être isolées des parties voisines; elles jouissent d'une mobilité complète, tandis que les tumeurs malignes ne peuvent être isolées du reste de la glande et adhèrent aux parties avoisinantes, c'est-à-dire à la glande mammaire elle-même, à la peau et à la paroi thoracique.

Les tumeurs intermédiaires, dites à pronostic variable, ressemblent, quant à leur isolement et à leur mobilité, aux tumeurs bénignes.

Au *début*, la dureté est un caractère commun aux tumeurs bénignes et malignes, mais plus tard, l'encéphaloïde se ramollit, tandis que le squirrhe, lui, reste toujours dur, mais il se complique d'adhérences, d'infection ganglionnaire, ce que ne font pas les tumeurs bénignes.

Le mamelon *s'enfoncé* quelquefois, dans les cas de tumeurs bénignes, mais cela est dû à l'*écartement* des lobes de la glande et à la traction exercée sur lui par les vaisseaux galactophores, puis on peut reconstituer sa saillie en circonvenant la glande avec les mains et diminuant ainsi l'écartement des lobes. Dans les tumeurs malignes, c'est différent; le mamelon subit une rétraction réelle et permanente, par les adhérences qu'il contracte avec le tissu morbide, et le chirurgien ne peut lui rendre sa saillie par une pression concentrique, comme dans le cas précédent.

Jusqu'à ces dernières années, on a attaché une grande importance diagnostique à l'écoulement d'un liquide par le mamelon; c'était considéré comme étant de mauvais augure. Mais aujourd'hui, on sait que cet écoulement de liquide indique tout simplement que le processus morbide a son siège dans la glande et que les conduits excréteurs ont conservé leur perméabilité, mais ce n'est plus considéré comme une preuve certaine de cancer. En effet, cet écoulement manque très souvent dans des tumeurs indubitablement cancéreuses, tandis qu'il existe dans un grand nombre de tumeurs bénignes.

Un autre caractère qui aide beaucoup au diagnostic différentiel des tumeurs bénignes et malignes de la mamelle, c'est l'*ulcération*. On ne l'observe que très rarement dans les tumeurs franchement bénignes; dans les tumeurs malignes, au contraire, elle est très fréquente, car la peau finit toujours par être envahie par l'altération morbide sous-jacente, puis elle s'ulcère. L'état des ganglions lymphatiques de l'aisselle est aussi très important au point de vue du diagnostic.

Les ganglions axillaires restent intacts même quand les tumeurs *bénignes* sont très développées, tandis qu'ils s'engorgent et s'indurent quand les tumeurs *malignes* sont encore *petites*.

La tumeur bénigne survient chez les jeunes femmes, se développe lentement, sans douleur; la santé générale se conserve. La tumeur maligne se déclare chez les vieilles femmes, se développe rapidement; elle est accompagnée de douleurs, après les premiers mois, puis la santé générale s'altère invariablement, l'*amaigrissement* rapide est surtout notoire.

Les principaux signes différentiels du squirrhe et de l'encéphaloïde sont les suivants: Le squirrhe est petit, d'une dureté extrême, s'accompagne de rétraction du mamelon et de la peau; évolution lente. L'encéphaloïde est volumineux, sa consistance devient molle.

Quant au *traitement* des tumeurs du sein, nous devons avouer que ni les tumeurs bénignes, ni les tumeurs malignes ne subissent aucune action curative des remèdes internes. Les iodures, l'arsenic, etc, font partie de l'ensemble des moyens qui constituent le *traitement* plutôt *moral* que physique, et il est souvent à propos de s'en servir dans ce but.

Le rôle du chirurgien se borne à soutenir les forces et à calmer les douleurs. La morphine à l'intérieur ou en injections hypodermiques rend de grands services.

Non seulement les topiques dits *résolutifs* restent sans efficacité contre les tumeurs du sein, mais ils peuvent même avoir une action nuisible sur la peau qu'ils irritent et enflamment. Messieurs, je proteste énergiquement contre cette funeste habitude qu'ont certains médecins d'appliquer des emplâtres ordinaires, des onguents sur les tumeurs du sein: il y a déjà trop de charlatans, hommes ou femmes, qui, par ce moyen, abusent de la crédulité de ces pauvres affligées.

Que les médecins se rappellent bien que quand il s'agit de cancer, l'intervention chirurgicale doit être radicale, c'est-à-dire qu'il faut être certain de pouvoir enlever tout le mal, sinon, il est mieux de s'abstenir *complètement*.

Le chirurgien peut se servir de caustiques puissants, tels que le chlorure de zinc (pâte de Canquoin), les flèches de Maisonneuve, le fer rouge (thermocautère), mais il ne fait qu'irriter et activer la maladie en se servant, soit du nitrate d'argent, soit d'une solution faible des autres caustiques.

Sur dix patients qui se présentent ici avec des maladies cancéreuses, il y en a au moins huit qui ont essayé des onguents, emplâtres, etc, qui n'ont eu pour effet que d'irriter la partie malade, d'y activer la circulation et par conséquent de hâter le progrès de l'affection.

L'effet le plus dommageable n'est cependant pas celui que je viens de vous signaler, mais c'est d'*amuser* ainsi ces malheureux durant des

semaines et des mois, et quand, en désespoir de cause, ils viennent consulter les hommes mieux renseignés, il est trop tard ; le cancer a envahi la peau et les ganglions, et l'opération est impraticable et des plus risquées. Soyez donc bien avertis que quand une femme vous ira trouver pour "quelque chose au sein", comme elles disent toujours, votre devoir est de l'examiner attentivement et, s'il le faut, d'appeler un confrère en consultation.

Faites de suite votre diagnostic, puis suivant le cas, enlevez *complètement* la tumeur ou ne faites rien du tout. Surtout, n'amusez pas la malade jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour opérer avec chance de succès, car, dans ce cas, vous seriez en partie la cause de sa mort.

Messieurs, je ne saurais terminer cette leçon d'une façon plus avantageuse et plus instructive pour vous, qu'en vous donnant un résumé et des extraits d'une clinique de M. Chs Monod, agrégé de la Faculté de Paris et suppléant de M. le prof. Trélat à l'hôpital Necker. Je suis heureux de pouvoir vous dire, en passant, que j'ai connu intimement M. Monod, à Paris, il y a déjà douze ans, et que j'ai pu, dès lors, apprécier son jugement sain et ses vastes connaissances. C'est pourquoi je vous livre en toute confiance ces extraits que vous saurez, j'en suis certain, apprécier autant que je l'ai fait moi-même.

Voici, dit M. Monod, la marche habituelle du cancer du sein : nodosité ou tumeur, d'abord intra mammaire, plus ou moins perdue dans l'épaisseur de la glande, qui devient ultérieurement adhérente à la peau, amène la tuméfaction des ganglions de l'aisselle, s'unit profondément aux muscles et à la paroi thoracique, s'ulcère enfin et finit par entraîner la mort par la généralisation dans les différents viscères et par cachexie.

Il est intéressant pour le chirurgien appelé à prendre une détermination, et à la prendre en temps utile, de savoir dans quel ordre ces diverses phases de la maladie se succèdent, et s'il est possible d'assigner à leur apparition une date plus ou moins précise.

L'étude des statistiques fournit sur ce point des données intéressantes. Il résulte de l'ensemble des faits analysés par les auteurs que, jusqu'au *septième* ou *neuvième* mois, la peau reste habituellement intacte, tandis que vers le quatorzième elle est presque toujours déjà adhérente à la tumeur sous jacente.

En règle générale, on peut admettre que la *tuméfaction des ganglions* de l'aisselle survient en même temps que l'envahissement de la peau ou la suit de très près. J'ai à peine besoin de vous faire remarquer l'importance pratique de cette notion. Toutes les fois que la peau sera prise, on soupçonnera qu'il y a dans l'aisselle des ganglions apparents ou cachés, et l'on devra apporter à leur recherche les soins les plus minutieux. Le fait seul de l'altération de la peau autorise à prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, pour procéder à une exploration directe. L'adhérence aux muscles et à la paroi thoracique ne vient qu'au troisième rang, par ordre de date, dans l'évolution du cancer du sein. L'ulcération de la peau est le dernier terme de cette série d'accidents locaux.

En somme, et pour résumer d'un seul mot les indications qui précèdent, nous voyons que vers la fin de la première année ou au commencement de la seconde, la peau est prise et les ganglions de l'aisselle tuméfiés. Six mois plus tard, la tumeur devient adhérente au thorax, puis elle

s'ulcère. En d'autres termes, pour que l'opération soit faite en temps vraiment opportun, c'est-à-dire alors que le mal est absolument local, n'ayant on aucun point franchi les limites de la glande, il faut qu'elle soit pratiquée avant le neuvième mois. Plus tard, elle pourra évidemment être encore tentée, mais elle devra emporter, non seulement la peau dans une étendue variable et les ganglions de l'aisselle, mais aussi le plus souvent une partie plus ou moins profonde des tissus fibreux et musculaires de la paroi thoracique. Plus tard encore, plus on s'éloignera de la fin de la seconde année de la maladie, plus l'intervention deviendra aléatoire. Le moment viendra bientôt où la généralisation du mal contre indiquera absolument toute opération. C'est en effet à la fin de la deuxième année ou au commencement de la troisième que les auteurs s'accordent à placer la date de l'apparition des premières métastases viscérales.

La mortalité de l'amputation du sein pour cancer est d'environ 15 à 16 p. c. L'opération n'est par conséquent pas de celles dont la gravité soit telle qu'il faille, de ce chef seul, renoncer à l'entreprendre.

Le chiffre proportionnel des guérisons définitives serait d'environ 10 p. c. Dans bon nombre de cas où la guérison a été ainsi obtenue, les malades ont dû subir une seconde, parfois une troisième opération, avant que le succès ait pu être considéré comme assuré.

La récidive se produit du troisième au sixième mois, très rarement au-delà de la première année qui suit l'opération.

Pour Broca, le résultat de l'opération est d'augmenter de plus de six mois la durée moyenne de la vie; d'autres prétendent même que la survie est prolongée de dix mois. Si plus tard la récidive se produit, la suppression momentanée de leur mal et de leurs souffrances a du moins procuré aux opérées un soulagement réel. L'espoir d'être définitivement guéries leur donne une satisfaction morale dont il faut tenir compte. Une intervention chirurgicale qui n'est pas très grave, et qui loin d'abréger les jours, donne une survie, est donc pleinement autorisée.

Conclusion générale: L'intervention chirurgicale dans le cancer du sein ne doit pas être a priori rejetée, mais pour être réellement utile, elle doit satisfaire à deux conditions essentielles: elle doit être faite en temps opportun, elle doit être aussi complète que possible; c'est dire que l'opération sera précoce avant que le septième ou le neuvième mois au plus se soit écoulé depuis le début de la maladie. A cette époque, ni la peau, ni les ganglions ne sont atteints; alors, en enlevant la glande entière, on est à peu près certain d'enlever tout le mal. Dans ces conditions il est permis de parler de la curabilité du cancer. Dans certains cas, l'opération est formellement contre-indiquée, par exemple, lorsque le néoplasme mammaire s'accompagne de nodosités cutanées, disséminées à la surface de la région malade. Ces petites masses, indépendantes de la tumeur principale, de même nature cependant, s'étendent souvent au loin sur la peau de thorax. En pareil cas, une opération complète est impossible, et la récidive dans la cicatrice ou dans son voisinage est fatale. Afin de vous bien graver dans la mémoire la gravité de ces petits corps durs, de ces nodosités disséminées dans la peau, je vous rapporterai un exemple. J'opérai, il y a quelques années, la femme d'un confrère médecin, Mme. M. B. Autour du sein, nous, (son mari et moi) ayant constaté ces petits corps durs, ces nodosités, refusâmes d'abord l'opération, mais cette pauvre malade était tellement inquiétée

par sa tumeur, qu'elle insista avec persistance à se faire opérer, ce à quoi nous consentîmes plutôt dans le but de la délivrer de ses inquiétudes que dans le but de la guérir. La plaie ne se ferma pas, une large étendue de peau environnante se remplit de ces nodosités, et la mort survint quelques mois après l'opération.

Le cancer en cuirasse de Velpeau, qui est plutôt un cancer des téguments que de la glande elle-même, s'étend à toute la partie antérieure du thorax, est aussi un de ceux auxquels il ne faut pas toucher. Le squirrhe *atrophique ou rétractile* du même auteur se rencontre presque exclusivement chez les femmes âgées.

Le mal peut être porté pendant des années sans qu'il paraisse retentir sur l'état général. Il faut donc ici encore savoir ne pas agir, car l'intervention ne ferait qu'accélérer la marche de la maladie et hâter la terminaison fatale. Dans l'âge adulte, vous trouverez encore des cas dans lesquels il vaut mieux s'abstenir. Mais ces cas sont difficiles à définir; c'est chez des femmes qui ont toute l'apparence d'une santé parfaite. Les seins sont gros, proéminents, l'un est manifestement *plus volumineux* que l'autre, il est plus dur; on y perçoit une *masse principale* formant tumeur; le tissu glandulaire voisin n'a plus la *souplesse* normale, on y découvre des *indurations* à limites *peu précises*, disséminées dans toute l'étendue du sein. Profondément dans l'aisselle, à travers une couche épaisse de tissu graisseux, on perçoit des ganglions tuméfiés.

Ici encore, lorsque l'on opère, la récidive se fait avec une promptitude extrême, le plus souvent dans la plaie avant qu'elle ne soit fermée.

Laissée à elle-même la maladie marche avec une moins grande rapidité. La mort survient un an au plus après le début du mal, mais ces cas sont difficiles à reconnaître d'avance.

Enfin ai-je besoin de vous dire, que si vous constatez chez vos malades la moindre trace de généralisation, la non intervention sera un devoir absolu.

Lorsque les ganglions *sous-claviculaires* sont manifestement tuméfiés, n'opérez pas. Leur altération est, presque à coup sûr, l'indice d'une généralisation commençante.

Lorsque les produits néoplasiques ont, du sein, gagné les ganglions axillaires, et que franchissant cette première barrière, ils ont atteint les ganglions souspectoraux, puis ceux qui siègent au dessus de la clavicule, il y a grande chance pour que l'infection se soit propagée plus loin, sans peut-être se révéler encore par des signes appréciables à l'exploration directe. On ferait donc, en intervenant, une opération inutile et même nuisible; s'abstenir sera plus sage.

En dehors de ces contre-indications, et dans les conditions que je vous ai exposées plus haut, j'estime que le cancer du sein peut et doit être opéré. Ces conditions, je les résume d'un mot: opération *précoce* si possible; en tout cas opération *complète*.

Ainsi conduite, votre intervention sera absolument justifiée, et vous pouvez espérer qu'elle sera utile. Elle procurera à votre malade au moins quelques mois de survie, et parfois, plus souvent qu'on ne le croit communément, une guérison définitive.

Physiologie et pathogénie de la fièvre ; (1)

par L. J. V. CLÉROUX, M. D., Montréal.

L'élévation constante de la température normale est le signe caractéristique de la fièvre. Ce symptôme suffit à lui seul pour définir l'état fébrile, car la plupart des autres phénomènes liés à cet état morbide dépendent de l'élévation de la température.

La fièvre est donc intimement liée à la calorification, et pour en étudier la nature il convient d'être bien fixé sur le mécanisme physiologique de la température. C'est pourquoi je rappellerai brièvement les divers phénomènes qui président à la calorification.

Aucun organe n'est spécialement destiné à la calorification. Elle est produite par les combustions qui s'opèrent au niveau des tissus aux dépens de l'oxygène de l'air et des matériaux fournis, soit par les aliments, soit par nos propres tissus.

Le rôle du sang, dans les phénomènes calorifiques, consiste à porter l'oxygène aux éléments anatomiques ; il reçoit d'eux sa chaleur, qui est d'autant plus considérable que l'état fonctionnel des organes d'où il s'échappe (muscles, glandes, etc.) est plus énergique ; et de plus, il établit l'équilibre thermique dans tout l'organisme. Il ne faudrait pas croire, cependant, que dans le liquide sanguin il ne puisse se développer des actes produisant de la chaleur. Ils sont tellement limités que nous n'en tenons pas compte ici.

Ces sources de production de chaleur amèneraient une élévation incessante dans la température du corps, si elles n'étaient soumises à des pertes de chaque instant. Nous cédons, par rayonnement et par contact, une certaine quantité de chaleur à l'air et aux objets qui nous entourent, et en second lieu, l'évaporation qui se fait constamment à la surface des poumons et de la peau constitue pour l'organisme une source considérable de refroidissement. L'absorption des corps froids et enfin une certaine quantité de forces vives mises en liberté et utilisées pour la production du mouvement sont aussi des causes de déperdition de chaleur.

La source de la chaleur se trouve donc en grande partie dans la *force nutritive* qui détermine la production des phénomènes physico-chimiques de la nutrition. Cette force est d'autant plus active que le liquide nourricier (lympe et sang) est plus abondant et plus riche, et que les tissus se prêtent davantage aux échanges nutritifs.

Le système nerveux, par son action constrictive ou dilatatrice sur les vaisseaux capillaires, peut diminuer ou accroître la quantité de blastème nutritif, et par son action tonique, stimulante ou trophique sur les tissus, il les prédispose plus ou moins aux échanges nutritifs. Le système nerveux exerce donc une influence considérable sur la thermogénèse.

