

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE DAME (Montréal).—M. LARAMÉE.

Les affections du cœur.

(Leçon recueillie par M. le Dr BENOIR, interne du service.)

Messieurs,

L'histoire clinique des lésions du cœur a fait de grands progrès. Son rôle est de mieux coordonner, de plus préciser, de mettre chaque chose à sa place, ou un mot de simplifier.

Toute lésion des valvules ou des orifices est constituée par l'insuffisance ou le rétrécissement. L'insuffisance porte surtout sur les valvules, le rétrécissement sur les orifices. Jusqu'ici les auteurs ont enseigné que les deux lésions étaient indépendantes l'une de l'autre. Eh bien! messieurs, c'est le contraire qu'il faut croire aujourd'hui. *Le rétrécissement est la conséquence ultime de l'insuffisance.* Voilà qui est de nature à vous étonner et qui est en contradiction formelle avec mon enseignement. Que voulez-vous? Cette théorie nouvelle, fin de siècle, pourrai-je dire, modifie considérablement les notes données sur ce sujet intéressant il y a une dizaine d'années. Cependant je dois vous dire que l'insuffisance de l'artère pulmonaire n'est pas encore suffisamment connue pour être décrite avec avantage. Il n'y a que le rétrécissement (quoique rare) qui ait été décrit jusqu'ici. Je répète: le rétrécissement est la conséquence ultime de l'insuffisance.

Quelle est la conséquence d'une lésion valvulaire? Disons une insuffisance aortique. Le sang ne peut sortir, s'échapper aussi facilement. Il y a accumulation de sang dans le ventricule gauche, qui se dilate. Plus le sang stagne, plus le ventricule se dilate; c'est ce qui entraîne l'hypertrophie. Si la maladie se continue, l'oreillette du même côté sera prise à son tour, et l'*orifice mitral à son tour aussi sera lésé.* Nous avons donc le cœur gauche qui s'est dilaté d'abord, qui s'hypertrophie ensuite. Et le processus pathologique poursuivant sa marche, nous pourrions voir remonter la gêne circulatoire et l'engorgement viscéral en suivant les quatre veines pulmonaires, le poumon, l'artère pulmonaire, le ventricule et l'oreillette droits, la veine cave, le foie, la veine porte, la rate, les reins, enfin tous les viscères. Toute lésion val-

vulaire a pour effet de diminuer le débit du sang au dessous, c'est-à-dire du côté artériel, et d'entraîner l'accumulation au-dessus, c'est-à-dire du système veineux. En vous rappelant le sens de la circulation, vous voyez que c'est une direction toute contraire que suivent les troubles cardiaques, et que le résultat final pour ce organe est la dilatation et l'hypertrophie.

On a prétendu que ces différents troubles entraînent une compensation, d'où le nom de lésion providentielle. On supposait que cette hypertrophie du cœur donnait plus de force à l'organe. Cette opinion a cours encore aujourd'hui. Mais, messieurs, il y a une autre idée qui est bien supérieure. Cette hypertrophie est loin d'être une compensation. Le cœur s'hypertrophie *non pas pour lutter, mais parce qu'il lutte*. C'est la contractilité qui fait la compensation. L'hypertrophie est plutôt une gêne dans les mouvements du cœur. Du reste, Peter, qui m'inspire cette leçon, dit qu'elle n'est pas providentielle; il vaudrait mieux que le cœur ne s'hypertrophie pas. "Le mot providentiel, dit-il, nous vient de France, pays de sentiment, et le mot compensation de l'Allemagne, pays calculateur." Ce qui compense, ce n'est pas la masse du muscle cardiaque, mais sa contractilité, laquelle finit par s'épuiser quand cette masse est très volumineuse. Donc, ne parlons plus de compensation hypertrophique, mais de contractilité.

On a prétendu aussi que les lésions du cœur ne sont pas accompagnées de douleur. Encore une erreur. *La chose est vraie pour ceux qui croient être malades du cœur et qui ne le sont pas*. Ce sont alors des douleurs musculaires. Cela ne veut pas dire que le cœur soit insensible. Plusieurs théoriciens ont admis l'absence de douleur. Mais on s'était surtout basé sur des expériences de laboratoire. A l'état sain le cœur est insensible, mais il ne l'est plus à l'état pathologique. On était d'avis que le pneumo-gastrique, le sympathique, le plexus cardiaque, etc., étaient insensibles parce qu'ils n'étaient pas sensitifs. Voilà pour le laboratoire. Mais chez le malade, la douleur se montre sous l'influence pathologique. Qui va nous le prouver? Voici: la douleur se réveille à la pression. Dans les affections de la mitrale, il faut aller plus bas que le mamelon pour réveiller cette douleur. Elle est surtout manifeste dans l'aortite. Nous avons présentement dans notre clientèle privée un jeune homme souffrant d'aortite, qui se plaint de douleurs continuelles dans la région précordiale. Voilà qui concorde bien avec l'assertion de Peter. Lorsque la douleur n'est pas causée par une aortite, elle provient alors d'une névrite superficielle.

Les auteurs classiques enseignent que pour établir le siège des différents bruits, il faut ausculter à des endroits déterminés. Aorte: 2e espace intercostal droit. Mitrale: 5e espace gauche. Pulmonaire: 2e espace gauche. Tricuspidé: appendice xiphôïde. Peter dit de faire attention, car le cœur malade se déplace, grâce à l'hypertrophie. Pour lui, il n'y a que deux régions: zones ma-

mitrale supérieure et inférieure. Vous voulez les bruits de la mitrale? cherchez au-dessous du mamelon. Les lésions aortiques? cherchez au-dessus. L'orifice pulmonaire? allez plus près du sternum. Voilà une méthode qui simplifie les recherches. Peter appelle les localisateurs des bruits cardiaques les *musiciens du cœur*, et des musiciens aimant à compliquer les choses. Nous avons ici un cas type de lésion aortique, et nous entendons parfaitement les bruits au-dessus du mamelon gauche. Enfin, dernier exemple, dans l'hypertrophie suite de lésion aortique (*cor bovinum*), vous serez obligé de percuter au-dessous du mamelon.

J'ai déjà eu occasion de vous rappeler, et c'est toujours bon de le faire, que la cause directe ou immédiate des lésions valvulaires se trouve dans l'endocardite, et la plupart du temps dans l'*endocardite rhumatismale*. C'est la cause la plus commune. Il y a encore d'autres maladies qui favorisent l'endocardite, ce sont: la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la chorée. Le traumatisme est du nombre des causes, mais il y a une grande marge pour ce dernier. Vous comprenez qu'un traumatisme intéresserait le péricarde d'abord; il y a aussi des réserves à faire pour l'endocardite provenant d'un effort violent. Le froid peut agir dans la production de cette maladie; mais ici encore pensez à la diathèse rhumatismale. Et remarquez bien que l'endocardite n'est pas une complication du rhumatisme, mais que c'est une manifestation de cette maladie. Elle existe dans la plupart des cas. Seulement, elle ne doit pas fatalement venir. Il faut que la maladie soit intense. C'est la loi de Bouillaud: "Dans tout cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, la coïncidence de l'endocardite est la règle."

Maintenant nous avons encore l'*endartérite*. Je vous prie de bien noter cette cause. Elle survient chez les surmenés, les alcooliques, les libertins, les goutteux, les tabagiques, les vieillards. Chose étonnante, chez ce dernier, la vieillesse entraîne souvent l'endocardite rhumatismale. Dans l'endocardite par endartérite, la lésion principale sera surtout aortique, tandis que lorsque la cause est rhumatismale, la lésion mitrale est surtout fréquente. C'est cette variété par endartérite qui a pour effet aussi d'affecter le cœur dans sa substance même, c'est-à-dire d'entraîner la myocardite et la dégénérescence graisseuse, particulièrement dans la goutte. C'est dans la classe de l'endartérite que vous aurez la douleur bien localisée. Le malade sent son cœur. Dans la lésion mitrale, ce sont plutôt des troubles plus ou moins prononcés de l'innervation, c'est-à-dire occasionnés par des désordres dans le pneumogastrique. C'est lui qui amène la sensation de pesanteur dans l'indigestion et l'oppression que l'on ressent dans une chambre remplie de fumée de tabac. Dans la lésion aortique, c'est le plexus cardiaque qui a son mot à dire.

Le côté gauche du cœur est le plus souvent envahi, parce que,

au contraire de chez l'enfant, c'est lui qui a le plus à faire chez l'adulte. Le fait est que dans l'histoire des maladies du cœur, nous songeons particulièrement au côté gauche. Quand nous pensons au côté droit, c'est pour constater les désordres de la circulation dont nous avons parlé plus haut. Mais nous n'avons pas à nous en occuper tout d'abord. Cependant les lésions du cœur droit peuvent se rencontrer dans la jeunesse, et encore ici cette lésion est presque toujours congénitale. Quant aux orifices, c'est la mitrale, puis l'aorte, puis l'orifice pulmonaire et la tricuspide qui sont pris par ordre de fréquence, mais la mitrale est le plus souvent envahie. Dans le cas où la marche de l'affection progresse longtemps, alors toutes les valves peuvent être intéressées en suivant le même ordre de fréquence. Rappelez-vous ce que je vous ai dit au début de cette conférence sur la marche des lésions. Pourquoi maintenant, lorsque la contractilité cesse d'accomplir sa tâche, les lésions se manifestent-elles aux extrémités, aux malléoles. C'est que ce sont les points les plus éloignés du cœur, et que la contractilité, et non pas l'hypertrophie, n'est plus assez forte pour pousser le sang jusque là en quantité suffisante.

Le bruit de souffle est le plus important. C'est le père de tous les autres : bruits de râpe, de scie, etc... Ce bruit est doux. Il deviendra d'autant plus rude et subira d'autant plus de modifications que les lésions seront plus avancées. Le bruit de galop (de dactyle) indique une lésion rénale en concomitance avec la lésion aortique. Peter enseigne que ce bruit simule assez bien le "galop" du cheval, et fait figurer ce triple bruit par une longue et deux brèves, d'où le nom de bruit de dactyle. Tous les bruits s'entendent au dessus du mamelon pour les lésions aortiques, au-dessous pour les lésions mitrales. Pour l'orifice mitral, que ce soit insuffisance ou rétrécissement, on peut entendre parfois ces bruits du 5e jusqu'au 7e espace intercostal gauche. Il y a aussi dans les lésions de l'aorte un bruit qui se fait entendre dans le dos, plus près du côté gauche, entre la colonne vertébrale et l'omoplate. Dans la lésion mitrale, ce bruit n'existe pas, ni dans la chlorose. Et n'oubliez pas que c'est dans la lésion aortique surtout qu'il y a douleur. C'est aussi dans ces cas que la mort subite est la plus fréquente, surtout quand la cause est l'endartérite.

Dans l'insuffisance mitrale, il y a souffle systolique (au 1er temps) au dessous et en dehors du mamelon gauche. Dans le rétrécissement mitral, souffle présystolique au dessous du mamelon. Dans l'insuffisance aortique, le souffle est au 2e temps, au dessus du mamelon, jusqu'au niveau du 3e espace intercostal, à droite et même dans le dos.

Dans le rétrécissement aortique, il y a souffle systolique au 1er temps, au-dessus du mamelon, se propageant dans la direction de l'aorte descendante jusque dans le dos.

Le souffle est au 1er temps dans l'insuffisance tricuspide, et au

2^e dans le rétrécissement, mais dans les deux cas le souffle existe sous le sternum ou le long du bord gauche, en dedans du mamelon.

Dans le rétrécissement pulmonaire (rare, mais moins encore que l'insuffisance), le souffle est au 1^{er} temps et son maximum du côté gauche du sternum jusqu'à la clavicule gauche.

L'état du pouls dans les lésions valvulaires est aussi caractéristique. La régularité du pouls persiste tant que la contractilité existe dans les deux côtés. Quand le pouls perd de sa régularité, c'est que le cœur perd de sa contractilité; cependant, dans les lésions aortiques, l'irrégularité est plus tardive.

Vous savez que qui dit maladie du cœur dit *digitale*. On a même appelé ce médicament le *pain du cœur*. Vous voyez par ce que j'ai dit précédemment que le traitement doit être multiple. On abuse de la digitale. Elle n'est indiquée que lorsque le cœur est irrégulier ou tumultueux. Il ne faut pas s'attarder à ce médicament quand il y a autre chose qui presse davantage. Le malade est essoufflé à cause de l'engorgement pulmonaire. Il faut *dégorger*, là est le point principal. Si le sujet est pléthorique, faites la *saignée générale*, sinon, appliquez les *ventouses scarifiées*. Jamais ce traitement n'a été employé sans soulagement. Ou bien encore, mettez des *sangsues en quantité*. Il y a encore les *vésicatoires*, le *séton*. Et ce que vous ferez contre le poumon engorgé, faites le aussi contre l'engorgement du foie, du rein, etc.

On dit qu'on ne peut donner l'*opium* lorsqu'il y a congestion cérébrale. Quand il y a nécessité, mais seulement alors, on peut le donner, en étant très prudent.

Contre l'hydropisie, les diurétiques, scille, etc. Et si vous donnez comme tel la digitale, les effets de ce médicament devront être surveillés.