M. Bernard admet l'existence de nerfs spéciaux thermiques dont l'action immédiate aurait pour conséquence une suractivité sur place dans les échanges chimiques avec production de chaleur. M. Vulpian et plusieurs autres physiologistes rejettent l'existence des nerfs thermiques et admettent que les nerfs céphalo-rachidiens et sympathiques,

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Montréal.

tout en accomplissant leur action physiologique sensitive ou motrice, favorisent et gouvernent en quelque sorte la nutrition des tissus qu'ils innervent. L'abaissement de la température et la dégénérescence du tissu dont le nerf rachidien a été sectionné sont une preuve de l'influence exercée par ces nerfs sur la nutrition ou la thermogénèse.

Le grand sympathique possède une autre action beaucoup plus importante relativement à la thermogénèse. C'est lui qui, par les capillaires, préside à la distribution du liquide nutritif dans les tissus. Son action est pour ainsi dire mécanique, il régularise la calorification en tenant les vaisseaux capillaires dans un état de contractilité qui ralentit la circulation dans les tissus, suivant les besoins de la nutrition et de la calorification. L'influence de ce nerf ne se limite pas à la régulation des phénomènes produisant de la chaleur, il intervient aussi dans la régulation des déperditions. Ainsi, lorsque les causes de calorification augmentent, le système sympathique dilate les vaisseaux capillaires cutanés et pulmonaires et exagère le nombre des respirations, ce qui produit une perte plus grande de calorique par l'évaporation à la surface de la peau et du poumon. Le contraire se produit lorsque ce sont les causes de refroidissement qui augmentent.

On ne peut séparer l'action des nerfs de celle de leur noyau d'origine, puisque la fibre nerveuse n'est qu'un fil conducteur reliant les divers tissus de l'économie avec la cellule nerveuse. La fibre nerveuse reçoit de la cellule sa force excitante et trophique. Les liquides de l'économie peuvent aussi être des excitants de la fibre nerveuse.

La moelle épinière et le bulbe possédant les noyaux d'origine des nerfs rachidiens et du sympathique, exercent sur la calorification une influence très accusée. Si l'on sectionne transversalement la moelle épinière d'un animal, la production de la chaleur augmente aussitôt de 4° à 6°, et plus la section est rapprochée du bulbe, plus l'augmentation de la température est rapide. On explique cette élévation par l'influence modératrice qu'exerce le sympathique sur les processus d'oxydation; et c'est comme conséquence de sa paralysie que se produit l'élévation de la température après la section de la moelle.

L'influence du cerveau sur la calorification est encore peu connue, et les modifications de la température locale et générale signalées par MM. Ludwig et Vulpian, après des lésions de certaines parties du cerveau, paraissent le résultat de troubles vaso-moteurs.

Ces dernières considérations terminent les principales données qui concernent ce mode de production de la température normale.

Nous abordons maintenant l'étude de la température fébrile.

La température du corps chez l'homme sain et dans les conditions ordinaires de la vie se maintient à peu près fixe; elle est de 37° si on l'observe à l'aisselle, et elle augmente de quelques dixièmes de degrés dans le rectum: 30.°3, 37.°5. Lorsque la température se maintient constamment à un degré ou plus au-dessus de la normale, l'organisme est souffrant, il y a fièvre.

Cet accroissement de chaleur résulte-t-il d'une augmentation dans les combustions de l'économie ou d'une diminution dans les déperditions de chaleur comme l'ont soutenu Flasse et Fick?

La majorité des physiologistes et des cliniciens admettent une exagération de la sécrétion de l'urée et une augmentation dans l'exhalation de l'acide carbonique, dans le processus fébrile, non pas, bien entendu,

en comparant les chiffres à ceux que l'on observe chez l'homme sain, mais bien à la quantité d'urée et d'acide carbonique que l'on constate chez l'homme à jeun; de plus, l'application de la calorimétrie faite par Liebermeister et Kernig a démontré par des expériences précises que le fébricitant émet plus de chaleur que l'homme sain.

Ces données suffisent amplement, je crois, pour démontrer l'augmentation des combustions dans la fièvre.

«Diverses théories ont été invoquées pour expliquer le processus fébrile. Dujardin-Beaumez les groupe en trois classes principales: dans l'une on repousse absolument toute augmentation dans les combustions de l'économie et l'on invoque, pour expliquer le processus fébrile, les modifications apportées dans ce réseau capillaire: ce sont les théories de Traube et de Hünter.

«Dans la seconde classe, on admet l'augmentation dans les combustions, mais comme un élément absolument secondaire, le rôle principal étant dévolu aux vaso-moteurs: ce sont les théories de Senator et de Marey.

«Enfin dans la troisième, l'augmentation dans les combustions constitue le fait dominant, principal, et selon que l'on explique cette augmentation dans les combustions, soit par un trouble dans la régulation thermique, soit par l'influence de certaines parties du système nerveux, soit par des modifications dans les vaso-moteurs, on a successivement les théories de Liebermeister, de Cl. Bernard et de Vulpian.»

Les différences qui existent entre ces théories dépendent naturellement du rôle physiologique différent que leurs auteurs donnent aux organes qui président à la calorification. Et de plus, la chaleur étant produite par le fonctionnement de plusieurs organes, on a encore diverses théories suivant que les auteurs localisent la production du processus fébrile dans un organe spécial, à l'exclusion des autres. Le temps ne me permettant pas de discuter toutes ces théories, je me bornerai à vous donner celle qui me paraît réunir les opinions les mieux fondées.

La fièvre est un phénomène sympathique. Elle succède immédiatement ou secondairement à certaines impressions morbifiques particulières qui agissent directement sur l'impressionnabilité organique ou indirectement par le sang. Sous l'influence de cette cause morbifique, les centres trophiques (tels qu'entendus par Vulpian) étant excités anormalement, occasionnent une suractivité de la combustion, laquelle est bientôt suivie d'une élévation thermique. Aussi le premier phénomène de la fièvre est-il une augmentation des combustions, révélée entre autres par l'urine. Ce phénomène précède le frisson ainsi que tout autre signe appréciable de fièvre.

Nous avons vu précédemment que la chaleur normale était produite par de nombreux facteurs; il en est de même de la température fébrile. Le système sympathique n'est certainement pas étranger à la production de la chaleur fébrile. Il demande peut-être une cause plus puissante que n'en requièrent les centres trophiques pour s'associer à eux comme facteurs de la température fébrile; il est peut-être aussi moins prompt que ces derniers à répondre aux mêmes excitations morbifiques, mais son intervention n'en est pas moins évidente.

Impressionné par la cause pyretogène, tout le système capillaire se contracte, soit par l'irritation directe des nerfs vaso-moteurs, soit par

Irritation de la moëlle et du bulbe, soit par action réflexe. Cette irritation continuelle amène l'épuisement ou l'hyposthénie des vaso-moteurs : les vaisseaux sont alors anormalement dilatés et les combustions interstitielles plus actives.

Nous savons que le grand sympathique joue un rôle important dans la régulation de la chaleur. Le désordre que produit la cause pyrogène dans son fonctionnement atténue considérablement son action régulatrice sur la température.

Il ne faudrait pas croire pour cela qu'il n'y a plus de régulation de la chaleur dans la fièvre ; il y a simplement transposition du degré de la régulation. Tandis que l'homme sain maintient sa température autour de 37°, le fébricitant la maintient autour de 39°, 40° suivant l'intensité de la fièvre dont il est atteint, et il la maintient par les mêmes procédés que l'homme sain. Pour Liebermeister l'essence de la fièvre réside dans une régulation de la chaleur pour une température plus élevée que la normale.

Les causes morbides peuvent agir aussi sur la substance organisée, y modifier les processus nutritifs et thermogènes d'une façon tout à fait directe, et par conséquent sans l'intermédiaire obligé du système vaso-moteur. (Vulpian.)

Les excitants morbifiques qui donnent naissance à l'acte sympathique fébrile sont très nombreux. Ce sont d'abord les impressions morales très vives, le chagrin, la douleur, etc, qui surexcitent directement l'impressionnabilité organique. Il est probable que la fièvre inflammatoire prend son origine dans l'excitation nerveuse produite par la lésion inflammatoire, puisque la fièvre peut apparaître avant qu'il y ait absorption de produits provenant de la destruction des tissus enflammés.

La fièvre a encore plus souvent pour causes les altérations éphémères ou prolongées du sang. Le pus et les autres matières provenant des foyers inflammatoires introduits dans la circulation sont des substances pyrogènes, alors même qu'ils n'ont subi aucune fermentation putride. Le sérum du pus, séparé des éléments globulaires qu'il tient en suspension, possède les mêmes propriétés pyrogènes par la sepsine, alcaloïde spécial qu'il contient. Les sérosités des foyers inflammatoires sont également pyrogènes. Le miasme paludéen dans la fièvre de marais, les poisons morbides ou les microbes des fièvres éruptives et des fièvres typhiques, les virus animaux dans la morve et le charbon, les produits d'oxydation surabondants dans la fièvre éphémère par fatigue musculaire, par travaux intellectuels, etc, sont autant de substances qui, par leur présence dans le sang, modifient le fonctionnement des centres trophiques et vaso-moteurs, et déterminent l'élévation de la température de la fièvre.

Traitement du rhumatisme musculaire.—Se fondant sur les propriétés analgésiques de l'acide phénique, M. Hurz conseille l'emploi de ce médicament, en injections intra-musculaires, contre les douleurs, si pénibles parfois, du rhumatisme musculaire. Il injecte une solution à 10/0 ou à 20/0. Les injections sont peu douloureuses et développent tout au plus une sensation de brûlure. L'effet analgésiant se manifeste, paraît-il, au bout de 15 à 20 minutes.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

NOTES DE THERAPEUTIQUE ; (1)

Par H. E. DESROSNIERS, M. D.,

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

Iode.—*Eau chloroformée.*—*Huile de croton.*—*Strychnine.*—*Gelsemium.*—*Hydrastis canadensis.*—*Nitro-glycérine et chlorure d'or et de sodium.*

Iode.—M. le Dr Chéron préconise (*Revue médicale*) l'emploi de l'iode, intus et extra, dans le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, surtout chez les sujets lymphatiques. Pour lui, la teinture d'iode appliquée largement, tous les deux ou trois jours, sur la région des reins, agit comme l'application de la chaleur, c'est-à-dire qu'elle stimule les centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique, et par cela même décongestionne l'appareil utéro-ovarien. De cette décongestion résulte l'arrivée normale du flux menstruel rendu difficile, retardé ou supprimé par l'état congestif morbide de l'appareil utéro-ovarien. La teinture d'iode seule suffit lorsque la névralgie lombéo-abdominale n'est pas intense. Dans le cas contraire, il faut avoir recours à la teinture d'iode morphinée.

M. Chéron estime qu'à l'intérieur, l'iode est de tous les emménagogues celui dont l'action est la plus sûre, plus particulièrement chez les personnes grasses, à peau très blanche, à tempérament lymphatique.

Eau chloroformée.—L'usage de ce nouvel agent thérapeutique commence à se répandre en France. Pour préparer l'eau chloroformée (*Gazette hebdomadaire*), il suffit de verser dans un flacon aux trois quarts plein d'eau distillée un excès de chloroforme pur, d'agiter pendant une heure à diverses reprises le méla. 50, et de laisser déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. L'eau est séparée du chloroforme en excès par désantation. Elle contient près de 1 pour 100 de chloroforme. A ce degré de concentration, cette solution est douée d'une action locale trop irritante pour être aisément supportée à l'intérieur. Il convient donc d'y ajouter son volume d'eau, sauf à revenir petit à petit à la solution officinale si la tolérance de l'estomac le permet.

Les principales propriétés médicamenteuses de l'eau chloroformée sont les suivantes: Elle calme les douleurs et les sensations nauséuses dont souffrent les malades atteints de dilatation stomacale pendant le stade pénible de leur digestion. Étant un antispasmodique précieux, elle donne de bons résultats dans les vomissements d'origine nerveuse et dans ceux de la grossesse. Elle est enfin un excellent tonique buccal contre les douleurs d'origine dentaire, parce qu'à son action calmante vient s'ajouter sa propriété anti fermentescible. L'eau chloroformée peut donc être considérée, tantôt comme élément actif, tantôt comme excipient. On peut y ajouter, suivant le besoin du moment, divers médicaments, tels que bromure de potassium, salicylate de soude, hydrate de chloral, perchlorure de fer.

(1) Voir la livraison d'avril.

Huile de croton.—M. Harold Senier vient de doter la science d'une importante découverte. Dans une communication à la *Pharmaceutical Society of Great Britain*, il dit avoir pu, au moyen de l'alcool, séparer l'huile de croton en deux parties, l'une soluble dans le véhicule où réside le principe vésicant, l'autre insoluble, dénuée de toute action révulsive. C'est à cette dernière portion, insoluble dans l'alcool et non révulsive, qu'appartient toute la propriété purgative. Elle n'est pas trop irritante et agit bien à dose de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{2}$ goutte. On l'administre sous forme de pilules, combinée au carbonate de magnésie ou à l'extrait de jusquiame. L'huile soluble dans l'alcool contient le principe vésicant. Elle est d'une couleur brune, d'une odeur forte d'huile de croton, d'un goût brûlant persistant, de réaction acide. Appliquée sur la peau, elle y fait promptement lever des pustules.

Il y a donc tout avantage à employer les huiles de croton telles que préparées par le procédé Senier. Délivrée de toute la partie purgative, l'huile vésicante agira beaucoup plus rapidement sur les surfaces auxquelles elle sera appliquée. Par contre, l'huile purgative privée du principe irritant sera d'un emploi beaucoup plus sûr et moins dangereux, outre qu'elle pourra être administrée à doses plus petites.

Strychnine.—Le Dr Emile Dephilage, de Mons, (*Journal d'accouchements*) fait de la strychnine un succédané du seigle ergoté dans les cas de dystocie par inertie utérine. A l'en croire, l'action de la strychnine serait même plus efficace que celle de l'ergot de seigle. Il l'administre en granules contenant $\frac{1}{100}$ gr. de sulfate de strychnine, et donne un de ces granules toutes les dix minutes.

Gelsemium.—Dans une communication à la *New-York Clinical Society*, le Dr L. E. Holt a rapporté un cas de douleurs post-puerpérales traitées avec succès par le gelsemium. La malade ne pouvait supporter l'opium, et toutes les applications locales ordinaires étaient restées sans effet. Le soulagement fut assez prompt sous l'action de doses fractionnées et fréquemment répétées de teinture de gelsemium.

Hydrastis canadensis.—Le Dr Schatz, de Rostock, a expérimenté ce médicament dans le traitement des troubles de la menstruation. L'hydrastis semblent agir sur les muqueuses dont il faut contracter les vaisseaux, et en particulier sur celle des voies génitales chez la femme. Schatz a obtenu des résultats favorables surtout dans les métrorrhagies dues à la présence de fibromes utérins, les hémorrhagies de l'état puerpéral et les ménorrhagies se montrant chez les jeunes filles de quinze à dix-huit ans, enfin dans tous les cas d'endométrite chez lesquels le grattage est resté sans effet. Dans la plupart des cas il administrait le médicament une semaine avant le début présumé de la période menstruelle. Là où les menstrues se montraient plus fréquentes, il donnait l'hydrastis plus à bonne heure encore. En plusieurs cas, l'hémorrhagie non-seulement fut moins profuse et dura moins longtemps, mais fut parfois tout à fait supprimée. Dans des cas de myômes, les pertes cessèrent durant des mois entiers. L'extrait fluide d'hydrastis était administré à dose d'environ vingt gouttes, trois fois par jour.

Nitro-glycérine et chlorure d'or et de sodium.—A la suite de plusieurs observateurs qui ont déjà expérimenté la glonoïne, le professeur Bartholow, de Philadelphie, vante (*N.-Y. Medical Journal*) l'emploi de cette substance dans le traitement de la maladie de Bright. Il se base pour cela sur le fait, manifestement établi, que la nitro-glycérine abaisse d'une manière marquée la tension vasculaire et favorise la dilatation des capillaires, diminuant par là même la somme de force que le cœur doit mettre en jeu, et le soulageant d'autant. Il prescrit le médicament dans les premières périodes de la néphrite aiguë et aussi dans les cas de lésions mitrales compliquées d'albuminurie. Dans la néphrite chronique, elle serait indiquée à toutes les périodes, mais surtout avant, qu'il se soit produit d'hypertrophie des fibres musculaires des artérioles. Bartholow fait préparer une solution alcoolique de glonoïne au 100e (une minime de cette solution renfermant $\frac{1}{100}$ grtte de nitro glycérine pure), et en donne une goutte toutes les 3. $\frac{1}{2}$ ou 6 heures, augmentant la dose jusqu'à ce que les effets caractéristiques du remède se soient produits.

Le chlorure d'or et de sodium est réservé, vu ses propriétés altérantes qui le rapprochent du bichlorure de mercure, aux formes chroniques du mal de Bright; on doit le donner à bonne heure afin de prévenir si possible, les lésions de structure du tissu rénal. La dose ordinaire est de $\frac{1}{2}$ gr. deux fois par jour; on peut cependant commencer par $\frac{1}{10}$ ou $\frac{1}{15}$ gr. S'il se produit des effets désagréables, on réduit la dose davantage. Il va sans dire que le traitement du mal de Bright par la nitro-glycérine et le chlorure d'or et de sodium n'exclut pas l'emploi des autres mesures, hygiéniques, diététiques, etc. Pour mieux apprécier les effets de ces deux médicaments, il vaut mieux les donner à l'exclusion de tout autre remède. Cependant les nitrites d'amyle et de sodium peuvent être donnés comme auxiliaires de la glonoïne, et le bichlorure de mercure comme synergique du chlorure d'or et de sodium. Si au bout de trois ou quatre semaines de cette medication, le sujet n'en éprouve aucun soulagement, il faut avoir recours à d'autres moyens.