Le malade doit aussi suivre un régime sévère: abstention de viandes lourdes, surtout le soir, éviter les stimulants de toute espèce, même le café et le thé forts, sauf au pis aller. Inutile de rappeler qu'il faut éviter les émotions et les exercices violents.

—PORCHER regarde la phénacétine comme étant le meilleur hypnotique auxiliaire de la morphine, à laquelle il la substitue souvent pour produire le sommeil; il en donne de 5 à 8 grains au coucher. Le sommeil survient en général promptement, à défaut de quoi on peut répéter la dose.

—La présence de carbonate sur les épaules ou au niveau des omoplates accompagne souvent le diabète.

—Souvent le prurit de l'anus est un indice de maladie prostatique.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Le suc testiculaire ; ses effets d'après Brown-Séguard.—Dans une nouvelle communication qu'il vient de faire à l'Académie des sciences de Paris, notre vieux savant relate les heureux résultats obtenus par les injections de suc testiculaire dans le traitement de la tuberculose et de l'ataxie locomotrice.

Après un traitement plus ou moins prolongé, on voit, chez les tuberculeux, disparaître la fièvre et les sueurs nocturnes, la toux cesser, les forces, ainsi que le poids du corps, augmenter d'une façon sensible. Ces faits ont été constatés, à Paris, sur un certain nombre de malades, dans les services de MM. Hénoque et Dumontpallier, et à l'hôpital de Lille, par M. le professeur Lemoine.

Ces améliorations se sont-elles maintenues ? M. Brown-Séguard n'ose l'affirmer, car en quittant l'hôpital, les malades se croyant guéris ont cessé tout traitement et n'ont pas reparu. La même médication se serait révélée tout aussi efficace dans quelques cas d'ataxie locomotrice. M. Brown-Séguard cite le fait d'un militaire, maître d'armes dans un régiment, et ataxique avéré puisqu'il a été réformé du service pour cette affection, qui a été guéri radicalement après un court traitement. Aujourd'hui cet homme donne des leçons d'armes et peut soutenir une vingtaine d'assauts par jour.

En résumé, le suc testiculaire, injecté chez les vieillards affaiblis, rend les forces dans une proportion durable et définie. Dans certains états morbides, la tuberculose, l'anémie, les paralysies, l'ataxie locomotrice, il relève l'état général et aide puissamment à la résistance et à la convalescence.

Pour démontrer les vertus de son liquide régénérateur, qu'il expérimente journellement sur lui-même, M. Brown-Séguard, âgé aujourd'hui de soixante-quinze ans, comprime de la main un petit dynamomètre à ressort, et l'instrument accuse aussitôt une force musculaire de 45 kilogrammes, alors que des hommes forts, vigoureux, ne réussissent ordinairement à imprimer à cet instrument qu'une pesée de 40 à 41 kilogrammes.—*Scapell.*

Emploi de l'arsénite de cuivre dans l'anémie.—D'après le Dr HARE, l'arsénite de cuivre a une action favorable dans le traitement de l'anémie essentielle, non symptomatique des lésions

organiques. L'arsénite de cuivre réunit les propriétés de l'arsenic (excitation des muqueuses et augmentation de l'assimilation) avec celles du cuivre (tonique et production du tissu musculaire augmentée), et grâce à ces qualités il est supérieur à la liqueur de Fowler. Doses: 1150 à 1125 gr., à prendre trois fois par jour, après les repas. Sous l'influence de l'arsénite de cuivre, la digestion s'améliore, le teint devient normal et la guérison survient en peu de temps.—*Therapeutic Gazette*.

Lavage de l'estomac; ses dangers.—Nous lisons à ce sujet dans la *Revue générale de médecine, de chirurgie et d'obstétrique*, une note du Dr Soltan FENWICK, dans laquelle il expose qu'actuellement tout symptôme qui peut se rapporter aux organes digestifs semble, pour certains médecins, autoriser le lavage de l'estomac; on l'a employé non seulement dans la chlorose, dans la dyspepsie atonique, dans les crises gastriques de l'ataxie, mais aussi dans des cas de vomissements réflexes. Il faut dire hautement que quand ce traitement n'amène aucun bien, il peut être fort nuisible, car il enlève ces productions pepsiques que l'estomac a eu tant de peine à fabriquer. L'auteur ne peut comprendre, quant à lui, comment le lavage d'un estomac insuffisant à la digestion peut activer ses fonctions digestives, ou comment il peut empêcher certains symptômes dépendant d'un autre organe malade de se produire. Il a pratiqué ce lavage, pendant quelques semaines, sur un malade atteint de tabes dorsalis avec crises gastriques extrêmement violentes, et a soigneusement étudié l'état de la digestion. Les symptômes généraux se sont aggravés et rien de bien ne s'est manifesté du côté de l'estomac. Les cas de dyspepsie atonique et de chlorose que l'auteur a ainsi traités se sont montrés tout à fait rebelles à la méthode et ne se sont améliorés qu'avec la médication habituelle. En conséquence, si le lavage donne des résultats incontestablement bons dans certaines maladies de l'estomac, son emploi inconsidéré contre tout ce qui est symptôme gastrique causera plus de mal que de bien, et même jettera un discrédit sur ce que le système a de bon en soi.

Diurétine et diète lactée dans la cirrhose du foie. — A la clinique de M. de RENZI, on a observé un résultat satisfaisant de l'emploi de la diurétine dans de nombreux cas d'œdème plus ou moins généralisé, et spécialement dans un cas d'insuffisance mitrale avec insuffisance relative de la valvule tricuspide, cas dans lequel la digitale n'avait amené aucune modification appréciable.

Par contre, la même diurétine n'a produit aucun bon résultat dans trois cas de cirrhose hépatique, tandis que le régime lacté a fait considérablement diminuer l'ascite dans deux de ces cas, où on a substitué l'emploi du lait à l'usage de la diurétine.

M. E. de Renzi administre la diurétine de la manière suivante :

P. Salicylate de théobromine et de soude (diurétique) : 5 grammes. Diviser en 6 paquets égaux. On en fait prendre de trois à six par jour, dans du pain azyme, à deux ou trois heures d'intervalle.—*Revue générale de médecine.*

La digitale et son action thérapeutique.—Dans une note qu'il a communiquée à l'Académie de médecine de Belgique, M. le Dr MASIUS, professeur de clinique médicale à l'Université de Liège, s'est exprimé comme suit :

La digitale est généralement employée dans les maladies du cœur, à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, en infusion, dans les vingt quatre heures, pour ralentir le pouls, pour le régulariser, pour augmenter sa force et sa tension ; administrée à la même dose, dit il, dans les maladies fébriles, elle remplit la même indication et elle abaisse, en outre, la température. Ces effets sur la circulation et sur la température sont obtenus d'ordinaire le troisième jour de l'administration du médicament.

Le but de l'auteur est de montrer que la digitale peut être prise, non seulement sans inconvénient, à des doses considérées comme hypertoxiques, mais qu'elle prévient sûrement et rapidement, à ces doses massives, les dangers provenant de la faiblesse cardiaque et de l'exagération de température. Il ressortira également de cette étude, dit M. Masius, que si l'action paralytique de la digitale sur le cœur n'est pas à craindre autant qu'on le dit, l'emploi de fortes doses de ce médicament n'arrête ni ne raccourcit l'évolution de la pneumonie, comme le prétend le professeur Petresco, de Bucharest.

M. Masius arrive aux conclusions suivantes :

La digitale, administrée à la dose de 4 grammes dans les vingt-quatre heures, agit comme tonique du cœur ; elle en relève l'énergie, régularise ses battements et, par suite, combat la stase veineuse, l'œdème, la dyspnée, tous les symptômes qui sont la conséquence de l'insuffisance cardiaque.

Elle abaisse également la température lorsque celle-ci est fébrile, en la ramenant à la normale ; en l'absence de fièvre, elle n'a guère d'effet sur la température.

La rapidité de son action sur le cœur varie suivant qu'il existe ou non un état fébrile ; dans les maladies infectieuses fébriles, comme la pneumonie, elle a, en effet, à combattre non seulement la faiblesse cardiaque, mais encore les effets sur le cœur et sur le système nerveux cardiaque, de la température elle-même et des produits des agents infectieux. Lorsque la faiblesse cardiaque est seule en cause, l'action de la digitale est plus rapide.

Il y a, de plus, des différences individuelles. A la même dose, la digitale s'est montrée un médicament cardiaque sûr.

Cette action tonique exige presque toujours trente-six heures avant de devenir sensible pour l'observateur. En général, elle

devient manifeste après quarante huit heures ; exceptionnellement elle se montre après vingt-quatre heures.

Les doses journalières de 4 grammes doivent être continuées le plus souvent pendant trois et même quatre jours, pour arriver à l'état désirable. La durée de la médication varie d'ailleurs dans les différents cas et exige une surveillance rigoureuse.

Ces doses, administrées dans ces conditions, ne semblent pas avoir d'effets fâcheux secondaires, sur les voies digestives, plus fréquents que par les petites doses. Elles ne paraissent pas non plus présenter le danger de favoriser davantage la période paralytique qui fait suite à la période tonique, lors de l'emploi de fortes doses ou de doses thérapeutiques longtemps continuées. L'action cumulative ne paraît pas non plus spécialement à redouter pour ces doses. D'ordinaire, l'effet du médicament se fait encore sentir pendant trois à sept jours après qu'on en a cessé l'administration.

"Mes observations, dit M. Masius, ne me permettent pas de conclure que la digitale, à la dose de 4 grammes par jour, exerce dans la pneumonie une action autre que l'action tonique sur le cœur ; de plus, il y a une action antithermique. Dans les différents cas observés, la crise s'est produite du cinquième au douzième jour, c'est-à-dire dans les limites ordinaires, et elle n'a pas empêché la terminaison funeste dans des cas particulièrement graves."

Nous conservons dans nos souvenirs que M. Frankinet, notre ancien maître, professeur de clinique interne à la même Université, montrait une grande prédilection pour la digitale qu'il employait généralement contre les affections cardiaques et pulmonaires, associée au kermès minéral. Il l'administrait en infusion, ou sous forme de teinture, et rarement en poudre. Il donnait la préférence au sirop de Labélonye dans lequel il avait une grande confiance, en raison des soins minutieux qu'il savait employés pour cette préparation.

- D'autre part, à la Société médicale des hôpitaux, pour M. le Dr HUCHARD, la digitale est un diurétique indirect : elle n'agit sur le rein qu'en augmentant la tension artérielle. Elle n'influence donc pas l'épithélium rénal, à l'inverse des diurétiques directs. Elle ne peut donc pas avoir d'effet nuisible dans les congestions des reins.

La digitaline administrée à haute dose n'est pas nuisible dans les diverses affections rénales ; elle peut être utile et diminuer souvent la quantité d'albumine, non seulement dans les albuminuries cardiaques, mais encore dans les néphrites parenchymateuses.

Evidemment, il ne faut pas administrer la digitale à tort et à travers sans prendre les précautions voulues.

Dans n'importe quelle cardiopathie avec hyposystolie ou asystolie, on n'aura jamais d'accidents imputables au médicament, quand on procédera de la manière suivante : on ouvrira d'abord les voies à la digitaline. Pour cela, on met pendant quelques jours le car-

diopathe au repos le plus complet et au régime lacté absolu. Une certaine diurèse résulte déjà de l'emploi de ces deux moyens bien simples. Quand elle a été constatée, on purge le malade et, le lendemain, on donne une seule fois, un seul jour, cinquante gouttes d'une solution au millième de digitaline cristallisée, soit un milligramme de digitaline cristallisée, après quoi on attend dix ou quinze jours avant de recommencer de la même façon et à la même dose, si l'indication persiste.

M. le Dr Rendu partage l'opinion de M. Huchard. Il ne lui est jamais arrivé d'accident.—*Scalpel.*

Le bicycle dans le traitement des maladies nerveuses.—Dès qu'un malade a dépassé 35 ans, on ne peut lui prescrire l'exercice qu'en y mêlant un plaisir: or le bicycle allie ces deux éléments; sa manœuvre est facile, mais demande un peu d'attention, la rapidité de la locomotion et le changement continu de paysage sont agréables. L'auteur a prescrit cet exercice à 16 névropathes (3 cas de poliomyélite antérieure, 1 de paralysie polynévritique, 1 de paralysie hystérique, 6 de neurasthénie, 1 de perversion sexuelle, 1 d'excitation génitale). Dans les trois cas de paralysie infantile (1 garçon, 1 fillette, 1 dame de 30 ans) il y avait paralysie des extenseurs du pied et faiblesse des cuisses: au bout d'un an d'exercice (d'abord quelques minutes, trois fois par semaine, puis promenade quotidienne) la paralysie est un peu améliorée et les cuisses sont très-notablement renforcées. Pour la polynévrite, dès que la période de régénération apparut, le sujet fit quelques minutes de marche en bicycle poussé par le maître: au 12^e jour, il pouvait déjà s'exercer une demi heure, aussi Hammond donne-t-il ce procédé comme supérieur à l'électrisation. La paralysie hystérique d'une jambe fut vite guérie. Quant aux neurasthéniques qui ont usé du bicycle, ils ont été bien plus tôt guéris que ceux qui, soumis au même traitement interne, n'ont pas eu recours à cet instrument. Le succès fut remarquable aussi contre les troubles génitaux. Le sujet prendra des leçons particulières, pour ne pas être ému, chez un maître patient, instruit par le médecin, sur un bicycle très-doux, ne secouant pas trop et de poids bien proportionné à celui de l'élève. Comme dans ce cas on ne recherche pas la vitesse, il faudra recommander de tenir la tête et la poitrine bien droites.—G. H. HAMMOND, in *The Journal of Nervous and Mental Diseases*.

De la chloroformisation à doses faibles et continues.—Un élève de M. Terrier, M. le Dr BAUDOIN, décrit minutieusement la chloroformisation à doses faibles et continues, préconisée par Labbé et Peyraud, et acceptée par M. Terrier.—Voici la formule qui résume ce procédé d'anesthésie: le moins d'air possible, le moins de chloroforme possible (pas d'intermittences).—M. Baudouin

donne avec un grand luxe de détails le procédé opératoire: les instruments nécessaires sont une bouteille de chloroforme pur, conservé dans un petit tube en verre coloré, contenant 20 à 25 gram. de chloroforme, une compresse, une pince à langue, du modèle de celle de M. Lucas-Championnière, de la vaseline, de petites éponges stérilisées montées, une machine électrique et des ballons d'oxygène.—Le malade sera chloroformé en dehors de la salle d'opérations, loin du préparatif habituel, au milieu du silence le plus profond. Le malade sera placé dans le décubitus dorsal, le thorax libre. Mettre sur la compresse 4 ou 5 gouttes de chloroforme, et l'appliquer sur les narines et l'orifice buccal. Au début, déposer une douzaine de gouttes de chloroforme par minute, en ayant soin d'appliquer la compresse sur les nœuds et la bouche et de ne pas interrompre la chloroformisation. On versera donc, 4 ou 5 gouttes, toutes les deux minutes et $\frac{1}{2}$.—On continue pendant un quart d'heure ou vingt minutes. Au bout de ce temps, l'anesthésie est obtenue avec 7 ou 8 grammes de chloroforme. Une fois l'anesthésie obtenue, appliquer hermétiquement la compresse sur la bouche et verser trois gouttes, deux ou trois gouttes par minutes. Si l'on veut que le malade ne se réveille pas, il ne faut jamais enlever la compresse. Il suffit de quelques bouffées d'air pur pour que le réveil survienne aussitôt. L'opéré se réveille très vite. En tout, on dépense 15 à 20 gram. de chloroforme, 25 gr. dans des cas spéciaux.—Tout aussi intéressant à consulter est le chapitre où l'auteur traite des phénomènes à surveiller pendant le chloroforme. Il insiste avec forte raison sur la surveillance continuelle de l'état de la face et de l'état de la respiration. Il n'accorde qu'une médiocre importance au pouls. Un phénomène capital dans ce genre d'anesthésie est l'absence de la période d'excitation, que M. Beaudouin a un des premiers signalée. Il n'y a que l'alcoolique qui fait exception à cette règle. Par ce procédé, il est en somme possible de chloroformer sans danger les alcooliques, les cardiaques, les bronchitiques. Enfin, l'auteur souhaite que la chloroformisation soit pratiquée par des spécialistes qui, tout à leur travail, feront mieux attention à leur ouvrage et ne se laisseront pas distraire par l'opération.—*Revue internationale.*

Des légumineuses anesthésiques et analgésiques et en particulier du "piscidia erythrina." — Après avoir passé en revue les propriétés analgésiques et anesthésiques des principales légumineuses de la sous-famille des césalpiniées et des papilionacées, ainsi que leurs applications thérapeutiques, le Dr. LIEGEOIS, insistant plus spécialement sur le piscidia erythrina, nous fait part des résultats que lui a donnés l'emploi de la piscidine, principe actif de cette plante. Durant le flux menstruel, il n'est pas rare de voir apparaître des tranchées utérines coïncidant avec l'arrêt de l'écoulement ou l'expulsion intermittente de caillots; vingt

gouttes administrées à la fois, de trois heures en trois heures, jusqu'à concurrence de soixante à quatre vingt gouttes, rétablissent la régularité de la fonction. Dans certains cas de dysménorrhée, la teinture de piscidia erythrina a donné de bons résultats. Ainsi, chez les dysménorhéiques sanguines, quarante-quatre ont des règles difficiles, parce que la plasticité de leur sang empêche la transsudation. (Troussouau). — On prescrit ainsi la piscidine :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	30 grammes.
Teinture de piscidia erythrina.....	} aa	8 grammes.
Teinture de valériane.....		

De une à trois cuillers à café.

Les douleurs de la région précordiale, liées soit à la chlorose et aux différentes névroses, soit à la myocardite artériocléreuse ainsi qu'à l'aortite sub-aiguë, sont avantageusement combattues par l'emploi de ce médicament. On prescrit la teinture de piscidia à raison de vingt à quatre-vingt gouttes par jour, traitement qui peut être continué plusieurs jours jusqu'à concurrence d'un mois. Mais si la piscidine est un bon analgésique contre les douleurs cardiaques, il est à remarquer aussi, d'après les travaux d'Ott (de Philadelphie), qu'elle ralentit le cœur et abaisse la pression artérielle, propriété qui peut rendre de réels services dans les affections où, à la première période, l'hypertension est la règle.—
Revue médicale de l'Est.

MÉDECINE.

La flatulence dans les maladies de l'estomac.—Marin PERUJO ne croit pas être éloigné de la vérité en affirmant que 80 0/0 des dyspeptiques souffrent de flatulence et que celle-ci se présente très sévère et fort alarmante dans les 20 0/0 de cas. Les origines des gaz des voies digestives sont multiples; ils proviennent de l'air atmosphérique, du régime alimentaire, du sang par voie exosmotique, enfin de la décomposition du bol fécal. L'analyse chimique a révélé dans ces gaz: de l'oxygène, de l'azote, de l'hydrogène, de l'acide carbonique, de l'hydrogène protocarboné et de l'hydrogène sulfuré. Sans qu'il y ait une distension du ventre, les gaz produisent souvent des troubles qu'il faut attribuer non à la quantité, mais à une difficulté d'expulsion. Pour l'ordinaire, l'air distend les parties molles et il y a météorisme avec pesanteur, tension, douleur etc. Les distensions partielles, circonscrites et dues à des anses intestinales dilatées outre mesure dans une certaine étendue, doivent attirer toute notre attention chez les

sujets émaciés, car elles pourraient simuler parfois une tumeur, un cancer, surtout s'il existe une rétraction des parois abdominales. La douleur est un symptôme des plus pénibles chez le dyspeptique flatulent, parfois, elle serait si vive qu'elle simulerait un empoisonnement; d'habitude, elle suscite une contraction compensatrice qui est le spasme. La contraction spontanée a plusieurs effets dont l'un est l'éruption, sonore ou silencieuse, fétide ou inodore. Nous ne nous appesantirons pas sur les autres effets de ces contractions spontanées, qui sont l'expulsion des gaz par l'anus et l'absorption gazeuse, ni sur les autres symptômes de la flatulence que l'auteur détaille. Nous en retiendrons un, l'ectasie du côlon, que M. Perujo décrit comme une variété de dyspepsie flatulente, comme un type morbide à part, qui se caractériserait par la prédominance des symptômes douloureux. En fait de traitement, l'auteur est pas mal optimiste: à part des cas graves exceptionnels, la guérison est et doit être la règle. En premier lieu, le malade doit s'astreindre à une mastication laborieuse des aliments, à une vie active, à la réglementation des heures des repas, etc... Quand au régime alimentaire, il est de notoriété publique, nous n'insistons pas. Le massage abdominal serait une médication excellente agissant par son action stimulante sur les organes digestifs. L'application de la chaleur donne de bons résultats; la chaleur est le grand digestif et le grand carminatif; elle agit admirablement sur la fibre lisse et calme instantanément l'excitation abdominale. Elle peut se réaliser par le vulgaire cataplasme chaud ou par une vessie en caoutchouc pleine d'eau chaude. Les applications froides agiraient d'une façon analogue. Les ingestions chaudes comme les ingestions froides auraient leurs avantages selon les cas. Les sulfites et hyposulfites, le bicarbonate de soude, le bismuth, le charbon, l'acide carbonique, la créosote etc., s'emploient d'ordinaire avec quelque succès dans la flatulence. Cependant, l'auteur n'accorde aucune action aux sels de soude, de bismuth, au charbon, qui n'absorberaient nullement les gaz. Citons pour mémoire les antispasmodiques, les aromatiques, y compris la liqueur ammoniacale anisée, enfin, dans un autre ordre d'idées, la sonde rectale pour l'expulsion des gaz, les applications électriques, la ponction capillaire etc... Cette nomenclature thérapeutique serait fort longue si on voulait s'y attarder; on fera de la médication symptomatique si on veut bien faire, et chaque cas pourra s'accommoder d'une de ces médications avec succès, si l'on veut bien ne point oublier qu'il n'y a pas de succès durable, sans rigorisme diététique.— *Revue internat. de bibliogr. méd.*

Traitement de la fièvre typhoïde. — Un traitement élaboré sur les découvertes pathogéniques récentes de la fièvre typhoïde ne pourrait être que vicieux. La microbiologie est venue affirmer à nouveau la notion, déjà ancienne, de l'unité nosologique de la

fièvre typhoïde ; cependant, les conquêtes nouvelles de la science, d'accord en cela avec l'observation, mettent en relief la grande influence que l'organisme possède sur l'infection à laquelle il peut imprimer des modifications variées. Ce qui veut dire en bon langage thérapeutique, que l'emploi systématique des microbiocides ne peut suffire pour guérir la fièvre typhoïde, mais qu'il y a lieu de tenir compte de tous les modificateurs de l'activité cellulaire qui mettent l'organisme en état de résistance et qui équilibrent le fonctionnement troublé des organes. Ces considérations qui ressortent d'une saine logique thérapeutique sont développées avec beaucoup de talent par M. ROBERT (*Rivista de ciencias med. de Barcelona*) et nous le goûtons beaucoup lorsqu'il dit : "Pour nous, qui, plus arriérés nous serions en science et moins nous nous sentirions désillusionnés, il est fort important d'établir un parallélisme thérapeutique entre les agents qui peuvent stériliser le parasite, ceux qui défendent l'organisme et qui avivent la phagocytose, ceux qui mettent un frein au désordre viscéral et enfin ceux qui facilitent le passage des résidus organiques et des toxines à travers les émonctoires naturels. Le problème n'est pas simple, au contraire, il est bien complexe, et il en est ainsi aujourd'hui plus que jamais, parce qu'il existe une confusion lamentable en ce qui regarde le choix des moyens curatifs. Pour les uns, il est absurde de combattre l'hyperthermie, et pour les autres il importe beaucoup d'abaisser la température ; ne sont point rares ceux qui préconisent les bains comme une panacée en proscrivant les autres médications : l'expectation pure a ses partisans ; les plus modernes donnent la priorité aux antiseptiques intestinaux sans être cependant d'un accord unanime sur celui qui doit avoir la préférence, si c'est le sublimé, le salol, le naphthol B, le sulfure de carbone, la résorcine, le phénate de soude, etc. . . ; la quinine et les antithermiques de la série aromatique ont respectivement des panégyristes et des détracteurs Quand on arrive à un tel point de discordance, on est en droit d'appeler à son secours le critérium personnel et sa propre observation, lesquels ne sont point fondés sur des jugements a priori, mais sur ce que l'expérience nous a enseigné." — L'auteur touche ensuite à la diététique. Le typhoïsant a besoin d'air et de lumière ; il demande la plus grande propreté, ce qui légitimerait un bain de propreté, dès que le diagnostic est établi, et le changement fréquent du linge et des articles de literie. Le typhoïsant demande une alimentation qui soutienne ses forces, toutefois en concordance avec ses capacités digestives ; enfin il doit boire à sa soif : de l'eau potable, des boissons acidulées naturelles (St Galmier, Chateldon, etc.), ou artificielles (limonades, orangeades). Enfin, la désinfection des déjections du malade avec un antiseptique (sublimé, sulfate de cuivre, etc.), est de rigueur.