Luxation scapulo-humérale produite par un éternuement.—Le Dr RICKERT, de Baltimore, relate le cas suivant (*Maryland Medical Journal*). Un Allemand âgé de vingt-cinq ans, d'une musculature extraordinaire, était occupé à panser un cheval quand il eprouva le besoin d'éternuer. Il ce-sa son travail, éleva le bras gauche au dessus de sa tête en appuyant sa main sur le mur de l'écurie, et dans cette position, se livra à un violent éternuement. Il s'ensuivit instantanément une luxation de l'humérus gauche avec engagement de la tête sous la clavicule, luxation que le Dr Rickert réduisit immédiatement à l'aide du chloroforme.—Ce fait nous remet en mémoire un autre qui nous a été raconté par le Dr A. Malherbe et qui s'est passé, il y a quelques années, dans le service du Dr R. Anger, à l'hôpital Saint-Antoine. Un épileptique entra, porteur d'une luxation scapulo-humérale. Au cours des manœuvres de réduction, alors que plusieurs tentatives infructueuses avaient déjà été faites le patient fut pris d'une attaque. Lorsque, après la cessation de l'abcès, on voulut s'occuper de nouveau de l'épaule, on s'aperçut que la luxation était réduite.—*Gazette méd. de Nantes*.

Eczéma infantile.—DURING recommande, contre l'eczéma des enfants, un onguent renfermant cinq grains d'iodure de plomb pour une drachme de vaseline.—*Columbus Medical Journal*.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Tuberculose chez les vieillards.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Au No 29 de la salle Saint-Adélaïde est couchée une femme qui est entrée il y a quatre jours. Depuis ce temps elle est restée dans son lit. Elle tousse légèrement et a un peu de fièvre. Quand on l'examine, on trouve des différences dans l'intensité du murmure respiratoire et quelques râles. L'appétit est suffisant et il n'y a pas de diarrhée. Elle assure n'être malade que depuis deux mois et affirme n'avoir jamais craché de sang. Elle semble, en un mot, ne pas être malade, et cependant cette femme est tuberculeuse.

Ce n'est pas toutefois sans une certaine attention qu'on arrive à ce diagnostic. En effet, à part une sénilité anticipée, l'état général de cette malade n'offre rien de particulier, et cet aspect bénin ne change de face que lorsqu'on examine la poitrine. Si vous faites asseoir la malade et que vous percutiez son thorax, vous constatez que la sonorité est normale en arrière et en bas, tandis qu'en haut, il y a une différence entre le côté droit et le sommet gauche. Cette modification de timbre n'est pas suffisante pour savoir quel est le côté malade. Il faut donc pousser plus loin ses investigations et avoir recours à l'auscultation. On constate alors que le murmure respiratoire est normal à gauche, tandis que du côté où la sonorité est diminuée on a une respiration rude et des râles sous crépitants. Ces signes, qui n'existent que de ce côté et rien qu'au sommet, sont suffisants pour établir le diagnostic. L'auscultation ne nous fournit aucun signe, mais le siège particulier et la coïncidence avec une diminution de la sonorité nous indiquent qu'il y a là induration du sommet avec bronchite. Nous sommes donc conduits à dire que cette femme est tuberculeuse et que la maladie est sur les limites du premier au deuxième degré. Cette affection est lente et insidieuse. Rien ne la fait pressentir. Vous voyez cependant qu'on arrive à un diagnostic précis. Ce qui pouvait amener des hésitations, c'est que l'affection étant médiocre se compliquait de bronchite et de lésions anciennes. Ce qui compliquait ce diagnostic c'est que son état d'affaïssement ne ressemble pas à celui des tuberculeux ordinaires. Quant à l'état de flaccidité des chairs, il paraît plutôt se rapporter à la sénilité.

Voilà la forme que la tuberculose affecte chez les vieillards. Or, dans ces conditions d'âge, la phthisie est une maladie dont le diagnostic est très difficile. Il est même si difficile qu'elle échappait autrefois à l'esprit et qu'on prétendait qu'elle était rare. Laennec réagit contre cette opinion et prétendit le contraire. Aujourd'hui, quoiqu'on soit revenu sur cette opinion, la tuberculose reste néanmoins une affection assez fréquente chez les vieillards. Les statistiques, comme celle de Philadelphie par exemple, le prouvent suffisamment. Vous savez du reste que c'est entre 20 et 30 ans qu'on rencontre le plus grand nombre de phthisiques et, qu'à partir de cette époque, la tuberculose va en décroissant. On trouve, en effet, entre dix et cinquante ans les

cinq sixièmes des tuberculeux et entre cinquante et quatre-vingt-dix le dernier sixième. Doit-on en conclure que la tuberculose est rare dans cette deuxième période? Non, si l'on se rappelle que la population est moins dense entre cinquante et quatre-vingt-dix ans que dans la première période. Le chiffre du sixième peut alors être porté à un tiers, si l'on admet que la première période contient la moitié plus de morde que la deuxième.

Je ne veux pas insister davantage sur ce sujet, mais je tenais à vous faire remarquer que la phthisie existe dans la vieillesse et que son diagnostic est difficile. Passons maintenant à l'anatomie pathologique. Les tubercules sont crétaçés et n'offrent rien de spécial. L'emphysème est une lésion que l'on rencontre assez souvent. Il est toujours généralisé et diffère en cela de celui de l'adulte qui est localisé. Dans les bronches, dans le larynx, les lésions sont les mêmes que chez la jeunesse. La phthisie laryngée, qu'il ne faut pas confondre avec l'ossification des cartilages du larynx, est assez rare. Les accidents abdominaux et les péritonites ne sont pas fréquents. La prédominance est plus constante au poumon et, si cela est vrai en ce qui concerne la phthisie commune, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la tuberculose granuleuse. Dans ce cas, la tuberculose se généralise presque comme chez l'adulte. On a des exemples de granulations ayant envahi les plèvres, les méninges. Lorsque j'étais médecin des Ménages, j'ai eu l'occasion de faire une autopsie de vieillard atteint de granulations. Elles occupaient le poumon, les plèvres, les méninges et même les os.

Voilà donc une maladie qui ressemble à celle des adultes, mais il n'en est pas de même dans la tuberculose aiguë. La forme typhoïde ne se rencontre pas et, quand elle survient, elle se présente sous trois aspects. Tantôt ce sont les phénomènes bronchiques qui prédominent; tantôt ce sont les accidents cérébro-spinaux et quelquefois c'est l'adynamie. Les malades vont alors en s'affaiblissant de plus en plus et meurent épuisés. Quand à la tuberculose miliaire non fébrile, elle n'est pas bien rare chez le vieillard. Il arrive souvent qu'en faisant l'autopsie d'un homme âgé qui vient de succomber à une affection aiguë, on trouve des granulations. On en rencontre aussi chez les adultes. Vous en avez vu ici un exemple sur lequel je n'insisterai pas, parce que je veux concentrer toute votre attention sur la phthisie commune.

Parmi ses symptômes il faut noter l'hémoptysie, qui est quelquefois très abondante. Durand-Fardel a été témoin d'une hémoptysie foudroyante à l'âge de soixante-quinze ans. On trouve, en remontant plus loin, quelques cas du même genre. Le fait est possible, mais il n'est pas fréquent. La fièvre paraît peu accentuée, parce qu'on ne la cherche pas toujours avec une attention suffisante, la répartition de la chaleur ne se faisant pas aussi bien que chez l'adulte. Beaucoup de ces vieillards ont des signes très légers qui décèlent un commencement de tuberculose au milieu de signes qui proviennent, ou d'une affection antérieure, ou d'une maladie existant en ce moment. Ainsi, la matité peut être masquée par l'emphysème, et elle le peut d'autant mieux que l'état congestif semble être moins avancé.

Vous savez que ce que nous diagnostiquons ce ne sont pas les tubercules, mais l'état congestif qui les accompagne, état congestif qui donne lieu à la matité et à la rudesse de la respiration. Voilà comment se fait le diagnostic du premier degré; et cela est si vrai, qu'il n'y a pu

d'amaigrissement et qu'on ne peut pas bien prendre la température axillaire. C'est pour cette raison que, dans certains services, on prend la température rectale, qui a l'inconvénient de ne pas pouvoir être comparée avec la précédente. La fréquence du pouls a encore moins de valeur que chez l'adulte. Les transpirations sont aussi moins abondantes.

Voilà les éléments du diagnostic accompagnés de l'exploration physique. Il est bien rare de voir les signes disparaître, non pas que les tubercules soient partis, mais parce que l'état congestif a laissé la respiration se faire. La sonorité peut être modifiée par des lésions existant en dehors des tubercules. Il en est de même des bruits respiratoires. Le catarrhe bronchique vient se joindre aux signes de la tuberculose. Il peut exister dans toute la poitrine. On ne trouve alors que dans un endroit des phénomènes graves. C'est du reste ce que, de plus, vous avez vu chez notre malade. Nous avons été obligés de revenir plus souvent auprès d'elle. Voilà les grandes raisons qui font que le diagnostic est difficile chez les vieillards. Elles sont cependant relatives et on parvient à s'en rendre maître.

Je n'ai pas de règles spéciales à vous donner et je me contenterai de vous parler des maladies avec lesquelles la tuberculose peut être confondue. Elles sont plus nombreuses que chez l'adulte. Le catarrhe bronchique est presque de règle. Ce qui permet d'abriter le diagnostic, c'est la localisation du sommet et l'état général qui est lui-même un moyen bien médiocre. Les dilatations bronchiques entraînent des crachats abondants et une espèce de fièvre qui ressemble à celle des tuberculeux. L'erreur est difficile, les tubercules siégeant au sommet et les dilatations dans la partie moyenne et inférieure de la poitrine. Il ne faut cependant pas croire que ce soit là une donnée absolue. Sans doute, les tubercules sont presque toujours limités au sommet et les dilatations bronchiques n'y siègent pas; mais il y a des exemples où les tubercules ont été trouvés dans la partie moyenne et inférieure de la poitrine et les dilatations bronchiques au sommet. Nous avons un autre élément, c'est la recherche, dans les crachats, des bacilles qui se rencontrent chez les tuberculeux. Ce n'est pas très facile, vu l'abondance de la sécrétion, mais une fois averti, ils valent la peine qu'on y mette de la persévérance. Leur présence affirme nettement l'existence de la tuberculose, mais leur absence ne pourra que rendre probable sa négation.

À côté de ces maladies, reste la pneumonie chronique qui ne nous embarrassera pas souvent. L'étendue de la matité et le souffle sont trop caractéristiques. Quant à l'apoplexie pulmonaire, elle se révèle par l'hémoptysie, siège à la partie moyenne ou inférieure et survient à la suite des maladies du cœur. Il reste une seule maladie, c'est le cancer du poumon. Cette affection secondaire est si rare et a des signes si objectifs qu'il vaut mieux ne pas en parler.

Passons maintenant au pronostic. La phthisie est peu rapide et n'est pas très différente du catarrhe. Un vieillard atteint du catarrhe court à peu près le même danger que celui qui a des excavations tuberculeuses. Ce dernier souvent vivra peut-être plus longtemps que le premier.

Quant au traitement, il ne présente pas de particularités bien spéciales. On est conduit à employer moins souvent les ventouses, la con-

gestion étant moins intense. D'un autre côté, on trouve beaucoup moins ce tempérament lymphatique où toute la préoccupation du médecin est de relever les forces. Un veillard a beaucoup moins d'intérêt à se déplacer. Il faut le maintenir chez lui, il ne faut pas lui faire aller chercher un air fortifiant. La thérapeutique est donc un peu différente. Il en est de même pour ces différents moyens de surexciter la nutrition qu'on emploie chez l'adulte. Dans la vieillesse, il y a peu d'intérêt à agir ainsi. Les voies digestives ne pourront plus assimiler les aliments à l'organisme. L'alimentation est souvent entravée par la denture. Beaucoup de veillards ne peuvent plus mastiquer; quelques-uns ont une quinte de toux, avalent le bol alimentaire qui n'est pas mastiqué et meurent subitement. Il y a donc une surveillance spéciale à apporter dans la nutrition. D'un autre côté, si l'on n'a pas à surexciter l'appétit, il y a à favoriser l'absorption des aliments. Deux médicaments, le tannin et le quinquina d'une part et l'arsenic d'autre part, rendent ce service. Enfin, il ne faut pas oublier l'état catarrhal, qui est quelquefois plus grave que les tubercules et qui nécessite l'emploi de médicaments que vous connaissez, mais qui ne sont pas toujours faciles à employer. Ce sont les expectorants d'une part et les balsamiques d'autre part. C'est ici que le soufre, le tolu, le goudron et l'acide phénique rendent des services. Il y a lieu d'associer les uns et les autres, ce qui a du reste été fait dans les pilules de Morton.

En résumé, vous voyez que cette maladie diffère de celle de l'adulte, que son diagnostic n'est pas toujours aussi facile et qu'on est, dans certains cas, obligé de modifier la thérapeutique.—Praticien.

Variations et disparition des bruits de souffle cardiaques.—A la suite d'une étude sur les variations et changements que l'on observe si fréquemment dans le cas de certains bruits de souffle liés à des maladies organiques bien définies, le Dr E. Hyla GREEVES en vient aux conclusions suivantes : 1^o Quoique les bruits de souffle soient rangés au nombre des signes physiques les plus constants des maladies organiques du cœur, cependant, leur présence n'indique pas nécessairement l'existence de lésions incurables; de même leur absence ne doit pas faire conclure à la non-existence de ces lésions. Quand donc il s'agit d'établir le diagnostic et le pronostic d'un cas quelconque, il ne faut pas attacher trop d'importance à la présence ou à l'absence des bruits de souffle, mais on doit aussi examiner sérieusement les autres symptômes, car souvent eux seuls pourront nous mettre en demeure de faire un diagnostic certain. 2^o Le murmure présystolique dans le rétrécissement mitral, le plus typique de tous les bruits de souffle, disparaît quelquefois, la lésion restant toujours la même.

Les souffles siégeant à la mitrale, au premier temps (insuffisance), s'ils sont dus à un simple relâchement des fibres musculaires et à la dilatation des cavités et orifices, comme cela se voit dans la chlorose et les fièvres, disparaissent presque toujours tout à fait sous l'action d'un traitement approprié. 3^o L'insuffisance tricuspide n'est parfois qu'un accident passager, dû à la bronchite, et disparaissant quand la cause est enlevée, ce qui est indiqué, du reste, par la disparition des murmures. 4^o Les souffles systoliques aortiques dus à une lésion permanente de l'orifice aortique peuvent varier d'intensité, mais ne disparaissent jamais complètement. 5^o Les souffles diastoliques aortiques ont, en de

très rares occasions, disparu, mais dans ces cas, un murmure systolique persiste toujours, indiquant une lésion à la valvule sigmoïde. 6°. Les souffles systoliques pulmonaires sont permanents quand ils sont dus à une lésion organique. S'ils ne sont pas de nature organique, ils peuvent disparaître pour un temps ou pour toujours.—*Western Lancet.*

Impuissance associée à l'emphysème pulmonaire.—Extrait d'une clinique du professeur BARTHOLOW au *Jefferson Medical College Hospital.*

En examinant, même superficiellement, ce malade, vous pouvez établir un diagnostic. Vous voyez que le côté gauche de la poitrine est manifestement plus gros que le côté droit, mais aussi, que toute la cage thoracique est proéminente et présente la forme d'un tonneau. Cela indique un état particulier du poumon, qui se montre dans les premières années de la vie et dans lequel le poumon, en augmentant de volume, amène aussi une augmentation de volume du thorax, car alors, celui-ci n'a pas encore atteint son plein développement, et les tissus qui entrent dans la composition de ses parois sont encore trop mous. Dans ces circonstances, les changements de volume des poumons peuvent se traduire par des altérations correspondantes dans les dimensions de la poitrine. D'un autre côté, c'est une erreur de croire que, parceque la région de la poitrine correspondant au cœur fait voûture, cela soit dû à une hypertrophie cardiaque. Cette voûture est produite par le cœur, mais elle n'est pas due à une augmentation de volume de cet organe.

Ce malade rapporte le début de sa maladie à l'époque de sa troisième année. À cet âge, le libre jeu d'un organe tel que le cœur exercerait sans doute une certaine action sur des parois encore molles. Mais ici, à quoi rapporterons-nous l'augmentation de volume de toute la poitrine? Vous allez me répondre immédiatement: à l'emphysème pulmonaire.

Ce malade, en effet, a toujours, depuis l'âge de trois ans, eu de la gêne de la respiration avec quelques attaques occasionnelles d'asthme. Il a trouvé un moyen de se procurer du soulagement, et comme ce moyen peut vous être utile, je vais vous en parler. Il a découvert que les feuilles de stramonium, plongées dans une solution concentrée de nitrate de potasse, puis roulées en cigarettes et fumées, lui procurent un soulagement complet. Un mélange est souvent plus efficace qu'un remède seul. Un mélange de grindelia, de stramonium, de tabac, de belladone, de jusquiame et autres médicaments de cette classe, plongé dans une solution de salpêtre, puis roulé en cigarettes et fumé, rend souvent les plus grands services dans ces cas. On peut s'en servir *pro re nata*.

Telles sont les particularités relatives à l'état du poumon; mais le malade m'a aussi consulté pour autre chose. Il a quarante ans, et est marié. Cependant il éprouve des pertes séminales involontaires durant la nuit, et quand il va à la garde-robe, principalement lorsqu'il fait quelques efforts de défécation, il se produit ce que le malade appelle un écoulement de sperme; de plus, durant le coït, l'éjaculation se fait beaucoup trop tôt. Comme conséquence de tout cela, il y a une diminution marquée du pouvoir sexuel.