M. Robert décrit les différentes médications usitées de nos jours ; les voici sommairement :

(a) *Méthode abortive.* Elle inspire peu de confiance; mais il n'est pas inutile de l'employer, si: 1° on peut atteindre la fièvre typhoïde dans la période prodromique ou celle d'invasion; 2° si l'on a affaire avec un typhus abdominal. Pendant les quatre ou cinq premiers jours, l'entérite est purement catarrhale, les bacilles se rencontrent dans les mucosités de l'intestin, et si les plaques de Peyer ne sont point engorgées, il est plausible de penser qu'on peut entraîner au dehors les parasites et agir avec succès par une action substitutive sur la muqueuse intestinale ainsi que cela a lieu dans la dysenterie et la fièvre jaune (?). — (b) *Médication antiseptique.* La superficie interne de la bouche, de l'estomac, de l'intestin, sont accessibles à de nombreux agents qui peuvent réaliser de l'asepsie et agir localement. Les uns, insolubles, agissent comme topiques; les autres, aptes à l'absorption, ont un double effet et se rapprochent par quelques points des antithermiques. Les plus en vogue dans la première catégorie sont: le salicylate de bismuth, les naphols, le sulfure de carbone et le salol; parmi les seconds, citons: l'acide salicylique, le salicylate de soude; l'acide carbonique, la résorcine et le phénate de soude. Mentionnons aussi comme topiques antiseptiques faisant groupe à part, le sublimé et l'acide borique dont le mode d'action est encore un problème à résoudre. Dans l'espèce, l'élection n'est point chose indifférente et l'on doit préférer, comme étant peu nocifs, les agents peu solubles ou insolubles. L'acide borique serait un bon agent fort indiqué lorsque la langue du malade est très hyperémée et comme dénudée de son épithélium; la résorcine est bien tolérée par le tube digestif et agit faiblement sur le processus fébrile. On dit beaucoup de bien du sublimé; l'auteur, qui l'a employé, n'en veut rien croire. Deux agents d'un usage antique rivalisent par leurs heureux effets et peuvent être considérés comme des antiseptiques; il s'agit de la quinine et de l'acide chlorhydrique, quoique Straus ait reconnu à ce dernier un faible pouvoir microbicide sur le bacille d'Eberth. Toutefois une longue expérience et l'accord unanime des cliniciens en font une médication de premier ordre. — (c) *Médication antithermique.* La fièvre et l'infection sont en rapport direct, d'après M. Robert, et « à plus grande température correspond plus de force infectieuse et plus de gravité. » — Cependant cette affirmation ne serait pas absolue et il y aurait lieu d'admettre des formes hypothermiques graves reconnaissant parfois pour cause une certaine *hybridité parasitaire* ou une activité excessive des toxines, lesquelles au lieu d'exciter les centres calorigènes, les épuisent en produisant ainsi une sidération. Cette façon d'envisager les choses permet de penser qu'il existe des fièvres typhoïdes, à température modérée, qui ne demandent point des antithermiques et d'autres, les hypothermiques, qui nécessitent des excitants de la calorification. Ceci revient à dire qu'il ne faut point accorder une trop grande con-

fiance aux antithermiques proprement dits, s'ils ne possèdent point un certain pouvoir stérilisant, et qu'ils agissent pour la plupart, non par une action modificatrice sur l'infection bacillaire mais par une action incontestable sur les centres thermogènes et sur bien des fonctions cérébro-médullaires. Si nous comprenons bien M. Robert, l'analogie de la quinine qui guérit l'accès *pernicieux algide* de la malaria, n'existe point pour la fièvre typhoïde; cet anti-typhoïde est à trouver. Outre leur action incertaine sur le processus infectieux, les médicaments antithermiques ont le grave inconvénient de déprimer l'énergie cardiaque et de troubler l'activité de la fonction rénale, ce qui est encore bien plus grave. Les indications de ces agents sont donc bien limitées. Vu les inconvénients des températures très élevées, il serait prudent, d'après M. Robert, d'intervenir lorsque le thermomètre atteint 40° environ, qu'il ne se produit point des défervescences quotidiennes et qu'il existe des complications viscérales. Toutefois, il faudrait absolument bannir cette médication en cas de collapsus cardiaque, car la plupart des agents seraient des dépresseurs de la systole. Nous n'étudions pas avec M. Robert l'action de chacun de ces antithermiques: nous nous contentons de les citer pour mémoire, et ils portent les noms de quinine, aconit et aconitine, digitale, vératrine, acide phénique, phénate de soude, acide salicylique, salicylate de soude, antipyrine, acétanilide, risorcine, thalline, kairine, etc. Les uns ont été abandonnés comme étant dangereux (thalline, kairine, acétanilide); les autres, soit pour avoir passé de mode, ou soit pour avoir été mal tolérés par les voies digestives. La quinine reste encore le médicament le plus héroïque dans la fièvre typhoïde, et l'abaissement de température qu'elle produit ne serait dû qu'à son action antiseptique. L'antipyrine, quoique ne produisant qu'un effet transitoire et fugace, est certainement à signaler par la sûreté et la puissance de son action. Elle est utile donc lorsqu'on désire modérer la fièvre et donner ainsi un moment de répit au malade. — (d) *Médication hydrothérapique*. Par le bain on produit un abaissement très passager de la température, de sorte qu'il faut faire comme les apologistes de la méthode et baigner très souvent. Les avantages sont à considérer. En nettoyant la peau, le bain maintient la liberté de la fonction cutanée, facilite ainsi l'élimination des produits toxiques et éloigne le péril des infections secondaires, dues à la présence, dans les téguments, d'éléments pathogènes; en produisant une vive excitation des vaisseaux de la périphérie et l'état paralytique qui suit, le bain froid distrait ainsi de grandes quantités de sang des organes internes. Son action tonique sur le myocarde non dégénéré serait évidente, et selon qu'il serait froid (20°) ou tiède (au-dessus de 26°), il produirait ou une vive excitation au moment de la réaction, qui serait dangereuse, ou une sédation légère, qui peut être utile. Ses indications princi-

pales sont : l'hyperthermie 39°, 40° et 41°, l'adynamie sans collapsus cardiaque et complications broncho-pulmonaires, l'ataxie avec exaltation cérébrale ou médullaire, délire, insomnie, etc..... Cette méthode a de nombreuses contre-indications parmi lesquelles nous citons le collapsus d'origine cardiaque (myocardite) ou cérébro médullaire avec état lipothymique, les hémorrhagies, les complications broncho-pulmonaires et pleurales graves, enfin, les processus qui obligent le malade à l'immobilité, je veux dire la péritonite, la perforation intestinale, sans oublier l'âge avancé du malade. — (e) *Médications symptomatiques.* La thérapeutique de cette maladie ne se borne pas malheureusement à la désinfection du tube intestinal, à la modération de la fièvre et à une médication tonique et reconstituante. La tâche du médecin est bien plus difficile et il n'est pas possible d'édicter des règles générales de traitement : il n'y a pas des typhoïdes, il y a des typhoïdants qui réagissent chacun à sa façon. Il en résulte donc des complications nombreuses qui nécessitent des médications spéciales. Aux individus à vascularisation forte, au visage en feu, aux yeux injectés, au réseau veineux turgescant et au pouls vigoureux, signes d'un mouvement fluxionnaire vraiment actif, on pourra opposer les substances modératrices de la pression artérielle (aconit, aconitine, salicylate de soude, quinine, etc.), et restreindre en même temps l'alimentation ; à ceux qui présentent des altérations de pâleur et de rougeur de la face avec de grandes plaques rouges parfois sur les joues, un pouls dépressible, signes manifestes d'un état parétique du réseau capillaire tégumentaire, on doit craindre alors des congestions viscérales et l'on prescrira les médicaments qui facilitent la circulation, donnent du ton au réseau capillaire (ergotine, ergot de seigle, la paullinia sorbilis ou guarana, l'arnica, les ammoniacaux, la caféine et la noix de kola). Nous ne suivrons pas M. Robert dans le traitement des nombreuses complications de la fièvre typhoïde, l'aperçu général que nous venons de donner pouvant suffisamment édifier nos lecteurs sur le bon sens et le remarquable discernement thérapeutique qui guident l'éminent clinicien espagnol au lit du malade.

Caractères et traitement de la tuberculose au second degré.

(A. LUTON, in *Union méd. du Nord-Est*, mars 1892).—Les conclusions de l'auteur portent non-seulement sur ce travail, mais sur l'ensemble des derniers mémoires qu'il a publiés touchant la tuberculose. Si son sujet pêche par les développements, du moins, a-t-il l'apparence d'être complet. — 1° La tuberculose au premier degré, étant mise à part comme un fait acquis, jusqu'à nouvel ordre, la tuberculose secondaire se signale comme un cas très particulier de l'entité. — 2° Elle est caractérisée par la continuité de la fièvre, par la multiplicité des infections, et corrélativement par les associations bactériennes, bien et dûment reconnues.

—3^e Les conditions sont pour ainsi dire exclusives à la tuberculose pulmonaire, et expliquent la gravité du pronostic dans ce cas et l'impuissance relative du traitement même spécifique.—4^e Les sels de cuivre restent comme le remède le plus efficace jusqu'ici employé, mais à la condition de les adapter à la circonstance créée. C'est sous forme de sel double de cuivre et d'ammoniaque, que le traitement recouvre une utilité compromise par la disposition des parties que la maladie a désorganisées.—5^e L'adjonction des antiseptiques pulmonaires, la respiration au grand air, les toniques appropriés, doivent venir en aide, jusqu'à un certain point, au remède principal. Mais leur impuissance définitive démontre mieux que toute autre considération la nécessité d'agir prématurément, c'est-à-dire, sur le premier degré du mal, par le moyen que l'auteur ne cesse pas de recommander.

Guérison de l'ascite due aux affections hépatiques. (*Lancet*, 20 fév. 1892).—Le Dr BRISTOWE démontre cette terminaison heureuse de l'ascite en communiquant à la Société médicale de Londres les quatre observations suivantes: 1^o Une gouvernante de 44 ans présente délirium, hallucinations, jaunisse, œdème des jambes, ascite, diarrhée, bronchite, polyarthrite. On lui fait, par intervalles plus ou moins éloignés, trois ponctions abdominales. Au bout d'un an, elle quittait l'hôpital guérie. Deux ans plus tard, rechute nouvelle, paracentèse; guérison stable. C'est un cas d'alcoolisme avéré avec cirrhose hépatique.—2^o Homme de 35 ans, adonné à la boisson, a, le 8 oct. 1882, œdème des jambes, ascite, hallucinations, jaunisse, dyspnée, épanchement pleural et péritonéal. On pratique la paracentèse thoracique, qui donne issue à trois pintes de liquide; l'ascite disparaît spontanément. Le 24 janv. 1883, le malade tout à fait rétabli part pour la Nouvelle-Zélande.—3^o Homme de 30 ans, restaurateur. Son métier donne la raison de ses habitudes d'intempérance. Le 24 octobre 1888, il se présente avec cet état: dépression des forces, œdème des membres inférieurs, hypermégalie du foie, ascite, jaunisse. On pratique cinq fois la paracentèse abdominale, et le 28 décembre, la guérison s'était établie. Le malade put aller faire une saison à Vichy. A son retour, il fut atteint de bronchite et de pleurésie; paracentèse. Depuis cette époque, il se remit à ses affaires en s'abstenant des boissons.—4^o Dame de 24 ans, pas de tare héréditaire. Elle a eu, à différentes reprises, trois hématomèses, dont la dernière quelques jours avant sa visite. Elle est anémique, manque d'appétit, et présente une ascite s'étant développée en trois jours; paracentèse. Treize jours plus tard, nouvelle ponction. Après l'évacuation du liquide, on découvrit un nodule qui fit supposer un cancer. On savait plus tard que la malade avait un frère syphilitique. On pensa à la même diathèse chez la sœur, et l'on institua en conséquence le traitement anti-syphili-

tique. La malade guérit après avoir subi 27 paracentèses. L'auteur rappelle que l'arrêt sanguin dans le foie, qui donne lieu à l'ascite, s'effectue de trois façons : 1^o par cirrhose vraie affectant les capillaires, 2^o par compression ou envahissement des veinules portes par excroissances soit syphilitiques, soit cancéreuses, 3^o par cette altération du foie connue sous le nom de foie muscade, due aux affections cardiaques ou pulmonaires. Il explique ensuite ces guérisons par l'établissement et le développement de la circulation supplémentaire. Cette explication est, croyons-nous, incomplète, car on connaît beaucoup de cas, et nous en avons par devers nous une observation typique, où la circulation collatérale est à peine ébauchée, tandis que l'ascite est très développée. Donc, puisque l'étouffement des réseaux portes hépatiques ne suffit pas à lui seul à expliquer la pathogénie de l'ascite, d'ailleurs très discutable, il faudrait chercher d'autres causes. On peut se demander, avec Dieulafoy, si les origines péritonéales des vaisseaux portes ne sont pas directement intéressés, et si la cause de l'ascite n'est pas aussi bien périphérique que centrale.—*Revue internat. de bibl. méd.*