Si nous allions étudier ce cas sans examiner les conditions générales dans lesquelles se trouve le sujet, nous commettrions, je crois,

une grave erreur. Voici en effet un homme qui, depuis plus de trente ans, souffre d'emphysème pulmonaire et de troubles circulatoires. Dans l'emphysème il se produit plus ou moins d'atrophie et de dégénérescence des capillaires du poumon; alors le cœur droit s'hypertrophie et le sang s'accumule dans le système veineux, le système artériel étant plus ou moins ischémié. Quel rapport peut-il y avoir, demanderez-vous, entre ce trouble de la circulation et celui de l'appareil sexuel? L'importance de ce qui précède est considérable quand nous en venons à songer aux médicaments qu'il faut employer, car le trouble sexuel ne pourra disparaître qu'en autant que la gêne circulatoire sera enlevée.

L'érection, vous le savez, consiste dans l'accumulation du sang dans un certain ordre de vaisseaux, et elle ne se maintient que grâce à un appareil particulier qui fait que le sang qui remplit ainsi les corps caverneux se trouve complètement isolé de la circulation générale. Sans cette disposition particulière, l'érection serait imparfaite et transitoire, et le pénis ne pourrait s'acquitter de ses fonctions. Or, il est clair que dans le cas actuel le trouble circulatoire contribue à augmenter le trouble sexuel. D'abord il empêche la réplétion des vaisseaux de la verge, et ensuite, il s'oppose à ce que ces mêmes vaisseaux puissent rester gorgés de sang; c'est ce relâchement de l'appareil génital qui est le point de départ des symptômes observés.

Examinons un peu plus en détail ce trouble sexuel. Comme je l'ai déjà dit, dès lors qu'il se produit la plus légère excitation génitale, le malade éprouve ce qu'il appelle un écoulement de sperme. L'écoulement qui se produit en de telles circonstances n'est composé que de mucus, ni plus ni moins. Les vésicules séminales sont les organes dans lesquels s'emmagasine le surplus du sperme. Celui-ci se trouve très dilué par les sécrétions muqueuses des vésicules séminales, de la prostate et autres glandes annexes. Or ce que l'on suppose être un écoulement *séminal* durant une excitation génésique n'est que l'excès de la sécrétion *muqueuse* des parties ci-haut mentionnées. Cette sécrétion peut contenir quelques-uns des éléments du sperme, mais je l'ai examinée à plusieurs reprises, et je suis fermement convaincu qu'elle se compose à peu près exclusivement de mucus. Je me plais à insister sur ce point parce que ces cas sont aussi nombreux qu'ennuyeux. Les malades demandent du soulagement, et ce soulagement ils sont bien décidés à l'obtenir, par quelque moyen que ce soit. S'ils ne sont pas traités d'une manière convenable, ils vont de médecin en médecin, pour tomber finalement entre les mains de quelque charlatan qui les tond sans pitié.

Même en l'absence de tout autre motif, nous devons à la charité de faire tout ce que nous pouvons pour ces patients qui, en réalité, sont des plus malheureux.

Voilà pour la maladie qui nous occupe. Nous avons ici à combattre un état particulier de l'appareil génital, consécutif à certains troubles circulatoires. Cet état consiste dans le fait que la réplétion sanguine du tissu érectile du pénis se fait mal, le sang sortant des corps caverneux aussitôt qu'il y est entré, ce qui joint au relâchement des vésicules séminales ainsi qu'à l'irritabilité de la prostate et des autres glandes, donne lieu à une hyperémie muqueuse sous l'effet de la moindre excitation.

Quelle médication allons-nous employer? Dans un cas semblable il

Il faut faire usage de remèdes qui augmenteront la tonicité des vaisseaux du tissu érectile et feront que ceux-ci pourront et se gorger de sang, et rester ainsi gorgés tout le temps nécessaire. Quels médicaments atteindront cet objet en même temps qu'ils s'adresseront aux troubles que nous avons constatés du côté du cœur et des poumons? Nous en avons deux qui seront très utiles ici: l'ergot et la digitale. Je vais prescrire une pilule renfermant trois grains d'extrait aqueux d'ergot et un grain de poudre de digitale, à prendre trois fois par jour; en même temps un faible courant faradique devra être appliqué directement sur les parties génitales. Une erreur que l'on commet souvent dans l'emploi de la faradisation c'est que l'on se sert d'un courant trop énergique. Le courant devra être précisément assez fort pour que le malade le puisse sentir.

Les douches chaudes et froides sur la colonne vertébrale rendent également service. Un courant d'eau froide est dirigé sur la région spinale et immédiatement suivi d'un courant d'eau aussi chaude que la malade peut l'endurer. Ni la douche chaude ni la douche froide ne peuvent produire de bons effets si on les applique isolément; c'est dans l'alternative du chaud et du froid que git l'action thérapeutique. Il ne faut pas, en ce cas, oublier de veiller à l'hygiène du malade.—*College and Clinical Record.*

Des douleurs de jambes chez les alcooliques.—Le Dr J. Clifford ALLBUTT dit que ces douleurs sont si caractéristiques et se rencontrent si fréquemment, qu'il est tout surpris de voir combien peu on y attache d'importance. Il ajoute: ces douleurs se montrent plus souvent chez la femme que chez l'homme; elles siègent dans la région tibiale, mais on les constate souvent aussi à la cheville et aux pieds. Très fréquemment elles sont associées à de l'hyperesthésie cutanée. J'ai diagnostiqué plus d'un cas d'ivrognerie secrète par la seule présence de ces douleurs. De fait, quand une femme se plaint de douleurs intenses dans les jambes, au-dessous des genoux, douleurs se montrant surtout la nuit et aussi fortes que celles qui accompagneraient la périostite syphilitique, qu'elle supporte difficilement une manipulation un peu rude de ces membres, qu'elle se couche avec les jambes dans l'adduction et l'extension et le pied étendu, comme dans la sclérose latérale, mais sans rigidité permanente; quand enfin, pour expliquer le tout, on ne peut découvrir aucune cause appréciable, que les tibias sont lisses et qu'il n'y a pas d'autre signe de maladie de la moëlle qu'un peu de tremblement siégeant au coude pied, alors j'en conclus sans beaucoup d'hésitation que l'alcool est la cause de ces accidents. L'abstinence totale des liqueurs spiritueuses est le seul moyen de guérison.—*Brit. Med. Journal.*

Fatigue cérébrale comme signe de la paralysie générale.—M. le Dr SIZARET insiste sur l'importance de la fatigue cérébrale rapidement provoquée comme signe de la paralysie générale. Les symptômes de cette affection, dit-il dans un article de la *Revue médicale de l'Est*, sont nombreux, faciles à constater, et généralement suffisants pour qu'il ne reste aucun doute sur la nature de la maladie. Il arrive cependant qu'au début de la première période, ou pendant une rémission, le médecin éprouve parfois quelque difficulté à formuler un dia-

gnostic d'une gravité aussi exceptionnelle. Il n'y a alors ni embarras de la parole, ni tremblement de la langue ou des lèvres, ni inégalité pupillaire, ni délire, mais seulement un certain degré d'excitation maniaque, d'exaltation du sentiment de la personnalité, quelques actes dénotant une lésion du sens moral, un changement dans le caractère et les mœurs, mais en somme, pas de symptôme qui ne puisse se rencontrer dans quelque autre maladie mentale; le diagnostic est alors ou suspendu ou basé sur le coup d'œil médical acquis par l'expérience.

Dans les cas de ce genre, M. Sizarot considère la fatigue cérébrale rapidement provoquée comme caractéristique de la paralysie générale. Par suite, en effet, de la parésie cérébrale qui existe toujours dès le début de cette affection, tout travail intellectuel suivi, quelque simple qu'il soit, devient impossible au bout de quelques instants. Pour s'en assurer, il suffit d'inviter le sujet à compter de 1 jusqu'à 100, 200, etc. S'il obéit, ce que les paralytiques font en général avec empressement, on le voit bientôt commettre erreur sur erreur, sauter des unités, des dizaines, des centaines, le tout sans s'en apercevoir, et finir par un véritable galimatias.

Certains malades peuvent encore, dans le principe, compter jusqu'à 300 sans se tromper, mais la plupart du temps ils ne peuvent dépasser 100 ou 200 et quelquefois beaucoup moins; le chemin qu'ils parcourent ainsi sans erreur est comme le dynamomètre de ce qui leur reste de force cérébrale. En même temps que la fatigue mentale se manifeste ainsi chez eux, on voit également l'embarras de la parole, le tremblement de la langue, des lèvres, des joues, se produire d'une manière évidente.

Ces deux signes, erreurs en comptant et embarras de la parole, survenant rapidement par suite d'un léger travail cérébral imposé, paraissent constituer un élément précieux de diagnostic dans la première période de la paralysie générale.—*Revue médicale.*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique. — Extrait d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker. (1)—Voyez tout d'abord ce qui se passe dès qu'il existe de la cystite. Cette vessie, que nous avons trouvée si indifférente au contact de l'urine, des instruments du cathétérisme et même des calculs, se montre alors d'une intolérance remarquable même à l'égard de l'urine. Elle se révolte à chaque instant pour en provoquer l'expulsion. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui urinent cinq ou six fois par heure, quelquefois même toutes les cinq minutes.

Toutefois, ce n'est pas la seule sensibilité au contact qui détermine cette fréquence des mictions; c'est aussi une exquisite sensibilité à la distension. Pour la vessie malade, en effet, la distension commence bien longtemps avant que les limites normales de son expansion soient atteintes.

Il n'en est pas moins certain que la vessie enflammée devient aussi très douloureuse au simple contact. L'exploration à l'aide des instru-

(1) Suite et fin.—Voir la livraison d'avril.

ments métalliques, au lieu d'être à peu près indolente, devient très pénible et ne saurait être longtemps prolongée. Mais, pour sensible que soit au contact la vessie malade, elle l'est infiniment plus encore à la distension.

Je ne puis mieux vous en donner la démonstration qu'en vous rappelant ce que vous pouvez facilement constater à chacune des opérations de lithotritie dont vous êtes témoins. Dans la première partie de l'opération, le malade étant chloroformé, vous me voyez procéder au broiement de la pierre et aller à la recherche des fragments dans le bas-fond, dans les plis de la muqueuse, quelquefois même dans des cellules vésicales. Pendant ces manœuvres, les contacts sont réitérés, incessants. Cependant le malade ne témoigne par aucun signe appréciable de la douleur qu'il ressent. C'est qu'il est endormi, me direz-vous. Mais voyez ce qui survient dès que le broiement est terminé et que je pratique le lavage de la vessie. Le sommeil est le même, et néanmoins l'injection du liquide provoque des plaintes, quelquefois des mouvements des membres et surtout des contractions vésicales. Il en est de même pendant l'aspiration de fragments, au moment où, par la pression, je fais brusquement pénétrer dans la vessie le contenu de la poire en caoutchouc.

La distension est donc assez douloureuse pour être vivement ressentie même pendant le sommeil chloroformique, alors que l'action du cerveau et de la moelle paraît suspendue et que le bulbe seul fonctionne encore.

Si vous n'oubliez pas que cette douleur s'accompagne toujours de congestion, vous serez spontanément amenés à déduire des notions qui précèdent des applications pratiques de la plus haute importance.

Vous savez que j'ai conservé l'habitude de préparer les calculeux à la lithotritie suivant les préceptes de Civiale, en pratiquant la dilatation préalable du canal, de manière à diminuer sa susceptibilité et à faciliter l'introduction des instruments métalliques. Après avoir ainsi préparé l'urèthre, on pourrait avoir également l'idée de préparer la vessie par des moyens analogues, c'est-à-dire par des injections. Si l'on parvenait à la rendre plus tolérante, moins contractile, peut-être faciliterait-on l'opération en diminuant les difficultés des diverses manœuvres et de la recherche des fragments dans une vessie contractée. Malheureusement, lorsqu'on veut étendre à cet organe la préparation nécessaire pour le canal, on voit assez souvent éclater soit du côté de la vessie, soit du côté des reins, des accidents graves de nature inflammatoire, qui, une fois nés, se perpétuent. C'est ainsi qu'on a vu des calculeux très habilement conduits jusqu'à la veille de l'opération devenir à jamais inopérables par la lithotritie, ou du moins être reculés de plusieurs mois, pour avoir été soumis à une séance unique de préparation de la vessie.

Les complications très sérieuses qui surviennent dans ces conditions sont le fait pur et simple de la distension; vous arriveriez au même résultat en faisant usage de préparations émollientes, narcotiques ou astringentes, quelques soient, en un mot, les qualités du liquide auquel vous auriez recours.

C'est la crainte de provoquer des accidents du même ordre, c'est-à-dire un redoublement des phénomènes inflammatoires, qui m'engage à m'abstenir de toute intervention directe sur la vessie, à la suite de

certaines opérations, notamment de la lithotritie. Quelques malades, qui avaient déjà de la cystite avant l'opération, ont encore, après elle, des urines tellement sales, boueuses, ammoniacales qu'il semble tout naturel de pratiquer des lavages afin de soustraire la muqueuse au contact toujours irritant de ses produits de sécrétion. Vous ne me voyez cependant y recourir que très rarement. L'expérience m'a appris qu'il fallait être, dans ces conditions, très sobre de toute action directe sur la vessie. C'est pourquoi je me borne le plus souvent à une médication indirecte, prescrivant des cataplasmes et des lavements laudanisés ou bien des potions calmantes, des piqûres de morphine. De même, vous savez que je préconise l'intervention précoce, pour peu que la vessie se vide imparfaitement.

J'ajouterai que, plus les phénomènes douloureux seront accusés, moins il sera permis d'instituer un traitement qui mette en jeu, si peu que ce soit, la dilatabilité de la vessie, alors même que vous n'iriez pas jusqu'à la distension. Si vous vouliez passer outre, vous provoqueriez presque sûrement une recrudescence de la cystite qui deviendrait suraiguë, et vous iriez au-devant de poussées inflammatoires du côté des reins déjà plus ou moins menacés.

Il est bien des cas cependant où la pratique a démontré qu'il ne fallait pas reculer sans cesse devant les cystites aiguës et douloureuses, sous peine de les voir s'éterniser. Il en est qui réclament une intervention directe, et parmi celles-là je vous citerai surtout les cystites blennorrhagiques. Mais il faut alors savoir atteindre la muqueuse sans provoquer la moindre distension. C'est pour cette raison que vous m'avez vu bien des fois pratiquer non pas des injections, mais des instillations, ne laissant tomber à l'entrée du col qu'un nombre limité de gouttes de la solution médicamenteuse.

Si toutefois les phénomènes inflammatoires sont moins aigus, si la douleur est moins vive, il est permis de ne pas s'en tenir aux instillations, surtout quand il s'agit d'un état inflammatoire franchement chronique avec produits de sécrétion très abondants. Mais, si vous avez recours aux lavages, vous mettrez toujours tous vos soins à éviter de distendre la vessie. J'ai eu l'occasion d'écrire dans mes *Leçons cliniques* que la vessie n'était jamais indifférente aux injections. Des auteurs de grande expérience, et Thompson en particulier, recommandent de n'introduire à la fois dans la vessie que de très petites quantités de liquide, 60 grammes environ. J'ai insisté sur l'utilité de ces petites doses répétées, doucement poussées, et comparé le lavage de la vessie à celui de la bouche. Ces préceptes pratiques trouvent leur application dans l'étude que nous faisons ici. Les inconvénients et les dangers de la distension thérapeutique d'une vessie malade sont mis, je crois, bien en lumière par les faits que je vous expose.

Je ne vous ai cependant pas dit encore toutes les conséquences fâcheuses que peut amener la distension. Elle joue dans toute la pathologie urinaire un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne le pense en général. Vous verrez, par exemple, des cystites aiguës se développer sur des individus jeunes et bien portants du reste, sans qu'il soit possible d'invoquer aucune autre cause qu'un retard prolongé dans la miction.

De même, sur les prostatiques, vous aurez souvent l'occasion de voir des rétentions complètes et des poussées de cystite survenir sous la

seule influence de la distension. Dans le cours d'un dîner prolongé ou d'une visite de cérémonie ou dans toute autre circonstance, ils auront dû résister plus longtemps que d'habitude au besoin d'uriner. Il n'en a pas fallu davantage pour provoquer de la congestion, qui elle-même a bientôt déterminé une rétention complète ou partielle. Tel est dans un très grand nombre de cas de point de départ des accidents aigus qui surviennent chez les prostatiques.

Ainsi, messieurs, par diverses considérations empruntées à la physiologie et à la clinique, non seulement je vous ai montré que la distension pouvait entraîner des accidents graves, mais de plus je vous ai fait comprendre son mode d'action.

Cependant une objection a dû naturellement se présenter à votre esprit. Vous savez déjà trop combien s'installe insidieusement la rétention d'urine incomplète par le fait de l'hypertrophie prostatique, pour ne pas être tentés d'y voir un grand fait clinique en opposition formelle avec les opinions que je viens d'émettre. C'est en effet un point important de physiologie pathologique sur lequel il m'est nécessaire de revenir.

Il est vrai que toute une catégorie de malades s'habitue à la distension à tel point qu'il est difficile de retrouver dans leurs antécédents la date exacte du début de la maladie. Souvent elle passe complètement inaperçue. Les premiers troubles, en effet, passent très généralement inaperçus. Ils se bornent souvent à une fréquence de la miction dont le malade s'inquiète peu ou à des troubles digestifs qui détournent l'attention.

Après tout ce que je vous ai dit de la douleur si remarquable causée par la distension, vous avez le droit de me demander comment ces lésions peuvent se constituer insidieusement et presque à l'insu du malade.