Les premiers symptômes de l'asthme nerveux, par M. GOLDSCHMIDT (*Communication au Congrès de balnéologie de Berlin, mars 1892*)—L'asthme est une névrose dont les premières attaques se montrent généralement à l'âge de la puberté ou plus tard, tandis qu'il est très rare chez les nourrissons ou dans la première enfance. Néanmoins, G. a observé ces cas exceptionnels. Cependant les asthmatiques montrèrent déjà, dans leur jeunesse, beaucoup de symptômes morbides. Ces enfants sont nerveux, irritables, craintifs, très impressionnables contre le froid, auquel ils réagissent par des quintes de toux ou des étternuments opiniâtres : un courant d'air ou même le seul contact de leurs pieds nus avec le sol froid suffit. On admet chez eux une hyperesthésie de la peau, qui est aussi la cause des eczémas si fréquents. En outre, il y a des symptômes spéciaux qui ne se montrent que chez les futurs asthmatiques : c'est l'impossibilité de respirer fort sans toux, et la manière inégale dont les différentes parties des poumons se gonflent par la respiration.—Il y a dix années, Voltolini, Fraenkel, etc., se fondant sur les succès de leur traitement local du nez, prétendirent que l'asthme nerveux n'était qu'une névrose réflexe, ayant pour point de départ une muqueuse morbide de la cavité naso-pharyngienne. Actuellement, on sait que cette affection est très-souvent provoquée, en dernier lieu, par action réflexe de quelque organe morbide, soit le nez, soit une autre partie du corps; ces cas sont promptement guéris par une médication locale. Peut-être la suggestion y joue un rôle important. G. rappelle le succès du fer rouge dans le traitement de l'épilepsie. Aussi c'est très remarquable que pendant une maladie aiguë et

pendant la gravité, il y a arrêt complet de toute attaque d'asthme. N'oubliez jamais de bien examiner le nez et la gorge de tout asthmatique; et si c'est nécessaire, commencez-y le traitement! Tel est l'avis de G.—Quant au traitement essentiel, il est partisan d'une cure d'hydrothérapie prudente, unie aux médicaments internes. Jamais il ne vit quelque résultat encourageant sur la gravité, la fréquence ou la durée des attaques en traitant les asthmatiques par le séjour dans les cloches à air comprimé. Ce traitement ne sert qu'à guérir le gonflement de la muqueuse des bronches et à combattre l'anémie.—*Revue bibliogr.*

Le traitement de la chorée dans les hopitaux de Paris.—D'après le professeur G. Sée, dans les cas ordinaires, l'antipyrine et l'arsenic sont les substances qui procurent le plus rapidement un bon résultat; mais dès qu'on peut soupçonner le rhumatisme, c'est à l'antipyrine associée au salicylate de soude qu'il faut avoir recours. M. G. Sée recommande aussi les bains sulfureux. Dans les chorées cardiaques, il ordonne d'abord le chloral et l'hydrothérapie, associés à des médicaments cardiaques: iodure de potassium et surtout iodure de calcium.

La chorée vulgaire, de l'avis de M. Gilbert Ballet, tend spontanément vers la guérison; il faut donc s'abstenir de toute médication perturbatrice. Il repousse l'antipyrine.

L'arsenic à doses modérées (10 à 12 gouttes, par jour, de liqueur de Fowler, chez les enfants au dessus de dix ans; 6 à 8 gouttes au-dessous de cet âge). La gymnastique est rarement utile. Les toniques et le fer sont très utiles chez les choréiques anémiques. M. Ballet réserve les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale pour les cas intenses. Quant aux bromures, ils ne sont actifs que dans les formes compliquées de troubles psychiques, d'hallucinations. Une bonne hygiène, alimentation reconstituante, absence de fatigue, promenades courtes au grand air, voilà ce qu'il y a de mieux à prescrire.

Chez les enfants, selon M. Déjérine, toute médication spéciale est inutile. Il se borne à recommander les toniques; il y ajoute le massage, les bains salés, la gymnastique suédoise, les frictions sèches. Il insiste sur la nécessité d'une bonne hygiène.

M. Joffroy, dans les formes légères ou de moyenne intensité, s'attache particulièrement à faire dormir les enfants un grand nombre d'heures; dans ce but, il prescrit à la fin des trois repas de la journée: 1 gramme, 1 gr. 50, 1 gr. 75 (suivant l'âge, de chloral hydraté, dans du sirop ou de la gelée de groseille.

Pendant que les enfants sont levés, il faut éviter toute fatigue, toute excitation physique ou intellectuelle.

Dans les cas plus graves, l'antipyrine est inefficace. Il faut recourir alors à l'enveloppement dans le drap mouillé, à deux reprises dans la journée.

Pour les cas graves, M. Joffroy recourt au drap mouillé, à l'antipyrine et aux lotions avec une solution antiseptique.

C'est l'antipyrine qui satisfait le mieux M. Albert Robin. Il la donne aux doses maxima de 2 grammes par jour, en quatre prises de 50 centigrammes, associées chacune à 25 centigrammes de bicarbonate de soude. On l'administre pendant huit à quinze jours, puis on la remplace par l'arséniat de soude en solution à 5 centigrammes pour 300 grammes d'eau, dont on fait prendre dix cuillerées à soupe par jour. Cette solution épuisée, on revient à l'antipyrine et ainsi de suite.

M. Raymond pense qu'on ne peut compter que sur deux médicaments : le chloral et l'antipyrine ; l'acétanilide lui a réussi dans quelques cas.

M. Luyx a un traitement des plus simples. Toute la thérapeutique de la chorée tient dans ces quelques mots : transfert par les aimants et par les miroirs rotatifs.

M. Sevestre ne croit pas qu'on puisse juguler la chorée ; mais on peut en atténuer les symptômes, et quelquefois abrégier sa durée. Il donne la préférence à l'antipyrine. Il commence par la dose de 1 à 2 grammes par jour (par prises de 50 centigrammes en solution dans l'eau sucrée), et arrive assez rapidement à 3 ou 4 grammes par jour. En même temps, il donne de l'arsenic, il emploie soit la liqueur de Fowler (6 à 12 gouttes par jour), soit la solution d'arséniat de soude (2 à 3 cuillerées à café d'une solution de 5 centigrammes pour 250 grammes d'eau). Il faut éviter toutes les causes d'excitation et même, au besoin, isoler le malade.

M. Ollivier fait surtout masser ses choréiques, et il est très satisfait des résultats obtenus par ce moyen. D'une façon générale, il prescrit le fer, l'arsenic et l'hydrothérapie.

M. d'Heilly insiste surtout sur l'hygiène, les toniques ; il recommande un sommeil prolongé. Dans les cas légers, l'arsenic, le fer, les amers, les bains de Barèges suffisent. Dans les cas intenses, c'est l'antipyrine et le chloral qui réussissent le mieux.

C'est M. Legroux qui, le 27 décembre 1887, a fait connaître à l'Académie de Médecine les bons résultats obtenus par l'antipyrine. M. Legroux continue à avoir recours à ce médicament (4 grammes par jour). Selon lui, l'antipyrine amène la guérison en quinze à vingt jours, à la dose de 3 à 4 grammes dans des sirops de punch (chaque gramme étant pris à chacun des repas). Chez les hystériques, le bromure (2, 3, 4 grammes par jour, aux repas) et les douches froides donnent les meilleurs résultats.

Pour M. Comby, il y a deux séries d'indications dans la chorée vulgaire : 1^o faire de l'hygiène morale ; isoler l'enfant en le soustrayant au milieu scolaire et mettre son esprit au repos ; 2^o viser la sédation du système nerveux. M. Comby essaye d'abord le bromure de potassium à la dose de 2, 3, 4 grammes par jour, suivant l'âge, et les douches froides quotidiennes très courtes. Si la

maladie résiste, il a recours à l'antipyrine (2 à 3 grammes) ou à l'arsenic.

M. Jules Simon conseille : 1^o Dans les premiers jours, le séjour au lit pendant une quinzaine, une révulsion sur le dos, dans la partie supérieure, à l'aide de frictions chaudes ou de cataplasmes sinapisés, ou de ventouses sèches, cela tous les jours; l'usage des préparations d'aconit et de ciguë dans la proportion de 10 à 15 gouttes en vingt-quatre heures.

2^o Au bout de quinze jours, l'enfant doit se lever, et M. Simon administre l'antipyrine à des doses progressives (1, 2, 3, 4, 5 grammes en vingt-quatre heures). Cette médication est continuée pendant plusieurs semaines.

3^o A la fin, quand les mouvements sont très atténués, il faut avoir recours à la gymnastique rythmique.

En même temps, M. Simon prescrit des toniques peu excitants, comme les bains salés, les frictions sèches, etc. Mais il interdit le séjour au bord de la mer.—Dr Marcel BEAUDOIN in *Semaine médicale*.

A ce propos, ajoutons que la *Médecine moderne* a publié un important travail de M. JUNIEN sur le même sujet. Voici ses conclusions en quelques mots :

Dans les chorées vulgaires : antipyrine et arsenic.

Dans les chorées rhumatismales : antipyrine d'abord, puis salicylate de soude et bains sulfureux.

Dans les chorées de nature hystérique : bromures.

Dans les chorées cardiaques : iodure de potassium et de calcium; éviter l'hydrothérapie.

Traitement de l'asthme.—M. le Dr DIEULAFOY, en présence d'un accès d'asthme commençant, badigeonne les fosses nasales, en remontant aussi haut que possible, avec un pinceau imbibé d'une solution de 1 gramme de chlorhydrate de cocaïne pour 20 grammes d'eau distillée; ou bien il pulvérise dans le nez ou dans la gorge, pendant quatre ou cinq minutes, une cuillerée à bouche de cette solution, et souvent l'accès avorte.

En cas d'insuccès, on fait respirer fortement 6 à 12 gouttes de pyridine versées sur un mouchoir.—Si l'accès est à son apogée, on pratique une injection hypodermique avec une solution contenant 0 gr. 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour 10 grammes d'eau distillée. On commence par injecter une demi-seringue de Pravaz, et, si l'attaque n'est pas calmée, on injecte un quart d'heure plus tard une autre demi-seringue.—Pour combattre la diathèse, trois médicaments sont indiqués : l'iodure de potassium, la belladone et l'arsenic.—En cas d'emphysème, on a recours avec succès aux bains d'air comprimé.—*Union médicale*.

CHIRURGIE.

Du traitement des fractures des membres.—Clinique du professeur DUBREUILH à l'hôpital Saint Eloi, de Montpellier.—J'ai déjà, Messieurs, appelé plusieurs fois votre attention sur le traitement des fractures et surtout sur les moyens de diminuer la durée de l'impotence fonctionnelle du membre fracturé.

Quant aux appareils, il en est incontestablement de meilleurs les uns que les autres, mais il n'en est aucun, on peut le dire, qui doive invariablement réussir dans tous les cas. Aussi faut-il savoir choisir celui qui s'adapte le mieux dans telle ou telle circonstance.

La période de temps pendant laquelle le membre doit être soumis au traitement varie suivant l'os fracturé, suivant la nature de la fracture, et enfin suivant les conditions générales d'âge et de santé du patient.

La vitalité plus grande des os dans le jeune âge permet une consolidation plus rapide. Un bon état général, une constitution exempte de tares diathésiques constituent des conditions favorables pour une promptitude soudure.

Il est donc une série de circonstances qui font varier dans des limites parfois fort étendues le temps nécessaire à la consolidation. Ici, Messieurs, nous devons d'abord nous poser une question : quand peut-on dire qu'une fracture est consolidée ? Je n'ai pas à passer en revue les différentes théories de la formation du cal, je vous ferai cependant observer en passant qu'au lit du malade, la théorie de Dupuytren (cal provisoire, cal définitif) est parfaitement acceptable.

Pour le chirurgien, quel que soit le mode intime de réunion osseuse, la fracture doit être considérée comme guérie lorsque le malade peut, sans danger prévu, commencer à se servir de son membre. Je dis commencer, car la récupération de l'intégralité des fonctions exige quelquefois un temps très long.

Je n'ai pas besoin, j'imagine, de vous faire observer qu'il y a grand avantage à abréger, autant que faire se peut, la période clinique de formation du cal.

Voyons quels sont les moyens qui peuvent servir à diminuer la lenteur de la réparation osseuse. Une première condition, et elle est, je crois, fort importante, consiste à ne pas emprisonner le membre dans un appareil constricteur. L'appareil de Scaltet, par exemple, qui est évidemment fort utile au point de vue du maintien des fragments, a, par contre, quelques inconvénients sous le rapport de la rapidité de la consolidation.

L'idéal serait de laisser le membre soustrait à toute compression capable de diminuer la nutrition. Il semble par contre qu'une certaine entrave apportée à la circulation veineuse en retour facilite la consolidation.

Telle est du moins l'explication fournie par Helferich à l'appui de la pratique qu'il préconise pour les fractures dans lesquelles la consolidation subit un retard, pratique qui consiste à étreindre le membre au-dessus de la fracture avec un tube élastique. Helferich serre assez fortement le tube et l'applique d'une façon intermittente.

Il pense que la stase du sang veineux qui se produit sous l'influence de cette constriction est la cause à laquelle est due l'activité imprimée à une réparation languissante.

J'ai eu, pour ma part, plusieurs fois recours à cette méthode pour des fractures dans lesquelles la consolidation était en retard, et je puis vous certifier que ce moyen ne m'a encore jamais fait défaut. Je modifie légèrement le procédé de l'auteur en ce sens qu'au lieu de serrer fortement et de faire des applications de peu de durée, je serre moins fort et je laisse le lien en permanence. Voyant que, dans les fractures à consolidation retardée, j'arrivais ainsi à obtenir une consolidation que j'avais jusque-là vainement poursuivie, je me suis demandé si, d'une façon générale, en appliquant le tube élastique de prime abord, je n'arriverais pas à diminuer la durée du temps nécessaire à la consolidation. Mes espérances se sont réalisées, et dorénavant, de parti pris, dans les fractures des membres, j'applique toujours le tube d'Esmarch.