C'est qu'il faut établir une distinction absolue entre les effets de la distension aiguë, rapide et de la distension lente progressive. A la première exclusivement s'appliquent tous les développements dans lesquels je suis entré. La seconde est tout à fait différente, non seulement parce que la cause agit peu à peu, insensiblement et d'une façon continue, mais encore parce qu'elle s'observe surtout sur le vieillard et que, chez lui, la couche musculaire, plus ou moins affaiblie, plus ou moins prédisposée à la transformation granulo-graisseuse, réagit très faiblement. J'ajoute que vous retrouverez, dans une multitude d'autres phénomènes empruntés à la pathologie ou observés en dehors des choses médicales, ces effets à la fois si prononcés et si insidieux produits par une action lente, mais incessante. C'est l'histoire de la goutte qui arrive avec le temps à creuser les pierres les plus dures, et cependant la pierre a conservé toute sa résistance, tandis que la vessie l'a généralement perdue au moment où elle est soumise à la distension.

Il était bon de relever cette différence entre les formes aiguë et chronique de la distension, d'abord pour ne laisser persister aucun doute, aucune objection dans votre esprit, ensuite pour vous montrer que vous pourrez parfois, dans la pratique, en imitant cette lenteur d'action qui caractérise la forme chronique, obtenir de bons résultats et éviter de graves accidents. Vous agirez donc lentement, progressivement, soit pour dilater l'urèthre ou même la vessie au besoin, soit inversement pour ramener à leurs dimensions normales cette dernière, ainsi que

les urètres et les bassinets après qu'ils auront été longtemps soumis à une distension excessive.

Vous le voyez, messieurs, aussi bien dans sa forme aiguë que dans sa forme chronique, la distension de la vessie peut conduire aux accidents les plus sérieux. Elle est la cause provocatrice de plusieurs des affections que vous avez à étudier chaque jour, elle prépare un terrain morbide favorable à l'écllosion des accidents les plus graves. Sans doute les effets de la distension lente ont frappé tous les observateurs et n'ont pas besoin d'être aussi particulièrement soumis à votre attention. J'ai dû cependant y insister dans mes leçons cliniques, en étudiant cette forme si indistincte, si grave et si mal connue de la rétention que j'ai appelée : rétention incomplète avec distension.

Mais, quelque soit le haut intérêt de l'étude des lésions sourdement déterminées par la distension lente progressive, quelle que soit la gravité des accidents qu'elle prépare et que le chirurgien paraît provoquer, je crois rester dans la vérité clinique en disant que son étude le cède en intérêt à celle des conséquences immédiates de la distension rapide.

Je cherche à vous bien montrer comment le phénomène douloureux que produit inévitablement la distension même à l'état physiologique, a pour résultats directs et pour ainsi dire immédiats, l'état congestif. Et il ne m'a pas été difficile, en faisant appel aux enseignements fournis par l'étude des cas pathologiques, de vous démontrer de quelle façon l'inflammation succédait à la congestion. J'ai dû insister avec d'autant plus de soin que c'est encore sous l'influence du chirurgien, qui peuvent se développer et les accidents congestifs et les accidents inflammatoires qui accompagnent la distension et lui succèdent. J'ai voulu vous montrer que, toutes les fois que vous aviez à agir sur la vessie, vous ne deviez pas perdre de vue ces notions, dont je ne puis trop vous faire peser l'importance. Vous y trouvez aussi bien des indications qui vous mènent à l'intervention, que des contre-indications qui vous commandent l'abstention. Vous y trouvez surtout une règle qui vous permettra d'agir sur la vessie, en toute connaissance de cause. Vous savez en effet maintenant que vous n'avez rien à craindre de la multiplication des contacts et que vous devez grandement redouter les effets de la distension.

Cela ne veut dire en aucune façon que vous aurez à rayer de votre thérapeutique les manœuvres qui ont la distension pour effet. Lorsque nous faisons les lavages et l'aspiration à la suite du broiement, nous soumettons la vessie à une série de petites distensions. Mais ces distensions successives ne sont ni poussées trop loin, ni trop longtemps prolongées. Elles sont d'ailleurs atténuées dans leurs effets douloureux par l'anesthésie. Aussi serez-vous frappés des différences réactionnelles qui succèdent à l'emploi de l'aspiration et des grands lavages avec ou sans chloroforme. Dans les cas où l'agent anesthésique n'est pas employé, vous voyez souvent survenir des accès de fièvre pour de très courtes manœuvres, alors que des séances prolongées n'avaient été suivies d'aucune réaction.

Vous avez cependant été souvent témoins des fâcheux effets de la distension, malgré l'action la plus complète du chloroforme. C'est ainsi que, si vous faites dans la vessie une injection trop abondante sous prétexte de mieux éloigner ses parois, vous solliciterez ses contractions à ce point que les manœuvres deviendront beaucoup plus

difficiles quo si vous n'avez introduit qu'une petite quantité de liquide ou même quo si vous opérez sans liquide.

On peut dire qu'en règle générale plus une vessie est douloureuse, moins il faut y introduire de liquide, si l'on veut y manœuvrer facilement. Cela vous prouve une fois de plus quelle différence absolue sépare les effets du contact et de la distension au point de vue des manifestations de la sensibilité. Et soyez bien sûrs que les suites de vos opérations se ressentiront de l'observance de ces règles prescrites par la physiologie normale et pathologique. Lorsque vous avez péniblement manœuvré dans une vessie dont vous aurez mal à propos sollicité les contractions par trop de distension,—le trop peut être représenté par un très petit chiffre de grammes, surtout lorsqu'il s'agit d'une vessie douloureuse, même sous le chloroforme,—vous serez exposés à des réactions que vous eussiez évitées en ne voulant pas quand même écarter les parois d'une vessie qui ne peut pas être distendue, parce qu'elle est trop douloureuse. Ayez une seringue dont le piston glisse très facilement de manière à transmettre sûrement à la main qui le pousse les plus faibles contractions de la vessie, et arrêtez-vous dès que vous percevrez la sensation d'une résistance, si minime qu'elle soit. Ainsi, vous resterez dans un juste milieu, évitant à la fois d'opérer à vide et de provoquer la moindre distension.

Les déplorables effets que peut entraîner une distension exagérée ne sauraient non plus être trop présents à votre esprit lorsque vous aurez à pratiquer une taille hypogastrique. Dans le mémoire que j'ai publié sur ce sujet dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, j'ai insisté sur les précautions à prendre pour ne pas forcer la vessie tout en la distendant. J'ai eu surtout en vue les vessies affaiblies dans leur structure anatomique par l'éparpillement des faisceaux musculaires.

Ce sont surtout les vessies douloureuses et *fortement musclées*, les vessies de jeunes sujets, soumises aux incessantes contractions provoquées par une douleur continue et excessive, qui peuvent le moins supporter la distension.

Ainsi donc, l'état d'extrême sensibilité contre indique non seulement toute thérapeutique ayant des injections pour agent, mais s'oppose formellement à l'emploi de la distension ayant pour objet la section hypogastrique. Si, dans des cas semblables, vous aviez à vous décider à une intervention opératoire, c'est, je n'hésite pas à le déclarer, à la section périnéale qu'il faudrait avoir recours.

C'est là une conséquence toute imprévue et cependant démontrée de l'étude que nous venons de poursuivre. Elle s'ajoute à toutes les déductions pratiques que nous a déjà permis de poser l'étude de la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état normal et pathologique. Et encore une fois, ces notions véritablement essentielles trouvent, dans ce cas malheureux, une confirmation que nous devons d'autant plus mettre en lumière que nous n'avons pas su les prévoir.—*Annales des maladies des organes génito urinaires.*

Abcès.—1^o Les premières années de la vie sont celles où l'on rencontre le plus souvent les abcès. 2^o Les deux sexes y sont également sujets. 3^o Chez la femme, les abcès siègent plus souvent dans la partie supérieure du corps. 4^o Chez l'homme, c'est la partie inférieure

qui en est le plus fréquemment atteint. 5^o Les parents de ceux qui ont eu des abcès de nature grave sont eux-mêmes (soit l'un, soit l'autre,) phthisiques ou scrofuleux. 6^o La durée moyenne du traitement des abcès curables est de deux semaines. 7^o Les abcès se divisent naturellement en deux classes : simples et symptomatiques. 8^o Les abcès simples requièrent peu de soins ; ils tendent à se guérir spontanément. 9^o Les abcès symptomatiques demandent beaucoup d'attention ; ils n'ont aucune tendance à la guérison, mais plutôt tendent à passer à l'état chronique. 10^o Les abcès symptomatiques indiquent une maladie constitutionnelle affectant : a. le système osseux ; b. le système glandulaire, le tissu cellulaire ou tout autre tissu que le tissu osseux. 11^o Les maladies constitutionnelles des os sont celles qui sont les moins fatales.—Dr NAIRNE, in *Glasgow Med. Journ.*—Gaillard's *Medical Journal*.

Extirpation des ganglions tuberculeux du cou.—*Société de chirurgie*, de Paris.—M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. Poulet. A la suite de l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou, ce chirurgien a perdu son malade par phlébite suppurée et infection purulente ; de plus une hémorrhagie secondaire avait nécessité la ligature de la carotide primitive.

M. Chauvel suggère les réflexions suivantes :

1^o Au point de vue de la gravité de l'extirpation des ganglions du cou.

Malgré l'opinion de H. Larrey, on peut voir survenir assez souvent des morts à la suite de cette opération. M. Chauvel proteste en outre contre l'expression de *succès incomplets*, dont se sont servis quelques-uns. L'opération réussit ou ne réussit pas. J'ai vu faire, dit-il, un certain nombre d'extirpations des ganglions du cou ; j'en ai fait moi-même, mais ce qui m'en a détourné, c'est la facilité et la promptitude des récidives.

M. Ponlet, s'appuyant sur ses recherches faites en collaboration avec M. Kiener, qui lui ont démontré la nature tuberculeuse de ces productions, est plutôt partisan de l'opération, car il admet que la guérison spontanée n'est pas le fait habituel.

Les avantages de l'extirpation sont la guérison rapide et la suppression de foyers d'infection.

Dans les ganglions au début, on pourrait, dit l'auteur, faire l'extirpation ; dans les cas où les ganglions sont nombreux, ouverts et fongueux, on devrait faire le curage et le grattage.

Ni les idées théoriques, ni les faits n'ont convaincu le rapporteur pour lequel l'hygiène et un bon traitement général, le séjour au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques, un climat sec et chaud, constituent un traitement suffisant. L'intervention pour lui se bornerait au curage et au grattage.

2^o *La nature de l'hémorrhagie.* L'auteur admet qu'elle est de nature septicémique. Le rapporteur ne peut mettre de côté le traumatisme par les instruments mousses qui ont pu dénuder, contusionner des vaisseaux plus ou moins importants.

3^o Quelle conduite tenir en présence de semblables hémorrhagies. La conduite à tenir est celle qu'a suivie l'auteur, c'est-à-dire la ligature

M. DESPRÈS dit que la Société de chirurgie a toujours repoussé à la

presque unanimité les opérations sur les ganglions du cou. Il passe ensuite en revue toutes les affections ganglionnaires et conclut que dans aucun cas on ne doit opérer. Il constate en outre que, malgré le pansement de Lister, on a eu une infection purulente. Il croit que la septicémie est la cause de l'hémorrhagie.

M. Desprès a enlevé trois fois des ganglions strumeux. Une fois, par suite d'une erreur de diagnostic, il avait cru à un lipôme ou à un sarcome, alors qu'il s'agissait de ganglions caséux de l'aisselle. Une deuxième fois, c'était pour un ganglion datant de dix-neuf ans, contre lequel tout avait échoué; une troisième fois pour un ganglion parotidien rebelle. Toutes les fois qu'une tumeur reste stationnaire, il faut l'enlever. Les injections interstitielles ne donnent rien ou donnent des résultats déplorables.

M. VERNEUIL signale à M. Chauvel qu'on peut avoir des succès opératoires et des insuccès thérapeutiques, ce qu'on peut appeler des demi-succès. Je n'ai eu, ajoute-il, que deux ou trois fois l'occasion, depuis trente ans que je fais de la chirurgie, de faire l'extirpation de ganglions strumeux du cou. Je partage les opinions de M. Chauvel au sujet de l'intervention active; elle doit être très restreinte, d'autant que quand les ganglions sont petits on peut les guérir; quand ils sont volumineux, il y en a jusque dans les médiastins. J'ajoute que si on doit intervenir, c'est de préférence à l'extirpation qu'on doit s'adresser. Mais cette extirpation n'est indiquée que quand il y a des accidents de compression. De plus, a-t-on jamais vu mourir des malades par le seul fait qu'ils avaient des ganglions au cou?

Je n'ai pas non plus beaucoup de confiance dans le curage et le raclage, pas plus que dans l'électricité et dans les injections de teinture d'iode. Je me demande comment on peut faire du curage une opération sérieuse quand on a des ganglions dégénérés, adhérents. Le curage et le raclage ne m'ont donné que des résultats très médiocres. J'ai eu des améliorations, mais non des guérisons. Je l'ai essayé pour des foyers tuberculeux, soit des parties molles, soit osseux; j'ai dû finir par faire l'amputation.

M. RICHELOT — Le traitement général n'est pas toujours suffisant pour guérir les adénites du cou; nous en avons de nombreux exemples.

Il est une forme d'adénite, celle qu'on pourrait désigner sous le nom d'hypertrophie ganglionnaire simple, sans foyers de ramollissement ni de caséification, qui guérit très bien par les injections interstitielles de teinture d'iode. J'en ai publié un certain nombre d'observations.

On pourrait se poser une autre question à propos de la ligature de la carotide primitive; il est dit que le malade avait un foyer de ramollissement dans le lobe gauche du cerveau. Cette lésion ne pourrait-elle pas entrer en ligne de compte parmi les causes de la mort?

M. TRÉLAT. — Je suis d'accord avec M. Richelot sur le point relatif à la ligature de la carotide primitive.

Il est impossible en quelques mots d'établir une classification entre les différents traitements à faire contre des lésions dont les causes sont multiples, depuis les adénites inflammatoires simples jusqu'à la lymphadénie et au lymphosarcome.

J'élimine les adénites inflammatoires; mais je ne puis éliminer les lymphadénomes et les lymphosarcomes.

Restent alors les tumeurs scrofuleuses ; car je mets à part la vaste catégorie des adénites strumeuses ayant un caractère plus ou moins inflammatoire.

Ici le plus souvent un traitement général suffit ; mais il est des cas où, malgré tous les traitements, il reste de vastes tumeurs lobulées, ulcérées ou non, que ni le temps, ni les médicaments, ni le régime n'ont pu modifier.

Alors deux cas se présentent :

1^o Il existe une tumeur sans ulcération, analogue à celle dont nous parlait M. Richelot ; on est autorisé à tenter l'ablation, je l'ai faite une dizaine de fois.

2^o Ou bien il existe une tumeur avec ulcération et fistule persistante avec des anfractuosités, sujette à des poussées inflammatoires et à des lymphangites. Dans ce cas, un grattage bien fait et suffisamment profond, de manière à donner une surface nette et vivante, permettra une guérison totale.

Dans les cas d'adénites inflammatoires scrofuleuses, bien souvent on devra s'abstenir.

En somme, il faut tenir compte de beaucoup de conditions. On a affaire à des scrofuleux qui peuvent guérir par un traitement général, mais dans quelques cas la lésion peut résister et on doit intervenir.

M. Trélat donne ici la lecture résumée de deux observations d'extirpation de ganglions tuberculeux. L'une a été présentée à la Société de chirurgie en 1881 ; l'autre observation a trait à un homme d'apparence robuste, opéré en mai dernier par l'extirpation et le grattage des ganglions. Guérison en un mois. M. Trélat ajoute qu'il a eu encore l'occasion d'enlever des ganglions par le curage et le grattage. Il ajoute que le curage ne constitue pas une opération irrégulière, c'est un procédé d'exérèse très régulier ; toutes les fois que des tissus mous se trouvent en contact avec des tissus durs, c'est un procédé plus commode que le bistouri.

On peut mésuser de tous les procédés, de toutes les méthodes, surtout quand ils sont réellement puissants.

M. Verneuil a circonscrit le débat aux ganglions tuberculeux. C'est d'eux seuls, en effet, qu'il s'agit.

Je répondrai en disant que le curage est et doit être un mode d'exérèse absolument total ; il est, dans quelques cas, plus commode que le bistouri.

Hier, j'ai enlevé des tumeurs ganglionnaires de l'aisselle, je me suis servi du bistouri, parce qu'il était plus commode que le curage.

Pour que le curage et le grattage soient complets, il faut les faire énergiquement.

En somme, je suis d'avis, comme M. Verneuil, qu'il faut faire une opération radicale ; la curette est un moyen d'extirpation tout comme le bistouri.

La communication de M. Després vise tout ; il nous a parlé de lymphosarcomes, d'adénites inflammatoires, etc., mais personne ne songe à enlever les ganglions enflammés.

On n'extirpe que les tumeurs tuberculeuses qui ne sont pas curables par les moyens généraux.

L'important est de faire la distinction entre les ganglions tuberculeux et les ganglions hypertrophiés. Je crois les premiers beaucoup

plus fréquents que les seconds. De mon expérience il résulte que, quand on fait le diagnostic d'hypertrophie ganglionnaire, neuf fois sur dix on se trompe; il s'agit de ganglions tuberculeux.

Au point de vue de la doctrine générale, il y a tout avantage à faire l'extirpation, et au point de vue local, il y a souvent des indications réelles d'opérer.

M. CHAUVEL. Des trois questions que soulevait la communication de M. Poulet, un seul point a fait l'objet de la discussion: le danger de l'intervention dans les ganglions tuberculeux du cou; de là, la nécessité de discuter la question de l'opportunité de l'intervention dans ces cas.

C'est une opération dangereuse par elle-même dans un certain nombre de cas, c'est évident.

Il ne s'agit, dans la discussion que des ganglions tuberculeux, dont la nature est démontrée par l'examen histologique et par les inoculations.

Nous devons admettre que ces ganglions guérissent seuls par l'hygiène, les traitements médicaux, le séjour dans un climat sec et chaud, car en Algérie je n'ai jamais vu d'engorgements ganglionnaires, ou très rarement du moins.

Même avec des décollements, on peut obtenir la guérison spontanée.

J'ai essayé les injections et les courants continus sans résultats.

Il y en a qui ne guérissent pas; et ce sont ces cas où l'on doit discuter l'intervention.

Il faut chercher l'origine de l'intervention dans les doctrines actuelles. Or pour être autorisé à extirper un ganglion tuberculeux, il faudrait démontrer que le germe tuberculeux peut franchir le ganglion pour aller infecter l'économie, et en second lieu que ce n'est pas un signe local d'une infection générale de l'économie, comme le chancre infectant l'est par rapport à la syphilis.

Il resterait encore à prouver que l'extirpation totale est possible.

Le Dr Riedel, sur 22 opérations, a eu 6 récidives.

Le Dr Fisher, sur 44 opérations, a eu 22 récidives.

Le Dr Koch, sur 40 opérations, a eu 19 récidives.

L'extirpation ne met pas à l'abri des atteintes de la phthisie, car Koch, sur 40 opérés, en a vu mourir 19 de phthisie.

En somme, les rapports de causalité entre les ganglions tuberculeux et la phthisie ne sont pas suffisamment démontrés pour justifier l'intervention.

Je me demande si on ne créerait pas un danger en faisant une extirpation incomplète.

M. TRÉLAT. Je trouve un peu exagérées les conclusions de M. Chauvel. Pour les ganglions du cou, il a raison. L'extirpation peut être dangereuse; mes conclusions nettes et catégoriques s'adressent surtout aux ganglions axillaires.

La question de relation entre la phthisie et les adénites tuberculeuses est difficile à résoudre: pour mon compte, j'ai deux observations, pas très nettes encore, de phthisie développée à la suite de curage incomplet de ganglions de l'aisselle.

Quand on objecte que l'opération hâte l'apparition ou favorise l'éclosion de la phthisie, on peut répondre qu'en laissant des foyers tuberculeux on favorise aussi cette éclosion.

M. CHAUVEL. Si on admet que la phthisie pulmonaire peut être déterminée par des ganglions tuberculeux, il faut opérer de bonne heure : or les ganglions récents peuvent disparaître spontanément à la suite d'un traitement général.— *France médicale.*

Des pansements au sucre.—L'emploi du sucre en poudre est un remède populaire pour les plaies fongueuses et pour certains eczemas à sécrétion abondante. Le docteur Fischer, en Allemagne, le professeur Lucke à Strasbourg, le docteur Masse à Bordeaux, ont constaté par l'expérimentation clinique que les avantages attribués par le peuple à ce pansement sont réels et que le sucre en poudre exerce une influence heureuse sur la cicatrisation des plaies. En se dissolvant dans la suppuration, il forme à la surface de la plaie une couche sirupeuse qui protège et qui, empêchant la formation des bactéries, préserve des accidents de septicémie.

Lorsqu'on pratique la suture de la plaie, on applique par-dessus la plaie un coussinet formé, soit par du sucre avec de la naphthaline ou de la poudre d'iodoforme, le tout enveloppé de gaze. Ce coussinet est maintenu en place par une feuille de protectrice ou de gutta-percha laminé, et par quelques tours de bande. La réunion par première intention semble assurée par ce mode de pansement.

Lorsqu'il y a perte de substance, le docteur Masse, à Bordeaux, fait saupoudrer la plaie trois ou quatre fois par jour avec un mélange de 1 gramme d'iodoforme et de 30 grammes de sucre porphyrisé et soigneusement tamisé. On a soin que la plaie soit recouverte à chaque pansement d'une couche assez épaisse et très uniforme du mélange pulvérulent. Par-dessus, on place une feuille de protectrice maintenue par une bande. Avec ce pansement, la plaie prend rapidement un bon aspect, et la cicatrisation s'opère plus vite qu'avec tout autre procédé.

En Allemagne, on associe le pansement au sucre avec la méthode par occlusion. Après avoir bien recouvert la plaie du mélange de naphthaline et de sucre, on d'iodoforme et de sucre, on applique par-dessus ce premier pansement quelque doubles de gaze dégraissée, un morceau de gutta-percha et une bande, et on ne renouvelle le pansement que tous les dix ou quatorze jours. Les sécrétions se répandent uniformément dans la masse, et il ne se forme pas de grumeaux, pourvu que la couche ne soit pas trop mince. Les sécrétions disposées à la surface de la plaie ne prennent pas de mauvaise odeur, et les résultats obtenus jusqu'à présent ont toujours été aussi satisfaisants que possible.— *British Medical Journal.*

Bubons, injections d'acide phénique comme abortif.—C'est en employant l'acide phénique en injection que TAYLER arrive à produire l'avortement du bubon.

Il rapporte vingt cas dans lesquels il obtint un résultat remarquable et certain. Il raconte en outre que les sept dernières années, il a traité ainsi près de cinquante cas de formes variées de lymphadénite, de cause spécifique ou non spécifique. Il a vu que les cas qui étaient opérés avant la formation du pus pré-sentaient immédiatement un arrêt des phénomènes, et la douleur était soulagée en quelques minutes.

Cette méthode consiste à injecter de 10 à 14 gouttes d'acide phénique directement dans la glande enflammée.— *Amer. Journ. of the med. & Monit. théor.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Le toucher et le palper comme moyens d'exploration dans la grossesse. — Clinique de M. le professeur PAJOT à l'hôpital de la Clinique. — En obstétrique, il est certaines choses qu'on ne soupçonnerait jamais, si le hasard ne nous les faisait découvrir, ainsi que je vais vous l'expliquer.

Si, à l'hôpital, vous touchez une femme parvenue au septième ou huitième mois de sa grossesse et que vous trouviez l'orifice externe du col de l'utérus complètement fermé, vous dites à cette femme : "C'est votre première grossesse, n'est-ce pas? — Non, vous répond-elle, à votre grande surprise, c'est ma seconde"; ou bien encore : "C'est ma troisième." Alors de vous écrier, *in petto*, que tout ce que l'on vous a appris sur les différences qui existent entre la femme primipare et la femme multipare, est faux, quant à l'orifice externe du col. Eh bien, non ! ce que l'on vous a appris n'est point faux, mais cette femme ment, et elle l'avouera, sans s'en douter, si vous savez l'interroger. En effet demandez-lui où elle ira quand elle sera accouchée, et vous l'entendrez vous répondre : "Je me placerai comme nourrice." Or, elle a menti en vous disant qu'elle en est à sa deuxième ou troisième grossesse, tandis qu'elle en est, en réalité, à sa première, parce qu'elle sait que dans les familles on préfère de beaucoup une femme qui a déjà fait une première nourriture à celle qui n'a jamais été nourrice. Voilà pourquoi elle vous a menti.

Mais voici qui est plus curieux encore peut-être. Une femme est également enceinte de sept ou huit mois, je suppose, comme la précédente. Vous la touchez et vous trouvez l'orifice externe du col largement ouvert; vous lui dites tout naturellement : "combien avez-vous eu déjà d'enfants?" "Aucun, monsieur, c'est mon premier." Alors encore une fois tout ce qu'on m'a appris sur les différences de modification du col chez la primipare et chez la multipare est faux? Non, pas davantage : c'est encore une fois aussi cette femme qui ment et pour le motif suivant, — les femmes en trouvent toujours; poursuivez votre interrogatoire et demandez aussi à cette femme ce qu'elle fera quand elle sera accouchée, et elle vous répondra : "Mes moyens ne me permettent pas d'élever mon enfant, je suis dans la misère, etc., etc." Ce qui signifie qu'elle abandonne son enfant à naître comme elle l'a déjà fait une ou plusieurs fois déjà. Or ayant honte de ses premiers abandons, elle ment pour les cacher et vous déclare ainsi en être à sa première grossesse.

Ainsi la première femme vous ment pour être nourrice, et la seconde par honte.

Donc, l'orifice externe du col est ouvert en éteignoir chez les femmes multipares; il est fermé complètement, sauf quelques exceptions, chez les primipares. Voilà ce que le toucher vous permet de constater.

Le toucher est le premier, le meilleur moyen d'exploration : par lui on apprécie encore les modifications de longueur, de position, de direction et de volume du col et du corps de l'utérus; il n'y a guère que la couleur dont le doigt ne puisse vous rendre compte. Il est encore le premier et le seul moyen qui vous fournisse ce signe d'une importance de premier ordre, le ballonnement vaginal, du quatrième au sixième mois de la grossesse.

Ce signe est peut être celui qui, pendant vingt ans, m'a donné le plus de peine et le plus de fatigue pour arriver à le faire constater à mes élèves. Dans les premiers temps, le quart, le tiers à peine seulement des élèves y parvenait. Plus tard, les neuf dixièmes y sont arrivés. Pourquoi? Parce que le ballottement est une sensation. Or il n'y a pas de mot, il n'y a pas d'expression dans aucune langue qui puisse faire comprendre une sensation. Le seul moyen de la faire comprendre, c'est de faire éprouver une sensation analogue. Eh bien, le ballottement, c'est la sensation d'un corps solide, flottant, mobile dans un liquide, et le procédé pour l'éprouver est de mettre l'indicateur dans le cul-de-sac vaginal antérieur, comme P. Dubois le recommandait et comme je l'indique aussi moi-même; tandis que Velpcau, Depaul conseillaient de l'introduire dans le col lui-même; mais ici nous avons devant notre doigt toute l'épaisseur du col, alors que dans le cul-de-sac le doigt n'est séparé de la partie fœtale que par le paroi de l'utérus.

Voici du reste, la manœuvre à faire: le doigt, introduit dans le cul-de-sac, commence par une pression légère et continue, de façon à appliquer la paroi vaginale contre la paroi utérine, puis celle-ci sur les parties fœtales, jusqu'à ce que l'ensemble forme un seul tout. Quand le doigt perçoit nettement la partie fœtale, on imprime un très léger mouvement d'ascension pour chasser seulement cette partie d'un ou deux centimètres et secouer en cadence le fœtus. Vous éprouverez alors une sensation analogue à celle que vous auriez en appuyant légèrement et de la même façon le doigt sur un morceau de glace nageant dans un verre d'eau par exemple.

Ainsi le toucher est encore le premier et le seul moyen d'exploration pour constater le ballottement vaginal. J'ajoute que par le toucher, plus que par tout autre procédé, il est facile de reconnaître la partie fœtale qui se présente, 95 à 98 fois sur 100. Dans deux ou cinq cas seulement,—mettons-en cinq pour être large,—il ne vous donnera peut-être pas les renseignements que vous cherchez. C'est en pareil cas que vous avez alors, comme autres moyens, d'abord le palper, ensuite l'auscultation.

En résumé, je le répète, de tous les moyens d'exploration, le toucher est le premier et le meilleur quand il s'agit d'étudier les modifications de la partie inférieure de l'utérus, le ballottement vaginal et de reconnaître la partie fœtale qui se présente. Voilà tout ce qu'il donne, mais il ne faut pas aller au delà, sinon le toucher passe au second rang.

Comme second moyen d'exploration, moyen qui depuis deux ou trois ans mène grand bruit, et duquel on a tiré des signes d'une valeur incontestable au point de vue des manœuvres externes à faire dans certains cas, nous avons le palper.

Le palper, en effet, est le premier moyen quand il s'agit d'étudier les modifications de la partie supérieure de l'utérus, ainsi que les mouvements et les régions du fœtus. Par lui, on peut se rendre compte des modifications de volume, de consistance, de forme, de direction et, jusqu'à un certain point, de position, ainsi que les mouvements et les régions du fœtus, ces dernières surtout quand le toucher vous fait défaut.

Ainsi, je suppose que, touchant avec soin une femme enceinte, vous n'atteigniez aucune des parties que vous cherchez, que vous ne sentiez rien: le toucher passe alors au deuxième, presque au troisième rang,

et le palper, vous fournissant alors les renseignements que vous désirez, prend la première place. C'est lui qui vous permet de constater les modifications subies par l'utérus dans son volume à chaque période de grossesse. Ces modifications peuvent se résumer à la connaissance des trois points suivants : le pubis, l'ombilic et l'épigastre. En face de la partie supérieure du pubis écrivez trois mois ; un peu au-dessus de l'ombilic, marquez six mois ; enfin au niveau, voir même plutôt un peu au-dessus de l'épigastre, notez neuf mois. Il vous suffira de retenir les trois mots : pubis, ombilic et épigastre, et les trois chiffres : trois six et neuf, comme s'il s'agissait d'un appartement loué à bail. Rien n'est plus facile à se rappeler. Voilà ce que le palper vous fera connaître et aucun autre moyen d'exploration ne vous l'apprendra aussi bien.

Il vous indiquera également bien les modifications survenues dans la consistance de la partie supérieure de l'utérus. L'utérus vide est dur comme une pomme de terre crue : plein, au contraire, il devient souple et se laisse déprimer. Il vous permettra d'en apprécier la forme, sphéroïdale d'abord, puis ovoïde. Quant à la direction, 27 ou 28 fois sur 35, le palper vous montrera que l'organe est dirigé de droite à gauche et de haut en bas, le fond étant à droite et le col à gauche. Ceci me rappelle l'histoire de certain bonhomme devenu la victime des modifications survenues dans la direction de l'utérus de sa femme. Pendant les cinq ou six premières années de son mariage, il était resté sans pouvoir avoir d'enfants, grâce à la direction vicieuse du dit utérus. Un beau jour, ayant cependant su trouver la direction à prendre, sa femme devint enceinte et l'utérus subit ses modifications naturelles. Mais, après l'accouchement, au lieu de reprendre sa direction vicieuse, il prend celle de tous les utérus vides. Notre bonhomme, au bonheur duquel un seul rejeton suffisait, se garde de rechercher, dans ses rapports conjugaux, la direction qui lui a si bien réussi une fois naguère. Mais il avait compté sans la rectitude de l'organe utérin, de telle sorte que tous les ans, à sa grande surprise, sa famille s'accroissait d'un nouvel héritier !

Mais je reviens au palper qui vous servira encore à connaître la position de l'utérus, lequel subit une légère tension sur son axe, de façon à rendre un peu antérieure sa paroi latérale gauche. Cette position est très importante à savoir, notamment dans le cas d'opération césarienne.

Au point de vue des mouvements du fœtus, le palper est aussi le premier moyen d'exploration, qu'il s'agisse de mouvements actifs, ou de mouvements passifs ou communiqués. La main, appliquée sur le ventre d'une femme, peut déplacer les parties mobiles situées sous cette main ; aussi faut-il commencer par se défier de la sensation qu'on éprouve.

Un jour j'entre dans les salles d'accouchement ; Paul Dubois m'aperçoit, m'appelle, attire ma main en me disant : " Ne regardez pas ", et place cette main sur le ventre d'une femme en me demandant ce que je sens. " Des parties fœtales ! lui répondis-je. — Eh bien regardez. " Et je vois une femme au visage émacié, au ventre plus volumineux que celui d'une femme à terme, et, en plaçant mes deux mains sur l'abdomen, je perçois nettement une fluctuation qui ne me permettait plus de songer à une grossesse. Je cherche alors ce qui m'a trompé et je reconnais qu'il s'agit d'un kyste énorme de l'ovaire dont les parois avaient l'épaisseur de deux à trois travers de doigt. De ces parois partaient

vers l'intérieur de la tumeur de véritables stalactites fibreuses. Le tout avait une élasticité qui donnait la sensation de parties fœtales véritables. Le fait est rare, il est vrai, car je ne l'ai pas rencontré plus de trois fois dans toute ma carrière.

Enfin, la palpation permet aussi de distinguer à travers les parois abdominales les diverses parties fœtales; ainsi la tête, ainsi le dos, ainsi les membres, en un mot les grosses masses, ce qui suffit pour juger de la présentation et de la position.

En résumé, donc, le palper est le premier moyen d'exploration et le meilleur pour reconnaître les modifications de la partie supérieure de l'utérus, les mouvements et les régions du fœtus.