Un autre point important dans le traitement des fractures, c'est de laisser, autant que faire se peut, les articulations des membres fracturés jouir d'une certaine liberté, qui, bien entendu, ne doit pas être portée au point de compromettre la fixité relative des fragments l'un sur l'autre. Lorsque l'appareil à fracture est enlevé, si les articulations sont restées longtemps immobilisées, les raideurs articulaires gênent notablement les fonctions du membre.

Vous m'avez vu récemment mettre en pratique les préceptes que je viens de vous signaler, et vous avez pu constater qu'en somme leur application avait produit un résultat favorable. Je veux vous parler de ce terrassier âgé de 43 ans qui, surpris par un éboulement, avait eu une fracture du fémur gauche à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, et une fracture hélicoïdale du tibia droit avec solution de continuité du péroné à la partie supérieure. La fracture du fémur a été traitée par l'application de l'appareil d'Hennequin pendant quinze jours, puis comme la cravate qui sert à fixer le poids extenseur, comprimait trop fortement la peau du creux poplité, j'ai mis purement et simplement le membre dans l'extension, sans appareil autre que des bandelettes de diachylon fixées sur la jambe et donnant attache à la corde qui, après avoir passé sur la poulie, supportait le poids. Au bout de

huit jours, les bandelettes de diachylon ont été supprimées et le membre a été abandonné à lui même. De plus, à partir du huitième jour après l'accident, j'avais placé sur les deux cuisses du malade un tube d'Esmarch modérément serré et laissé en permanence jusqu'au jour où j'ai fait pour la première fois descendre le patient de son lit.

Quant à la fracture de la jambe droite, elle a été traitée par l'application de quatre attelles plâtrées (antérieure, postérieure, interne, externe) fixées par des bandelettes de diachylon. Cet appareil est resté douze jours en place et au bout de ce temps, a été enlevé. Je crois que les fractures voisines des articulations se consolident plus vite que celles des diaphyses, en raison, sans doute, de la vascularisation plus abondante des os à ce niveau.

La pointe du fragment supérieur, qui se trouve en dedans, fait incontestablement une saillie très appréciable, mais qui ne menace nullement la peau.

Le quarante-troisième jour après l'accident, j'ai fait lever le malade avec des béquilles; au moment où il est descendu de son lit, et avant qu'il s'appuyât sur les béquilles, nous avons pu voir qu'il se tenait parfaitement debout, sans secours étranger. Avec les béquilles, il a pu marcher très facilement. Ceci vous prouve, Messieurs, que grâce à quelques soins spéciaux, il est très facile d'abréger notablement la durée de l'impotence fonctionnelle qu'entraînent les fractures des membres, puisque le quarante-troisième jour nous avons pu faire lever et marcher un malade qui était entré dans nos salles avec une fracture du fémur d'un côté et une fracture de jambe de l'autre côté.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par M. le Dr E.-J. MOURE.—Le traitement de l'hypertrophie des amygdales doit varier suivant que l'on a affaire à des *amygdales pédiculées*, à des *amygdales encapuchonnées* ou à des *pseudo hypertrophies amygdaliennes*.

1o Pour les amygdales pédiculées, M. Moure conseille l'ablation, spécialement par l'instrument tranchant (de préférence l'amygdalotome de Fabnestock); dans certains cas, chez l'adolescent et chez l'adulte, une section lente par *l'anse galvanique avec le fil porté au rouge sombre* rendit de grands services.

2o S'il s'agit d'amygdales enchâtonnées ou encapuchonnées, l'amygdalotomie devra presque toujours être rejetée chez l'enfant, toujours chez l'adulte et remplacée par la cautérisation profonde galvanique ou thermique, suivant les sujets.

3o Dans les pseudo-hypertrophies amygdaliennes, la suppression des amygdales est inutile; en se bornant à nettoyer ces glandes à l'aide de curettes mousses et en cautérisant le pourtour et le fond de chaque lacune au galvanocautère, on obtient souvent la guérison de la maladie. Néanmoins, le galvanocautère peut

avoir l'inconvénient de déterminer la soudure de l'orifice des cryptes sans en guérir le fond, d'où l'inclusion des produits sécrétés dans un cul-de-sac sans orifice et la possibilité de voir survenir des inflammations aiguës, voire même des abcès. C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Hoffmann proposa, en 1884, la déchirure des brides ou cloisons séparant les diverses lacunes amygdaliennes. Repris et préconisé en Allemagne par M. Moritz Schmidt, ce traitement a été importé en France par le regretté Dr Calmottes, sous le nom de discision, et appliqué surtout par MM. Lubet Barbon et Alfred Martin qui ont essayé de le vulgariser chez nous et d'en faire un traitement classique de l'amygdalite lacunaire.

Asepsie du chirurgien et de ses aides.—Les précautions à prendre concernent les vêtements et les mains.

Les vêtements ordinaires contiennent des germes rapportés un peu de tous les côtés; aussi est-il prudent, avant d'entrer dans la salle d'opérations, de déposer pardessus et chapeaux dans un vestiaire spécial. Le meilleur vêtement de travail pour le chirurgien et ses aides est la blouse, ou mieux, le sarreau, sorte de blouse longue, en étoffe souple, qui recouvre le tronc et les jambes et dont les manches se relèvent facilement audessus des coudes. Ces sarreaux doivent être remplacés à la moindre souillure, et même, avant de les reprendre, il est préférable de ne pas se contenter de la simple lessive; dans certains services, on les stérilise à l'étuve sèche de la salle même et on ne les en retire que peu avant de les mettre en usage. Le relèvement des manches au-dessus des coudes est bien préférable à la pratique de certains chirurgiens qui se contentent d'entourer leurs poignets de gaze phéniquée: le fait d'avoir les avant-bras découverts oblige à une asepsie minutieuse de cette région, et puis on n'a pas à craindre l'infection des habits par les liquides qui proviennent du malade.

La désinfection des mains est une opération laborieuse et moins facile à accomplir qu'on ne suppose. Lorsqu'on veut se donner la peine de soumettre à l'analyse bactériologique les germes qui se déposent accidentellement à la surface des doigts, dans les replis de l'épiderme ou dans les rainures des ongles, on s'aperçoit vite que ces germes sont innombrables et qu'eux aussi peuvent s'appeler légions. Même après un lavage énergique à l'eau et au savon, on obtient aisément deux à trois cents colonies, malgré une propreté apparente que caractérisent la disparition des taches, la blancheur du tégument et l'absence de *deuil* du côté des extrémités unguéales. Ces colonies sont formées par des variétés nombreuses de microorganismes: bacilles, cocci, moisissures, levûres, sarcines etc.; quelques-uns sont pathogènes, entre autres le *Staphylococcus pyogenes aureus*, dont l'ubiquité est bien connue.

Beaucoup d'entre eux possèdent cette propriété, si commune chez les saprophytes, de dissoudre énergiquement la gélatine, quelques-uns même le font en dégageant une forte odeur de putréfaction.

La désinfection des mains a donné lieu déjà à un certain nombre de travaux. Un des premiers M. Kümmell (de Hambourg) a fait d'intéressantes recherches sur ce point très spécial de la technique antiseptique; il a montré que la désinfection des mains était à la fois plus importante à réaliser et plus difficile à obtenir que celle des instruments et même celle des éponges. Il accorde sa confiance à la solution d'acide phénique à 50 : 1000, après emploi de la brosse et du savon.

M. Forster a montré aussi la difficulté très grande d'obtenir une désinfection complète des extrémités digitales; comme M. Kümmell, il a fait ses recherches au moyen de cultures sur milieux solides, mais comme procédé, il donne la préférence à l'emploi du sublimé à 1 : 2000.

Dans un travail ultérieur, M. Fürbringer a poussé plus loin encore l'analyse des impuretés qui peuvent souiller les mains et mettre en péril les résultats opératoires du chirurgien. Il s'est efforcé surtout d'établir que le dernier réceptacle des germes se trouve dans le bord libre des ongles, vers les extrémités digitales, et que, cette partie étant désinfectée par un procédé quelconque, le reste de la main sera toujours dépouillé de germes, qu'en un mot la stérilité de l'espace sous-unguéal est le meilleur criterium de la propreté absolue des mains. Mais cette désinfection est d'une grande difficulté, elle s'obtient en raison du temps qu'on met à user de la brosse et du savon. En outre, ce n'est pas la concentration plus ou moins grande des solutions antiseptiques employées qui est réellement efficace, c'est plutôt la nature de la période préparatoire, c'est-à-dire l'espèce de moyens que l'on emploie avant de faire ces ablutions antiseptiques.

Naturellement le lavage doit commencer par des frictions à la brosse et au savon, puis à la suite, on trempe les mains dans de l'alcool à 80° avant de se servir des désinfectants véritables, acide phénique ou sublimé. L'alcool ne possède pas par lui-même de propriétés spéciales, son utilité consiste à favoriser l'adhésion des antiseptiques vrais sur la surface de l'épiderme, et cela en peu de temps, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des désinfectants fortement concentrés. Grâce à ce procédé, on obtient une désinfection absolue des mains et surtout des extrémités unguéales.

En somme, on peut résumer la technique indiquée par M. Fürbringer de la façon suivante :

1° On commence par nettoyer les ongles à sec avec un corps moussé, on les dépouille soigneusement de toutes les saletés apparentes;

2° Les mains sont ensuite brossées et savonnées à l'eau chaude, pendant une minute; on doit faire un lavage minutieux de l'espace sous-unguéal;

3o Pendant une minute encore, les mains sont lavées à l'alcool à 80o ;

4o Puis, sans attendre l'évaporation de l'alcool, on les plonge et on les lave, pendant une minute, dans un liquide antiseptique, soit une solution de sublimé à 2: 1000, soit d'acide phénique à 30: 1000.

Les avantages de cette méthode sont à la fois la sûreté de la désinfection, l'économie de temps, la conservation des mains, et enfin la petite quantité de désinfectant nécessaire.

Un médecin russe, le Dr Belajieff (de Kiew), a recommandé le moyen suivant pour reconnaître si les mains du chef de service et des assistants sont dans un état de propreté absolue. Il faut d'abord enduire les mains avec une pommade colorée en bleu (vaseline et bleu d'outremer, 1 sur 3 à 8). jusqu'à ce que les sillons et les interstices des ongles soient remplis en totalité par ce mélange. On pratique ensuite le lavage ordinaire au savon et à la brosse et on le continue jusqu'à ce que toute trace de coloration bleue ait disparu, puis les mains sont trempées dans une solution de sublimé.

Si l'on éprouve le besoin d'avoir les mains sèches, on aura soin de ne pas prendre le premier linge venu pour le faire ; ce serait mettre en péril la désinfection obtenue. Le moyen le plus simple est de se servir de compresses qui auront été stérilisées dans l'autoclave de Chamberland et que l'on maintient dans des caisses hermétiquement fermées.—Dr VINAY, in *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*.

Contagiosité de l'érysipèle.—L'érysipèle est-il réellement une maladie contagieuse, et doit-on, par conséquent, imposer l'isolement à tous ceux qui en sont atteints? Cette question étonnera beaucoup de médecins, dont la réponse sera immédiatement affirmative. Il s'en faut pourtant qu'elle soit définitivement résolue, ainsi qu'on peut le constater d'après la diversité des opinions exprimées l'autre jour devant la Société médicale des hôpitaux. M. Guyot est venu exposer des faits qui tendent précisément à mettre en doute cette contagiosité, si longtemps acceptée comme un dogme hors de contestation. Il est vrai que le savant médecin de Beaujon ne s'est pas cru autorisé pour cela à formuler une conclusion tout à fait négative et qu'il a déclaré vouloir quand même rester fidèle à la doctrine traditionnelle : mais le doute est maintenant semé dans les esprits, et le problème se trouve posé à nouveau d'une manière précise. La question importante est de savoir si, sous ce prétexte d'incertitude, nous devons nous départir des mesures de prudence usitées jusqu'à présent, et si nous pouvons nous relâcher de la sévérité habituelle dans la prescription de l'isolement. La réponse ne paraît pas douteuse et nous croyons que, jusqu'à plus ample informé, il sera d'une élémentaire prudence de maintenir les vieux errements, tout en reconnaissant,

avec M. Rendu, que le pouvoir contagieux de l'érysipèle est sensiblement inférieur à celui de quelques autres maladies infectieuses, comme la rougeole, la scarlatine, la coqueluche. C'est la véritable conclusion pratique à tirer d'un débat qui ne comporte guère actuellement de solution nette, et vis à vis duquel chacun se retranche de préférence derrière les enseignements de son expérience clinique personnelle. Or la simple observation des faits a trop souvent prouvé la propagation de la maladie à l'entourage, pour qu'il n'y ait pas danger à supprimer désormais les barrières prophylactiques dont la défiance de nos prédécesseurs se plaisait à l'entourer. Telle est du reste encore, à l'heure actuelle, la pratique de la plupart des médecins, et tout porte à croire qu'elle est parfaitement justifiée.