Il en est de même de l'auscultation, qui occupe le premier rang dans certaines recherches.—*Gazette des hôpitaux.*

Opérations chirurgicales chez la femme enceinte.—Dans une communication à la *Société américaine de gynécologie*, le Dr M. D. MANN, de Buffalo, présente les conclusions suivantes :

1^o La grossesse n'est pas, autant qu'on le croit, une objection radicale aux opérations portant sur les organes du bassin. Les résultats varient cependant, suivant l'opération et suivant l'organe sur lequel on opère. 2^o La réunion des surfaces dénudées est la règle, et le tissu cicatriciel formé durant les premiers mois de la grossesse est assez fort pour résister au choc du travail à terme. 3^o Les opérations sur la vulve comportent très peu de danger pour la mère et pour l'enfant. 4^o Les opérations pratiquées sur le vagin exposent à des hémorrhagies parfois considérables, mais c'est là tout le danger. 5^o Les végétations, syphilitiques ou autres, surtout si elles sont considérables, se traitent de préférence par l'ablation, qu'elles se montrent à la vulve ou au vagin. 6^o On peut en toute sécurité faire des applications de nitrate d'argent ou d'autres astringents au vagin et au col. Les poisons diffusibles, tels que l'acide phénique ou l'iode, ne doivent pas être appliqués à l'état de pureté ni en solutions concentrées. 7^o Les opérations portant sur la vessie et sur l'urèthre ne sont pas dangereuses et ne provoquent pas l'avortement. 8^o Les opérations sur le rectum, surtout si elles impliquent le sphincter anal, sont d'un caractère dangereux, même quand elles sont légères. 9^o L'opération pour la fistule vésico-vaginale ne doit pas être faite durant la grossesse, vu les grands dangers d'avortement et d'hémorrhagies. 10^o Les opérations plastiques sur le périnée et le col utérin peuvent, s'il est nécessaire, être pratiquées dans les premiers mois de la grossesse, et avec une assez grande chance de succès, les bons résultats n'en devant pas être compromis par le travail. 11^o Les petits polypes du col doivent être traités de préférence par la torsion ou les astringents énergiques. Si on les coupe, il en résulte quelque danger d'avortement. 12^o Les gros polypes peuvent, s'ils causent de l'hémorrhagie, être enlevés tout de suite, et cela, avec d'assez bonnes chances de succès. S'ils ne nuisent pas, leur ablation peut être retardée jusque vers la fin de la grossesse. 13^o Le cancer du col, si on le diagnostique durant la grossesse, doit, si cela se peut, être enlevé immédiatement.—*Philadelphia Medical Times.*

Emploi du forceps dans les présentations du siège.—On sait que la grande majorité des accoucheurs condamnent l'application du

forceps sur le siège. Truzzi (*Annales de gynécologie*, janv. 1884.) a fait à ce sujet quatorze expériences sur le cadavre et conclut ainsi : 1^o Dans les cas où les fesses sont enclavées dans la partie supérieure ou moyenne du petit bassin, et qu'il est indiqué de terminer promptement, l'application du forceps est préférable aux tractions faites sur le pli de la cuisse au moyen du doigt, d'un crochet, d'un lacet, etc., ces tractions pouvant être suivies de fracture du fémur ou de laceration des parties molles dans le triangle de Scarpa. 2^o La suggestion d'Ollivier, à l'effet d'appliquer le forceps sur les cuisses et non pas sur le bassin du fœtus, est admissible en théorie mais ne l'est pas certainement en pratique, attendu qu'elle expose à une pression exagérée des parois abdominales et en particulier de la région du foie. 3^o L'application du forceps sur les côtés du bassin fœtal est plus facile, plus sûre et moins dangereuse que la méthode d'Ollivier. Les tissus mous qui recouvrent les os des îles protègent ceux-ci d'une manière suffisante, de façon qu'il faudrait une pression exagérée pour léser les parties osseuses. Dans toutes les expériences de l'auteur il n'y eut ni fracture des os iliaques, ni lésion des articulations sacro-iliaque et pubienne. 4^o Pour bien saisir le siège, les cuillers doivent être placées sur la crête iliaque qui devient de la sorte le point d'appui; alors la convexité des fesses du fœtus s'adapte à la concavité des cuillers et il n'y a plus de danger de blesser les viscères abdominaux. 5^o Le forceps de Porro, appliqué de la sorte, fait très bien dans les présentations antérieures. Dans les intervalles qui séparent les efforts de traction, il est bon d'exercer avec l'instrument une certaine compression de peur que le forceps ne glisse, vu la grande résistance des os iliaques. 6^o Le forceps de Porro répond à toutes les indications qui peuvent souffrir dans un cas de présentation du siège. L'auteur est d'avis que la plupart des forceps aujourd'hui en usage sont trop grands et s'éloignent beaucoup de la simplicité de l'instrument tel qu'inventé d'abord.

Dans une communication à la *Practitioner's Society* de New-York, le professeur W. T. Lusk a rapporté (*American Practitioner*) un cas chez lequel il avait appliqué le forceps sur le siège. Il s'agissait d'une primipare de 32 ans, chez laquelle la première période ayant duré longtemps, la cessation des douleurs avait rendu une intervention nécessaire. Les fesses étaient bien en haut du détroit supérieur et les deux cuisses fléchies sur le tronc. Après avoir vainement tenté d'extraire le siège au moyen du doigt servant de crochet introduit dans le pli de l'aîne, on se décida à appliquer le forceps. Une branche du forceps de Simpson fut appliquée sur le sacrum, l'autre sur la surface postérieure de la cuisse opposée. L'instrument ne glissa point; le siège fut descendu au périnée et un enfant vivant, du poids de huit livres, fut mis au monde quinze minutes après le début de l'opération. La seule lésion causée par le forceps fut une légère érosion de la peau de l'abdomen, qui guérit promptement.

Traitement de la leucorrhée.—Dans les cas où le traitement ordinaire a échoué, M. le docteur Fruhaut a souvent réussi par la méthode suivante: il commence par désinfecter le vagin en y ajoutant une solution contenant $\frac{1}{100}$ d'acide phénique et $\frac{1}{100}$ d'acide borique. Ensuite, au moyen d'un spéculum, il y introduit trois ou quatre tampons

d'ouate de la grosseur d'une noix, chacun de ces tampons contient 10 à 20 centigrammes d'iodoforme ; il faut avoir soin de les munir d'un fil pour en opérer l'extraction. On les laisse en place deux ou trois jours, on suspend la médication autant de temps, puis on recommence ainsi jusqu'à complète guérison. S'il y a un ulcère du col de l'utérus, on le cautérise avec une solution composée de parties égales d'acide acétique et d'eau distillée. Il sera nécessaire, dans certains cas, d'avoir recours, en outre, à un traitement général dont les préparations martiales seront la base. L'auteur donne la préférence à l'eau de phosphate de fer et au lactate de fer.—*Lyon médical.*

La blennorrhagie chez la femme.—Le Dr Guenedey a fait, dans sa dissertation inaugurale, des recherches assez intéressantes sur ce sujet pour que nous signalions ses conclusions principales :

La folliculite préurétrale aiguë peut être simple, elle peut être blennorrhagique : c'est le cas le plus fréquent.

La folliculite préurétrale chronique est toujours blennorrhagique.

Elle peut exister alors que l'urèthre est devenu sain.

Cette blennorrhagie folliculaire chronique préurétrale est très fréquente.

Elle est souvent la cause d'erreurs de diagnostic ou, plutôt, elle passe souvent inaperçue et, dans ce cas, la blennorrhagie reste ignorée.

Elle est pourtant d'un grand secours pour le diagnostic, car l'urine ne pouvant balayer le pus des follicules, la présence de celui-ci est ordinairement facile à constater.

Parmi les follicules préurétraux, il en est deux qui doivent particulièrement attirer l'attention, et qui doivent être nettement distingués des autres glandes préurétrales.

Ces deux follicules décrits de nouveau, en 1864, par M. Alphonse Guérin, paraissent bien répondre à la description des prostatites de la femme des anciens auteurs.

L'existence de ces follicules prostatiques et normales, leur disposition est variable.

Leur structure est celle des autres glandes préurétrales, mais elles sont caractérisées par une agglomération de ces glandules.

Ces conduits glanduleux peuvent, jusqu'à un certain point, être comparés au conduit urétral lui-même.

Leur inflammation blennorrhagique est très fréquente.

Elle peut exister alors que l'urèthre et les autres follicules préurétraux sont redevenus sains.

Dans ce cas, leur inflammation spécifique est toujours chronique.

Celle-ci suffit pour ramener des poussées aiguës spécifiques et même, en leur absence, pour propager la blennorrhagie.

L'inflammation chronique de ces follicules prostatiques peut amener l'hypertrophie de leurs éléments et donner naissance à de petites tumeurs polypiformes analogues à celles que l'on observe si souvent au niveau de l'urèthre dans les cas de blennorrhagie urétrale chronique.

Ces tumeurs polypiformes sont constituées par l'hypertrophie de très petites bandes dont l'ensemble constitue les prostatites.

Elles favorisent singulièrement la propagation de la blennorrhagie, car il est facile de constater à la loupe que chaque petite glandule est remplie d'une infiniment petite gouttelette de pus.

Le tissu cellulaire périfolliculaire sous l'influence d'une irritation nouvelle peut s'enflammer et suppurer. Dans ce cas, un abcès est constitué.

L'abcès peut s'ouvrir dans l'urèthre et donner ainsi naissance à une fistule : c'est la fistule vestibulo-urétrale.

La blennorrhagie n'étant pas guérie tant qu'elle se trouve cantonnée dans les follicules, il importe d'appliquer à la follicule préurétrale blennorrhagique et à l'inflammation blennorrhagique des prostates un traitement particulier :

1^o La cautérisation au nitrate d'argent ou au fer rouge, portée sur chaque follicule, réussit souvent, mais ce procédé est très douloureux ; de plus, il risque d'obstruer le conduit excréteur du follicule enflammé et la distension de la cavité s'ensuit, d'où risque de périfolliculite et de suppuration :

2^o C'est pourquoi Vidal de Cassis propose l'incision du follicule suivie d'une cautérisation profonde ;

3^o M. Diday a donné un ingénieux procédé pour cautériser les follicules jusque dans leur profondeur : il enfonce dans leur conduit excréteur de fines tiges d'acier dont il chauffe la partie extérieure jusqu'à ce que par propagation la chaleur soit assez forte dans le follicule pour le cautériser ;

4^o Enfin, on peut agir sur le follicule comme sur l'urèthre ou le vagin, par des injections qui modifient sa sécrétion ; injections au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, au tannin, etc. : on les fait à l'aide d'une seringue à canule très fine et recourbée (la seringue d'Anel, par exemple).—*Revue de thérap méd-chirurg.*

PÆDIATRIE.

Considérations générales sur la thérapeutique des maladies infantiles, par le docteur A. DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants.—L'examen des enfants est entouré de difficultés de toute nature ; mais il n'y a pas moins d'obstacles à surmonter lorsqu'il s'agit d'exposer à leurs affections un traitement rationnel. Les petits malades, presque toujours indociles, sont le plus souvent encouragés par la faiblesse intelligente de leurs parents à ne pas tenir compte des prescriptions du médecin. Il faut que le praticien sache souvent se borner à la médecine expectante, que d'autre part il change, suivant les circonstances, le goût et la forme des substances médicamenteuses dont il faut faire usage, qu'enfin, dans certains cas, il ne s'obstine pas à agir contrairement à la volonté bien arrêtée du jeune sujet ; car il pourrait, par obstination, donner lieu à des perturbations névropathiques et aggraver la situation au lieu de l'atténuer. L'obscurité du diagnostic est une autre difficulté, et le début de la plupart des états pathologiques de l'enfance laissant cette question fort indécise, il est prudent de renoncer à une thérapeutique active. C'est pendant le premier âge, surtout, que les notions sur la nature du mal restent vagues et que, d'un autre côté, la tolérance vis-à-vis des médicaments est faible. Plus l'enfant est rapproché de sa naissance et plus l'expectation est indiquée : il suffit d'ailleurs de recourir à des moyens palliatifs dans un grand nombre de cas où il n'y a à combattre que des

dérangements passagers, se rattachant à l'évolution organique et qui ne peuvent être considérés comme de véritables maladies. S'il s'agit d'une fièvre éruptive, il est illogique d'intervenir au début à l'aide d'une médication qui souvent troublera l'évolution naturelle des symptômes. D'un autre côté, la plupart des états pathologiques à marche aiguë tendent, chez l'enfant, à se terminer par la guérison, et n'exigent qu'un bon régime et quelques soins extrêmement simples qui ne pourront que seconder l'action de la force vitale. Toutefois il est indispensable de surveiller le malade avec la plus grande attention, car les maladies marchent avec rapidité dans le jeune âge et sont fécondes en surprises. Il faut pouvoir agir sans retard, quand l'expectation paraît devenir insuffisante. Les indications sont alors urgentes et demandent à être remplies de suite et sans indécision.

En cherchant à combattre la maladie, le médecin devra toujours tenir compte de l'état général non moins que de l'état local, et saura varier ses déterminations d'après la période à laquelle il assiste et d'après les circonstances étiologiques; il devra se rappeler que, dans les premières années de l'existence, la diète est difficilement supportée, que la privation de toute nourriture amène une délibitation rapide. Chez le nourrisson, le lait est d'habitude un aliment suffisant, en même temps qu'une excellente tisane, et cependant il est quelquefois bon de ne pas supprimer complètement, même chez l'enfant à la mamelle, les boissons faciles à digérer. A toutes les phases de l'enfance il est sage d'autoriser l'usage du bouillon, du lait coupé, quelque soit l'affection observée et la constitution du malade, et tant que l'état de l'estomac et de l'intestin ne s'y oppose pas. Pendant la convalescence, il faut très promptement avoir recours à une alimentation plus substantielle.

Médicaments administrés par le tube digestif.—Les substances employées dans un but thérapeutique peuvent être introduites dans le canal intestinal par la bouche ou par l'anus. Elles peuvent aussi pénétrer dans l'économie par la peau ou les piqûres hypodermiques. D'autres sont appliquées sur les parties des muqueuses que l'œil peut découvrir, afin de produire un effet purement local. C'est par l'introduction du médicament dans la cavité buccale qu'on cherche à agir le plus souvent: mais fréquemment le jeune sujet se refuse à accepter ce qu'on lui offre, soit par caprice, soit par aversion pour l'odeur ou la saveur du médicament. Aussi faut-il, dans bien des occasions, le faire pénétrer de force dans l'œsophage, en obtenant l'écartement des dents à l'aide des moyens qu'on emploie pour explorer la gorge, et en se servant d'une cuiller à dessert ou à thé qui, par ses dimensions, est plus facile à manier, et a cependant une surface assez grande pour déprimer suffisamment la base de la langue: cette cuiller est quelquefois munie d'un couvercle qui a pour but de protéger son contenu et de masquer son goût; il faut avoir soin d'enfoncer l'instrument jusqu'au voisinage de l'isthme du gosier et de ne le retirer que lorsque la déglutition est opérée. Le médicament, quelque soit sa forme, doit avoir un très petit volume, si l'on veut surmonter les difficultés que son ingestion présente. Les sirops sont assez aisément acceptés, à cause de leur saveur sucrée: les potions, les loochs, les juleps doivent contenir une quantité d'exopieut variant suivant la nature du médicament qui leur est annexé. Cette quantité ne dépassera pas 120 grammes pour les mala-

des les plus âgés et 40 à 60 pour les petits; on aura soin d'y joindre un correctif toutes les fois que la substance active aura un goût ou une odeur désagréable. Les électuaires et les conserves ne sont pas très difficiles à administrer dans la médecine infantile, parce qu'on peut les faire passer pour des confitures. C'est aussi dans des confitures qu'on cherchera à dissimuler les pilules, qui doivent être très petites. Beaucoup de préparations sont prises assez volontiers sous la forme de tablettes de chocolat, de dragées, de pastilles, de gelées, quelquefois même de pain. Les poudres doivent être prescrites à de très faibles doses et peuvent être mêlées à de la tisane, à du sirop ou de l'eau gommée. Leur pesanteur spécifique les entraîne fréquemment au fond du vase, et si l'on a soin préalablement d'opérer le mélange exact en agitant le liquide, le petit malade refusera d'avaler le dépôt et n'acceptera que la partie limpide. Pour la forme pulvérulente, il est donc préférable de se servir de miel ou de confiture comme excipient.

Lavements. Gargarismes.—Lorsque l'enfant oppose une résistance invincible à l'usage de certains médicaments, il est possible de les faire pénétrer dans le torrent de la circulation en les introduisant par la partie inférieure de la muqueuse digestive. L'absorption est facile dans le gros intestin, aussi faut-il être prudent, relativement à la dose que l'on prescrit, et qui devra souvent être plus petite que si l'on agissait par l'estomac. Certains lavements ont une action topique sur la dernière partie de l'intestin, d'autres ont pour but de déterminer des évacuations alvines en provoquant l'action péristaltique. En tous cas, le liquide doit être tiède, mais sa quantité variera, non-seulement suivant l'âge du sujet, mais aussi suivant l'indication à laquelle on se propose de satisfaire. Si le remède est destiné à être absorbé, 60 à 80 grammes suffisent pour les enfants plus petits et 120 pour les plus âgés; s'il s'agit de provoquer des selles, la quantité de liquide devra être de 60 à 80 grammes avant deux ans, de 100 à 120 entre deux et cinq ans, de 200 à 250 au-dessus de cinq ans. Il est souvent nécessaire, lorsqu'on veut obtenir l'absorption du médicament, de donner, avant le lavement qui contient la substance active, un autre lavement légèrement laxatif ou seulement émollient qui déterge la surface de la muqueuse et vide l'intestin.

Les gargarismes sont assez rarement prescrits dans la médecine infantile; ils seraient souvent fort utiles; mais ils ne peuvent être conseillés que pour des enfants âgés au moins de sept ou huit ans. Chez les plus jeunes, le moyen est absolument inutile et présente même des inconvénients, car le malade ne comprend pas ce qu'on exige de lui et avale le médicament au lieu de se borner à le mettre en contact avec son arrière-gorge. Cependant, la fréquence des angines de toute nature pendant l'enfance nécessite très souvent une action directe sur la position particulièrement affectée de la muqueuse pharyngée. Aussi doit-on chercher à remplacer le gargarisme par d'autres topiques, tels que les irrigations, les injections, si la substance active est portée, sous la forme liquide, sur les parties malades, et insufflations, si c'est de la forme pulvérulente que l'on fait usage. On a souvent recours aussi aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, ou avec un pinceau ou une éponge que l'on trempe dans des solutions astringentes ou caustiques plus ou moins concentrées.—*Bulletin de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr Keating.*

R—Extr. bellad. liquid.....	gtt vi-xii
Ammon. bromid.....	ʒi
Pot. bromid.....	ʒii
Aq. destill.....	ʒii

M.—En inhalations au moyen d'un vaporisateur.—*Gaillard's Med. Journal.*

Diphthérie.