Au cours de la discussion qui a suivi la communication de M. Guyot, cette notion de contagiosité a été plutôt affirmée que diminuée, et dans tous les cas elle nous paraît devoir sortir du débat entière et généralement incontestée. Il n'y a pas eu ici cette diversité et cette contradiction que l'on retrouve si souvent, même lorsqu'il s'agit des doctrines médicales en apparence les mieux établies. Aussi devons-nous continuer comme par le passé à isoler nos érysipéloteux, et ce faisant, nous nous conformerons simplement aux traditions de sagesse et de bon sens de la médecine française. On peut encore faire ressortir de la récente discussion une remarque thérapeutique qui a bien son importance : savoir l'utilité des applications antiseptiques locales dans le traitement de l'érysipèle. MM. Sevestre et Galliard ont cité des faits qui établissent suffisamment cette efficacité. Dans un autre ordre d'idées, les bains froids paraissent avoir donné aussi des résultats encourageants. Nous croyons donc que le traitement de l'érysipèle n'est peut-être point chose absolument vaine, comme l'ont déclaré nombre d'observateurs éminents. On peut même espérer qu'il bénéficiera à l'avenir du perfectionnement de nos connaissances concernant la nature et l'origine bactérienne de cette maladie. Il faut peut-être chercher dans les progrès déjà réalisés de ce côté le secret de sa gravité décroissante, qui s'affirme par l'amélioration de plus en plus sensible des statistiques où sa mortalité est enregistrée périodiquement.—*Gaz. méd. de Paris.*

Traitement chirurgical de l'appendicite.—Le traitement chirurgical des inflammations péri-cæcales et en particulier celui de l'appendicite ont été discutés maintes fois dans ces derniers temps, les cas d'intervention se sont multipliés, mais la question des indications et contre-indications opératoires ne nous semble pas avoir progressé proportionnellement. Il y a toujours doute sur l'opportunité de l'intervention et sur le choix du moment où celle-ci doit être réalisée. Le débat qui a eu lieu à la dernière séance de la Société de chirurgie a montré, une fois de plus, le

désaccord de nos collègues sur cette question, une des plus importantes de la pratique journalière, car elle se rattache étroitement à la connaissance d'une catégorie d'inflammations dont l'histoire présente encore bien des lacunes et bien des obscurités. Il nous a semblé pourtant que de ce conflit d'opinions diverses, une vérité se dégagait, incontestable: c'est que l'intervention opératoire, pour être réellement efficace, doit avoir lieu de très bonne heure, presque dès l'apparition des premiers accidents. C'est pour avoir méconnu cette vérité et pour avoir temporisé trop longtemps, que médecins et chirurgiens ont perdu nombre de malades chez lesquels au premier abord le pronostic paraissait assez favorable. Malheureusement, la mise en pratique de ce précepte suppose nécessairement un diagnostic exact, précis, que nous ne sommes guère en mesure de fournir dans l'état présent de nos connaissances concernant la symptomatologie de certaines phlegmasies abdominales. Presque toujours, durant les premières heures, la confusion s'établit dans l'esprit du médecin, qui ne peut déterminer sûrement s'il a affaire à une occlusion intestinale, à une péritonite, ou bien à une affection plus localisée et plus bénigne. Les chirurgiens ne sauraient à eux seuls résoudre ce difficile problème qui exige une expérience clinique consommée. D'où l'on peut conclure que les *désiderata* signalés par eux dureront encore longtemps, ce qui ne veut pas dire toujours, attendu que les questions les plus difficiles finissent nécessairement par trouver leur solution, sous l'effort du temps et de l'observation accumulés. On peut espérer que le traitement de l'appendicite bénéficiera à son tour de cette évolution vers le progrès dont l'histoire des sciences médicales nous a déjà donné tant de preuves dans ce dernier tiers de siècle.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement de l'hydrocèle. — Bien que le traitement de l'hydrocèle soit aujourd'hui parfaitement connu dans ses points essentiels, nous rappellerons, d'après M. Marcel BAUDOIN, les opinions de quelques chirurgiens à ce sujet. Voici d'abord comment procède le Dr Guyon :

Après avoir évacué le liquide, on introduit par l'entonnoir 10 grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/50. Au bout d'une minute on fait complètement écouler cette solution. On introduit alors la teinture d'iode qui séjourne trois minutes, pendant lesquelles l'opérateur malaxe légèrement les bourses. La quantité de solution iodée à employer varie avec le volume de l'hydrocèle; elle n'a jamais besoin d'être considérable (20 à 40 grammes en moyenne). Aucun traitement consécutif, si ce n'est le soutien des bourses enveloppées d'ouate. Les malades sortent au bout de huit jours, mais la résolution complète n'est obtenue qu'après quelques semaines. Sauf de très rares exceptions, M. Guyon a toujours obtenu d'emblée une guérison définitive dans

hydrocèle simple. Telle est l'opinion du professeur de clinique des maladies des voies urinaires en ce qui concerne les adultes. On trouvera à la fin de cet article les manières de faire plus spéciales à l'enfance.

La formule de l'injection iodée, à laquelle M. Guyon a recours, est celle de Velpeau : teinture d'iode iodurée, additionnée d'un tiers d'eau seulement, teinture qu'on pourrait d'ailleurs employer pure. En 1879, ce chirurgien a modifié la technique de l'injection. Ayant, comme tout le monde, à se plaindre du fonctionnement des meilleurs seringues, il eut un jour l'idée de remplir la vaginale à l'aide d'un *entonnoir adapté au trocart*. Cette manière de procéder atténua très certainement la douleur, mais l'entonnoir a en outre des avantages sérieux : quand on l'utilise, on n'est pas exposé à voir se produire la pénétration du liquide injecté dans les parois des bourses, et on économise ainsi un aide. Le nettoyage de ce petit instrument est des plus faciles.

M. Polaillon a renoncé depuis longtemps aux injections de teinture d'iode. Il emploie désormais comme liquide modificateur une solution de *chlorure de zinc* à 1 pour 10 :

Eau.....	10 grammes.
Chlorure de zinc.....	1 —

Voici comment il procède. Ponction avec un trocart assez fin et évacuation *presque complète* du liquide. Par la canule restée en place, injection avec une seringue de Pravaz d'un gramme de la solution précédente. Puis on malaxe le scrotum pendant quatre à cinq minutes et on laisse écouler la plus grande partie du liquide injecté, qui a pris une teinte et une consistance laiteuses par la coagulation de l'albumine. La canule est retirée et aucun pansement n'est nécessaire. L'opéré peut se lever avec un suspensoir. Le lendemain et les jours suivants, il y a une réaction assez forte, mais jamais intense. Un épanchement se reproduit, puis se résorbe en quinze ou vingt jours. Ce procédé est peu douloureux, ne nécessite pas l'anesthésie ni le séjour au lit d'une manière complète, et il guérit aussi sûrement que les autres injections irritantes.

Sans médire des injections irritantes qui rendent de réels services dans ces hydrocèles récentes. M. Reclus, désormais, s'adresse d'emblée à la cure radicale. Au début, il réséquait la vaginale à la manière de Volkmann et de Julliard, c'est-à-dire ne laissait que juste ce qu'il fallait pour reconstituer la séreuse ; mais à l'heure actuelle, il trouve plus simple d'enlever le plus possible de la vaginale, sans se préoccuper de refaire la séreuse. Après avoir anesthésié le scrotum par une traînée de cocaine à 2 p. c., injectée dans le derme, M. Reclus sectionne la peau ; arrivé sur la tunique fibreuse, il fait une traînée analgésique nouvelle, et, avant d'ouvrir la vaginale, une injection dans son intérieur de

deux seringues de Pravaz de la solution de cocaïne à 2 p. c. Après deux ou trois minutes, ouverture de la séreuse. Cela terminé, on la dissèque très fin, comme s'il s'agissait d'un sac herniaire. On n'enlève que le plus mince feuillet qui double la fibreuse. On atteint ainsi le voisinage de l'épididyme et l'on sectionne aux ciseaux. On suture par dessus la peau sans drainage. Pansement à la gaze iodoformée battue, maintenue par un suspensoir. La guérison est complète en huit jours. M. Reclus résèque une portion du scrotum, et au lieu de réunir la plaie par une suture complète, il laisse une ouverture assez large par où pénètre dans la vaginale une lanière de gaze iodoformée qui assure le drainage.

M. Richelot, dans les cas où il se trouve libre de choisir son intervention, fait l'incision large avec ou sans résection de la vaginale. L'opération demande un quart d'heure; sous un seul pansement le malade est guéri. La récédive serait moins à craindre. Après l'incision, M. Richelot lave la séreuse avec une éponge imbibée de sublimé. Il en résèque la quantité voulue pour obtenir la mesure du testicule, sans chercher à faire une décortication. Il referme la cavité avec un surjet au catgut et ne draine jamais.

M. Reynier reproche aux injections leurs résultats lents et inconstants, sans compter les complications qu'elles peuvent produire. Aussi donne-t-il la préférence à la cure radicale qu'il applique de la façon suivante :

Injection de cocaïne sur le trajet de l'incision, sans jamais dépasser quatre centigrammes (le plus souvent deux centigrammes suffisent); ouverture de la vaginale, évacuation du liquide, résection d'une partie de la tunique, en ayant soin, pour éviter toute inflammation de l'épididyme, de ne réséquer que la partie de la vaginale éloignée de ce dernier. On ne conserve de la séreuse que ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule. Suture en surjet, après avoir gratté les parties granuleuses. Fermeture de la plaie, ordinairement sans drainage. En ce qui a trait à l'injection iodée, M. Reynier introduit d'abord 15 grammes d'eau bouillie, renfermant 4 à 8 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Après cinq minutes de contact, il donne issue à ce liquide qu'il remplace par 60 ou 100 grammes d'une solution de teinture d'iode iodurée au tiers ou par moitié. Cette solution est laissée dix minutes dans la vaginale dont la cavité est ensuite vidée.

Enfin nous rappelons que M. Lannelongue, chez les enfants, emploie d'ordinaire l'injection à la teinture d'iode, sans usage préalable de cocaïne. Pour éviter une réaction violente, il emploie une solution au cinquième de teinture d'iode. Avec les injections d'alcool, les récédives sont plus fréquentes. Dans ces cas, il faut recourir à l'incision suivie ou non de l'excision partielle de la vaginale. Il n'est pas inutile de faire remarquer, avec M. Félizet, que l'opération de la circoncision en cas de phimosis a guéri l'hydrocèle sans aucune intervention directe, chez les enfants.—
Revue de thérapeutique méd. chirurg.

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE

De la conduite à tenir dans le cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur. — Il n'y a pour ainsi dire pas, à l'heure actuelle, de traitement prophylactique de l'insertion du placenta sur le segment inférieur; les notions pathogéniques sur cet accident sont peu nombreuses, et parmi les causes bien nettes que l'on peut invoquer pour expliquer cette localisation du placenta, il n'en est guère auxquelles on puisse remédier; ainsi, dans quelques cas extrêmement rares, il a semblé que l'insertion du placenta sur le segment inférieur était due à une malformation ou à une conformation particulière de l'utérus, par suite de laquelle la trompe venait s'aboucher de chaque côté au niveau du segment inférieur au lieu de se trouver au voisinage d'une des cornes; le cloisonnement de l'utérus, signalé par quelques auteurs, échappe également à l'action prophylactique. Dans certains cas cependant, quelques précautions peuvent jusqu'à un certain point être utiles: ainsi, d'après les observations de Pinard, il semble que l'insertion vicieuse soit plus fréquente chez les femmes qui font de petits voyages répétés pendant quelques semaines qui suivent la conception; la trépidation du chemin de fer est à ce point de vue particulièrement nocive. Aussi est-il sage, pendant les premiers mois de la grossesse, que les femmes évitent les voyages répétés en chemin de fer. C'est surtout chez les multipares, ayant déjà présenté, à l'une des grossesses précédentes, des symptômes d'insertion vicieuse, que cette précaution s'impose: cette complication s'observe beaucoup plus souvent chez les multipares que chez les primipares; on sait en effet que, d'après Jacquemier et Schröder, le placenta s'insère vicieusement surtout dans des utérus qui ont été déjà distendus par la grossesse et qui présentent une surface glissante due à des lésions anciennes de la muqueuse. S'il existe donc un traitement réellement prophylactique de l'insertion vicieuse, c'est de soigner les utérus malades avant qu'ils ne deviennent à nouveau gravidés!

Arrivons au traitement réel de l'insertion vicieuse. Les hémorragies extrêmement abondantes et graves qui peuvent accompagner cette complication ont de longtemps appelé l'attention des accoucheurs et c'est pour remédier à ces accidents que Guillemeau, Levret pratiquaient l'accouchement forcé.

Ces méthodes de violence ont fait leur temps, et à l'heure actuelle on a recouru à des procédés de traitement plus doux, en même temps que plus efficaces et basés sur une connaissance plus

parfaite du mécanisme de l'accouchement. Pour simplifier les choses, nous allons d'abord exposer la pratique suivie actuellement par le professeur Pinard, pour le traitement de l'insertion vicieuse, et nous étudierons ensuite rapidement les autres procédés employés par d'autres maîtres, tels que le tamponnement et la version par manœuvres mixtes.