R—Thymol.....	9 grains
Chlorate de potasse.....	86 "
Sulfate de quinine.....	53 "
Acide chlorhydrique.....	15 gouttes
Glycérine.....	1½ once
Alcool.....	7 onces

M.—Dose : Une cuillerée à dessert toutes les heures pour un enfant de 3 à 5 ans.

Terreurs nocturnes et insomnie chez les enfants.—*Ellis.*

R—Pot. bromid.....	gr ii
Tinct. hyoscyami.....	ʒgtt x
Syrup. simpl.	ʒss
Aquæ.....	ʒii ss

M.—A prendre au moment du coucher.—*Praticien.*

Gravelle urique.—*Bouchardat.*

R—Pot. bitartr.....	} aa ʒi ss
Pot. borat.....	
Pot. bicarb.....	gr xviii
Aquæ.....	ʒxvi

M.—On peut prendre le tout 5 ou 6 fois par jour, diminuant s'il se produit un effet purgatif.

Prurit.—*Chéron.*

R—Vératrine.....	3 grains
Axonge.....	2½ drachmes

M.—Gros comme un petit pois de cette pommade est appliqué matin et soir en onctions douces. Elle est recommandée lorsque le prurit est localisé aux aïnes, aux aisselles, à la paroi abdominale.

Si le prurit est généralisé, l'emploi de la vératrine à l'intérieur est préférable, aux doses suivantes :

R—Vératrine.....	ʒ grain
Réglisse.....	q.s.

M.—Diviser en 40 pilules. Prendre 2 à 4 pilules par jour, une demi-heure avant les repas, ou trois heures après. On ne prendra jamais qu'une seule pilule à la fois et l'on augmentera d'une chaque jour jusqu'à ce qu'on soit arrivé au chiffre maximum de 6 pilules par jour, c'est-à-dire à $\frac{1}{3}$ gr. à peu près.—*Scalpel.*

Prurit anal.—*Allingham.*

R—Liq. carbonis deterg. (Wright's).....	} ââ ̄i
Glycerini.....	
Pulv. zinci oxid.....	} ââ ̄ss
Pulv. calamin. præp.....	
Pulv. sulph. præcip.....	̄ss
Aquæ ad.....	̄vi

M.—En badigeonnages, matin et soir.

Prurit vulvaire.—*Tilbury Fox.*

R—Sod. hyposulphit.....	̄ii
Glycerini.....	̄i
Aq. destill.....	̄iii

M.—En lotions.

Plaies contuses.—*Dr D. C. Henson.*

R—Sodæ hyposulphit.....	̄iv
Acid. carbol. cryst.....	̄ss
Glycerinæ.....	̄ii
Aquæ.....	Oi

M.—En lotions et compresses.—*Canadian Practitioner.*

Ulcères atoniques.—*Plettinck.*

R—Axonge.....	30 parties
Précipité rouge.....	10 "

M.—Pour pansements quotidiens.—*Revue de thér. méd. chir.*

Solution résolutive.—*Descroizilles.*

R—Sod. chlorid.....	̄i ̄ii
Magnes. sulph.....	̄ss
Tinct. iodin.....	m xx
Aquæ.....	̄v

M.—En applications dans les engorgements strumoux infantiles.—*Revue de thér. méd. chir.*

Emulsion d'huile de foie de morue.—*Hôpital Roosevelt, N.Y.*

R—Ol. morrhue.....	̄ii
Glycerinæ.....	̄i
Pulv. g. acaciæ.....	̄i
Aquæ.....	q.s.ad ̄ss

A prendre en une seule dose trois fois par jour.—*Druggists' circular.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, MAI 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tirage 2010, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 76 rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat poste payable au Dr A. Lamarche.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

Le Grec, "l'Étendard" et la Philosophie.

L'article que j'ai publié dans notre livraison de mars au sujet des examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine m'a valu une verte remontrance de la part de l'*Étendard*. Je ne doute pas que ces messieurs se seraient fait un devoir d'honneur et d'urbanité d'insérer ma réplique dans leurs colonnes, mais j'ai préféré m'exposer au désavantage de ne parler qu'une fois le mois et rester chez moi ; et cela parce que 1^o je n'envisage la question qu'au point de vue médical et partant ne m'adresse qu'à la profession et 2^o je connais aussi peu le vocabulaire de l'*Étendard* que le Grec, mais s'il me fallait choisir je voudrais être helléniste. Des cours de philosophie que j'ai eu l'avantage de suivre pendant deux ans dans une bonne institution, il m'est resté entre autres deux principes, à savoir : que le fait que mon voisin ne pense pas comme moi n'est pas un cas damnable et que les gros mots ne sont pas toujours des syllogismes. N'allez pas croire que je sois un misanthrope ou un ascète, ni même un homme sérieux et voilà où mon confrère de l'*Étendard* a raison. J'adore l'esprit gaulois, et si monsieur veut en faire à mes frais, je m'engage à lui en donner tout le crédit, cela m'engage à peu... ça n'est que justice.

Ainsi donc je n'aime pas, comme médecin, la gymnastique de l'intelligence en grec, dut on m'appeler Bazaine j'aime mieux l'allemand, il est vrai que j'ai lu Goethe, Schiller, etc., traduits s'il vous plaît, voir même j'aime mieux l'anglais, l'espagnol, l'italien... j'allais dire

Phébreu et le sanscrit, pardon ! Quant à la philosophie, nous sommes, elle et moi, en bons termes ; entendons-nous monsieur, je ne veux pas me poser comme philo-sophe et ne veux nullement vous contredire, or j'ai cru comprendre par votre correspondance que je suis... allons-donc, qu'il en coûte de s'avouer ses faiblesses... que je suis, dis je, un imbécile. Eh bien, voyez comme il est difficile de se réformer à un certain âge, je prétends encore, malgré vos bonnes raisons, que l'étude de la philosophie est, pour beaucoup de gens, indispensable, pour le médecin, très utile, plus que le grec, même comme gymnastique de l'intelligence, mais attendez, vous croyez que nous allons être d'accord ? Nenni ! Je prétends, (pardon de la liberté grande) que si on veut rendre obligatoire l'une des trois branches facultatives,—pour les aspirants à l'étude de la médecine, remarquez-le bien, vous paraissez avoir négligé cette particularité—c'est à la physique qu'il faut donner la préférence parce que cette science est *indispensable* au médecin et que la connaissance de ses lois les plus élémentaires n'est pas innée chez lui, ce qui n'est pas le cas pour la philosophie. Eh ! dites donc, puisque vous vous gênez si peu avec moi je puis bien me permettre de vous dire que je parle là de choses que je connais par expérience, car, comme vous n'êtes pas mon patient et que vous ne me connaissez que comme... je vous dirai que je suis médecin depuis onze ans, vienne Pâques fleuries, tandis que vous n'êtes... que ne signez-vous, on se ferait un honneur de vous donner vos noms et titres.

Il n'y a qu'une chose qui m'a fait peine dans votre écrit : vous me qualifiez de matérialiste ou peu s'en faut. J'ai bu ce calice à petits coups et ce n'est qu'au moment d'avalor la lie que je me suis demandé de quel droit..... mais je me suis rappelé votre prospectus et j'ai bravement vidé la coupe. Vous avez bien fait, monsieur et si vous voulez bien condescendre à m'adresser deux ou trois homélies du même genre (n'oubliez pas le sel) vous aurez contribué pour une large part à l'édification d'un..... jeune homme qui se mêle de se mêler des affaires de sa profession.

Monsieur l'anonyme, (rédaction de l'*Etendard*) comme il est bien entendu que je ne parle qu'au point de vue médical, malgré votre fantaisie de généraliser, et que votre excellent journal n'est pas lu par tous les médecins, je vous offre cordialement l'hospitalité, sans détrimment à ce que vous pourrez dire de moi sur votre feuille. vous avez votre programme qui ne transige pas—d'accord ! Mais, l'hospitalité d'un journal, vous comprenez cela mieux que moi, ne ressemble nullement à celle de nos ancêtres, on se permet de poser des conditions. Conséquemment, s'il vous plaît que je vous imprime vous voudrez bien vous abstenir de parler politique car mon journal est intitulé : l'*Union Médicale* du Canada ; vous ne parlerez pas d'avantage de théologie, étant médecin je n'oserais... pas répondre, vous auriez trop beau jeu.

De plus—décidément je crois que vous n'écrirez pas—vous ne ferez pas allusion aux *tendances de certaine institution*, car bien que les Drs Lamarche et Desrosiers soient professeurs à l'Université-Laval de Montréal, ce dont ils s'honorent, les rédacteurs de l'*Union Médicale* du Canada ne sont nullement sous le contrôle de cette institution. Hors cela la liberté la plus illimitée.

Appelez-moi cagot ou matérialisme, jeune homme même, si cela vous convient, et je vous tendrai la main.

DR. A. LAMARCHE.

La falsification des médicaments.

M. le Dr LESAGE, député de Dorchester à la Chambre des Communes, a prononcé, à la séance du 27 mars dernier, un remarquable discours dans lequel il a attiré l'attention de la Chambre sur les falsifications de plus en plus nombreuses auxquelles sont soumis les aliments et les médicaments. Ce discours, qu'un de nos journaux politiques a reproduit en entier, produira-t-il l'effet désiré? Fera-t-il enfin ouvrir les yeux sur un état de choses que chacun peut constater par lui-même, et auquel l'on n'a, jusqu'à aujourd'hui, apporté que peu ou pas de remède? Nous l'espérons, et c'est avec cet espoir que nous croyons devoir appuyer les remarques judicieuses de M. le Dr Lesage.

Quant à falsification des substances alimentaires, la *Société d'Hygiène* sera bientôt appelée à se prononcer là-dessus, et son organe officiel, le futur journal d'hygiène, fera sans doute entrer cette importante question dans son programme. Pour nous médecins, la falsification des drogues et médicaments nous intéresse plus directement.

Cette fraude ne date pas d'hier, à coup sûr, mais il est avéré qu'elle augmente tous les jours d'une manière alarmante. L'opium, la morphine, le quinquina, la quinine, la rhubarbe, le séné, la podophylline, l'ipécaouanha, le chloroforme, l'ergot, le bromure et l'iodure de potassium, etc., etc. sont aujourd'hui falsifiés sur une très haute échelle, et malheureusement il est presque impossible, bien souvent, de remonter à la véritable source du mal. Dans un rapport soumis au Bureau de Santé de l'état de New York, en 1882, il a été démontré que sur 75 échantillons de médicaments soumis à l'analyse, 32 étaient adultérés. La rhubarbe l'était dans une proportion de 4 sur 9. La racine d'ipécaou, 4 sur 7, le jalap, 1 sur 3, la moutarde, 4 sur 6, le sulfate de quinine, 1 sur 4; le soufre précipité, 7 sur 13. Nos échanges d'Europe nous mettent aujourd'hui en garde contre le tartre émétique fabriqué en Allemagne. Ce sel serait adultéré au moyen d'une assez forte proportion d'acide oxalique. Et que d'autres exemples ne pourrions-nous pas apporter!

Après cela, on comprendra facilement pourquoi les médicaments que nous prescrivons, et en particulier ceux qui sont à l'état de poudre restent parfois sans aucun effet. On pourrait peut-être trouver ici la cause de quelques-unes de nos insuccès thérapeutiques.

Il faut aussi rapprocher de la falsification proprement dite le fait que un bon nombre de préparations pharmaceutiques n'ont pas le degré de force ou de concentration exigé par la pharmacopée. Beaucoup de teintures et d'extraits fluides actuellement sur le marché sont dans ce cas.

Il n'y aurait, selon nous, qu'un moyen de remédier à cet état de choses. Ce serait l'établissement d'un laboratoire spécial où serait confié à des analystes compétents l'examen minutieux de toutes les drogues en vente dans nos pharmacies. De la sorte nous pourrions savoir la valeur réelle de ce que nous prescrivons et rapporter à leur véritable source quelques-unes des déceptions si fréquentes que nous réserve le traitement des maladies.

Instruments de chirurgie.—A différentes reprises on nous a demandé quel était le moyen le plus expéditif et le plus économique de se procurer des instruments de chirurgie français. Si on veut bien référer à l'annonce illustrée de la maison H. Galante & fils en tête de chacune de nos livraisons on y verra que le Dr E. Morin de Québec est l'agent autorisé de cette célèbre maison. Quant à ceux qui désireraient correspondre directement, il leur sera facile de faire les remises d'argent au moyen d'une traite de la Banque d'Épargne de la cité et du district de Montréal sur le "Crédit Lyonnais," de Paris.

Nous nous ferons un plaisir de donner tous les renseignements voulus à ceux de nos abonnés qui ne possèdent pas le catalogue de la maison Galante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Report of the Commissioner of Crown Lands of the Province of Quebec for the twelve months ended 30th June 1883.—Printed by order of the Legislative Assembly.

BOURNONVILLE (Dr Bernier de)—De la métrite.—Son traitement rapide par les scarifications rapides par le chalumeau cautère.—Paris.—Delahaye et Lecrosnier, 1882.

GUERMONPREZ (Dr Fr.)—Plaies par éclatement.—Lille, 1881.

—Arrachements dans les établissements industriels.—Paris, 1884.

—Plaies par peignes de filature.—Paris, 1883.

—Étude sur les plaies des ouvriers en bois.—Paris, 1883.

—Plaies par usure.—Lille, 1883.

—Note sur un cas de cepticerque du sein.—Lille, 1884.

—Note sur le traitement de la pseudarthrose du tibia.—Bruxelles, 1883

NOUVELLES MÉDICALES.

Montreal General Hospital.—MM. les Drs W. A. FERGUSON, de Richibouctou, G. JOHNSTON, de Sherbrooke, et George A. GRAHAM, de Hamilton, ont été nommés internes de cette institution.

M. le Dr GRAY a été nommé surintendant du département médical, en remplacement du Dr BELL qui, comme nos lecteurs le savent, a donné sa démission.

Contribution annuelle au Collège des Médecins et Chirurgiens, P. Q.—M. C. E. de LAMRANDE nous prie d'informer les médecins pratiquant dans la province de Québec que "tous ceux qui ne paieront pas immédiatement leur contribution annuelle jusqu'au 1er juillet 1883, auront des frais, et cela, sans autre avertissement." Qu'on se le tienne donc pour dit une fois pour toutes.

Médecin demandé.—On demande un médecin canadien à Berlin-Falls, (New Hampshire) E. U. Pour plus d'informations, s'adresser à M. Téléphore Lambert, Berlin-Falls.

Nouveaux Médecins.—Aux examens qui ont eu lieu dernièrement dans les Universités Laval, McGill et Victoria, les Messieurs dont les noms suivent ont été admis à la pratique de la médecine :

Université Laval (Québec) : MM. Alfred Morin, A. Millette, M. Moreau, J. Sinclair et Pierre Deblois.

Université Laval (Montréal) : MM. Hormisdas Boucher, Joseph Desjardins, Ernest Duval, Joseph Surprenant et Charles Narcisse Valin.

Université Victoria : MM. Aug. C. Denis, A. Barolet, S. Leblanc, F. McCaffrey, H. Brosseau, O. Berthiaume, T. Dubois, H. Gauthier, W. Fournier, F. Daignault, R. Mignault, J. O. Lambert, H. Leduc, J. Comtois, J. Béliveau, G. Beaudoin, W. Théoret, P. A. Letourneau, W. Trudeau, O. Morasse, A. A. Leblanc, E. Turgeon, A. Langevin, I. R. Pichard et L. Paradis.

Obit.—J. B. Dumas, l'illustre chimiste, est mort à Cannes, le 10 avril dernier.

M. C. E. DE LAMIRANDE, agent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province, a transporté son bureau du No 63, rue St-Gabriel, au No 61 de la même rue.

Rough on Rats.—Le *Philadelphia Medical Times* rapporte deux cas d'empoisonnement criminel par cette substance. On se rappelle qu'à Montréal, nous avons eu à constater le cas d'une jeune fille qui s'est suicidée en ingérant une assez forte dose de ce dangereux insecticide. Ce sera sans doute bientôt le poison à la mode !

Le *Lancet* de Londres rapporte un cas de mort par l'emploi du mélange anesthésique connu sous le nom de A. C. E., et qui renferme 1 partie d'alcool, 2 parties de chloroforme et 3 d'éther. La mort eut lieu par syncope circulatoire. Les reins étaient malades.

L'UNIVERSITÉ Catholique de Louvain doit célébrer, les 12 et 13 mai prochain, le cinquantenaire de son établissement. Le programme de ces fêtes est des mieux remplis, nous dit le *Scalpel*.

Le cinquième Congrès international d'Hygiène a eu lieu à La Haye, du 21 au 27 avril dernier.

NAISSANCES.

MATTE.—A Lewiston (Maine), E. U., la dame du Dr L. E. N. Matte, une fille.

PAQUIN.—A St-Frédéric (Beauce), le 22 avril dernier, la dame du Dr S. Geo. Paquin, un fils.

DÉCÈS.

BROSSOIT.—A Beauharnois, le 22 février, Pierre-Julien-Alfred-Gaston, âgé de 26 jours, enfant du Dr N. A. Brossoit.

DESROCHES.—A Montréal, le 9 avril, à l'âge de 4 mois et 24 jours, Marie-Héloïse-Cornélia-Abertine, enfant du Dr J. I. Desroches.

PRÉVOST.—A St-Isidore, comté de Laprairie, Joseph-Ludovic, âgé de 4 ans et 10 mois, fils du Dr N. Prévost.