La femme peut perdre du sang dès les premiers mois de la grossesse; nous avons vu que c'était là une cause fréquente d'avortement. Peu de chose à faire contre cette hémorrhagie des premiers mois de la grossesse: repos complet au lit, injections vaginales chaudes pour faire contracter le muscle utérin, et surtout grandes précautions à prendre pendant le cours de la grossesse. Parfois l'hémorrhagie est d'emblée si abondante ou si continue, que le décollement de l'œuf est inévitable et que l'avortement a lieu.

L'hémorrhagie peut n'apparaître que dans les derniers mois ou même dans les dernières semaines de la grossesse, si elle est peu abondante, il suffit à la femme de garder le repos au lit et l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même. Mais l'hémorrhagie peut être assez abondante d'emblée: il faut alors conseiller les injections vaginales chaudes à 48°, qui suffisent généralement à arrêter l'écoulement sanguin. L'hémorrhagie, au lieu d'être très abondante, peut devenir grave, par sa répétition et sa continuité; la femme perd du sang presque continuellement; elle pâlit et présente tous les symptômes de l'anémie aiguë. Les injections chaudes pourront n'être plus suffisantes, d'autant que chez cette femme, qui est déjà profondément anémiée, une perte de sang, même minime, pourra devenir extrêmement grave. C'est là d'ailleurs un fait très important au point de vue de la conduite à tenir dans le traitement de l'insertion vicieuse, aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail; c'est que certaines femmes, rendues exsangues par des hémorrhagies répétées ou abondantes, peuvent succomber rapidement à la suite d'une nouvelle déperdition sanguine, même peu abondante.

Aussi, est-il sage de ne pas trop attendre, et lorsque pendant la grossesse, l'état de la femme commence à être sérieux, il faut, suivant la méthode de M. Pinard, pratiquer artificiellement la rupture des membranes. Pour cela, après avoir soigneusement désinfecté le vagin, on introduit un doigt ou deux à travers le col jusqu'à ce que l'extrémité des doigts se trouve en contact avec les membranes; on guide sur les doigts un perce-membranes dont l'extrémité pointue vient perforer les membranes. Il faut avoir soin d'agrandir cette petite ouverture avec le doigt et de rompre très largement les membranes de manière à ce qu'il n'y ait plus de tiraillement du placenta. Cette rupture des membranes avant tout début de travail est quelquefois difficile; les membranes sont épaisses; ou bien on arrive difficilement sur elles et ce n'est

qu'après quelques tâtonnements qu'on les perçoit et qu'on évite les cotylédons placentaires. Si l'on éprouve quelque difficulté, il suffit de faire mettre la femme en travers du lit pour que cette manœuvre soit très simplifiée.—Si l'on n'a pas de perce-membranes à sa disposition, une paire de ciseaux, une aiguille à tricoter métallique, convenablement désinfectées, peuvent suffire à rompre les membranes. Généralement, après la rupture des membranes, l'hémorrhagie s'arrête et le travail ne tarde pas à se déclarer; si les membranes ont été déchirées bien largement, l'hémorrhagie ne se reproduit pas, et l'accouchement suit une marche normale. C'est en particulier ce que j'ai pu observer il y a un an environ, chez la sœur d'un confrère, qui, au cours de sa cinquième grossesse, présentait des hémorrhagies graves résultant d'une insertion vicieuse. Je la trouvai perdant du sang en abondance et déjà profondément anémiée; je n'hésitai pas à rompre les membranes, et, quatre heures après, cette femme, chez laquelle n'existait aucun début de travail à mon arrivée, accouchait spontanément d'un enfant vivant.

Les choses ne vont pas toujours ainsi; il peut arriver que, les membranes rompues, le travail ne se déclare pas. Que faut-il faire? Si l'état général de la femme est bon ou s'améliore, si elle ne perd pas, il faut attendre et se conduire en un mot comme dans les cas où la rupture prématurée des membranes a lieu spontanément, c'est-à-dire tenir la femme au lit, surveiller les caractères du liquide qui s'écoule par la vulve, prendre la température et intervenir, s'il y a de l'odeur du liquide ou de l'élévation de la température. Dans certains cas, la situation est autre: la femme est déjà profondément anémiée, elle ne doit plus perdre de sang; il y a intérêt alors, après avoir rompu les membranes, à introduire dans la partie inférieure de l'utérus un ballon de Champetier de Ribes qui servira à la fois de tamponnement et d'agent provocateur.

Conduite à tenir au cours du travail.—Lorsque la femme est en travail, la conduite à tenir est plus simple encore, car la rupture artificielle des membranes qui donne de si bons résultats au point de vue de l'arrêt du travail, est facile à pratiquer; on y a recours d'autant plus volontiers qu'on ne craint pas, comme pendant la grossesse, d'interrompre trop tôt le cours de la grossesse. Toutefois, il ne faut pas d'emblée rompre les membranes; si l'hémorrhagie est peu abondante, les injections vaginales chaudes suffisent à l'arrêter; si cependant l'écoulement sanguin reparaît, quel que soit l'état de la dilatation, il faut rompre les membranes.

Cette petite intervention suffit-elle à arrêter l'hémorrhagie? Oui dans l'immense majorité des cas. Si malgré la rupture des membranes, l'hémorrhagie persiste, c'est que l'ouverture pratiquée aux membranes n'est pas suffisante, qu'il faut l'agrandir pour qu'il n'y ait plus de traction exercée sur le placenta. Toutefois, mal-

gré une brèche assez large faite aux membranes, l'hémorrhagie peut persister ou réapparaître, bien qu'il n'y ait pas de traction exercée sur le placenta; elle provient du décollement du placenta produit par la pression à frottement de la partie fœtale qui s'engage.

Si cette hémorrhagie est sérieuse, il faut se hâter de compléter la dilatation à l'aide du ballon de Champetier, de manière à empêcher le décollement du placenta; on terminera l'accouchement, lorsque la dilatation sera complète, par le forceps, ou la version s'il y avait présentation de l'épaule.

Lorsque la femme perd du sang et qu'il y a une présentation du siège, complet ou décompleté, on va à la recherche d'un pied ou l'abaisser, si toutefois la dilatation le permet, et on attend que la dilatation se complète avant de terminer l'extraction du fœtus.

Lorsqu'il existe une présentation de l'épaule, si la dilatation n'est pas complète, on peut recourir à la version, par manœuvres combinées, qui consiste, à travers un orifice incomplètement dilaté, à aller saisir un pied et à l'amener dans le vagin à travers l'orifice utérin. C'est là une méthode qui donne de bons résultats. Elle ne nous paraît cependant pas suffisamment utile pour justifier la conduite des accoucheurs qui, même dans la présentation du sommet non engagé, vont aussi à la recherche d'un pied et transforment ainsi en une présentation du siège cette présentation du sommet.

Nous avons vu combien les hémorrhagies étaient fréquentes au moment de la délivrance chez les femmes chez lesquelles le placenta est inséré vicieusement; il faut donc être prêt à toute éventualité, avoir d'avance huit à dix litres d'eau bouillie chaude avec lesquelles on fera des injections vaginales ou intra utérines qui suffisent à arrêter l'hémorrhagie dans la pluralité des cas. Si toutefois le suintement sanguin continue, il ne faut pas hésiter à pratiquer la délivrance artificielle et à assurer ensuite l'hémostase utérine à l'aide d'irrigations chaudes.

Lorsque la délivrance se fait naturellement, il faut avoir soin de n'exercer aucune traction sur le cordon; la délivrance par expression est préférable pour éviter la rétention des membranes.

Nous n'avons point parlé à dessein de la méthode du tamponnement qui, depuis Leroux, a joui d'une si grande vogue: c'est que le tampon, même fait avec toutes les précautions antiseptiques, n'empêche pas toujours l'hémorrhagie, qu'il est douloureux et qu'il produit du côté des organes génitaux des écoulements multiples.

Nous terminerons cette étude de l'insertion vicieuse du placenta en rappelant que les femmes chez lesquelles se présente cette complication sont plus exposées que d'autres à la septicémie—parce qu'elles perdent souvent du sang, et qu'en outre la situation qu'occupe la plaie placentaire de la cavité utérine la rend plus accessible à l'ensemencement microbien.—Dr G. LEPAGE, in *Cours médical*.

Hémorrhagies précoces dans un cas de placenta prævia.
 Discussion à la *Société obstétricale de France*.—M. TISSIER (de Paris). — Chez une multipare, enceinte pour la 12^e fois, dès les premières semaines de la grossesse, parurent des hémorrhagies qui ne discontinuèrent pas jusqu'au moment de l'accouchement, à la fin du huitième mois. Ces hémorrhagies persistantes avaient, en outre, pour caractère de s'accompagner de contractions douloureuses. Bien que de tels symptômes fussent peu en accord avec la probabilité d'une insertion vicieuse, cependant il s'agissait d'un placenta prævia partiel. L'intérêt de ce fait est la précocité dans l'apparition des hémorrhagies. Laissant de côté les avortements attribués à des insertions vicieuses sans certitude (attendu le grand développement relatif du placenta aux premiers mois), on cite dans les classiques comme extraordinaires des exemples de placenta prævia s'étant manifesté dès le cinquième mois, dès le quatrième mois même. Ici, les premières manifestations hémorrhagiques se sont montrées avec le début même de la grossesse et ont persisté sans arrêt jusqu'à la fin. Cette anomalie, jointe à cette autre anomalie : les douleurs de contractions accompagnant les pertes de sang, était suffisante pour troubler le diagnostic et pour faire de l'observation précédente une observation rare, peut-être unique en son genre.

M. GAULARD (de Lille). — On trouve une observation semblable dans la clinique de Depaul. Je crois que si ces accidents ne sont pas constatés plus souvent c'est parceque qu'ils sont une cause fréquente d'avortements.

M. PINARD. — Ces faits d'hémorrhagies persistant pendant la plus grande partie de la grossesse sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le dit. J'enseigne depuis longtemps que les hémorrhagies précoces sont fréquentes dans les cas de placenta prævia. Chez beaucoup de femmes qui avortent à quatre mois, quatre mois et demi, quand le placenta est bien localisé, on peut se rendre compte de sa situation dans la partie inférieure de l'utérus.

M. TISSIER. — Je laisse de côté les avortements. C'est quand la grossesse poursuit son cours, avec un placenta inséré vicieusement, malgré des hémorrhagies répétées, qu'il y a intérêt à le signaler. Dans le cas d'avortement on ne sait si le placenta est inséré bas ou non.

M. PINARD. — Dans les registres, on trouve de nombreuses observations de femmes enceintes de huit à neuf mois avec placenta prævia, qui ont eu des hémorrhagies pendant toute la durée de leur grossesse.

M. WALLICH. — A quel moment du travail a été appliqué le ballon ?

M. TISSIER. — Quand la dilatation était comme une pièce de deux francs.

M. LÉFOUR (de Bordeaux). — M. Tissier a-t-il le moyen de dia-

gnostiquer si les hémorrhagies au début de la grossesse sont dues à un placenta prævia ou à une autre cause ? Ce serait important au point de vue de la conduite à tenir. Si ce diagnostic est possible on pourrait provoquer l'avortement ou du moins ne pas s'y opposer. Dans le fait de M. Tissier, l'hémorrhagie a eu des caractères absolument opposés à ceux qui sont ordinairement regardés comme caractéristiques. D'après l'allure de ces hémorrhagies y a-t-il moyen d'indiquer si elles sont dues à un placenta prævia ?

M. TISSIER. — Cette femme est entrée à l'hôpital enceinte de sept mois et demi ; elle avait des hémorrhagies quotidiennes depuis le début de sa grossesse et des douleurs utérines. Avec l'allure qu'avait affectée la marche des accidents on ne pouvait guère songer à un placenta prævia. Les observations de ce genre sont peut-être moins rares qu'on le croyait autrefois ; elles ne sont cependant pas communes. Quant au traitement, j'ai attendu quelques jours pour laisser reposer cette femme très affaiblie et dont l'état semblait s'améliorer. Dans la nuit, survint brusquement une hémorrhagie ; la malade perdit environ 500 grammes de sang, perte énorme, étant donné son état. Le ballon de Champetier fut placé immédiatement. Mais il était trop tard, la femme succomba à l'hémorrhagie. Si un fait semblable se reproduisait, peut-être interviendrais-je plus tôt.

De la rétraction du col comme cause de dystocie. (*Société Obstétricale de France*). — M. DEMELIN. — Le titre de cette communication est emprunté au vocabulaire de l'ancienne obstétrique. Les anciens accoucheurs, en effet, avaient bien vu que ce qu'ils appelaient *l'orifice interne* du col se rétractait quelquefois pendant l'accouchement. Ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de contraction en sablier peut s'observer : 1° *Pendant la délivrance* : Une forme d'enchâtonnement du placenta en est parfois la conséquence ; 2° *Pendant la période d'expulsion* : Une région de fœtus, le cou, par exemple, que la tête vient première ou dernière, est enserrée par un anneau spasmodiquement contracté qui n'est autre que l'anneau de Randl ; 3° *Avant même cette période d'expulsion* : Le spasme emprisonne le fœtus tout entier au-dessus de cet anneau.

J'ai pu recueillir deux cas se rapportant à cette troisième catégorie. Voici le résumé de ces observations : 1° *Multipare, cachectique*, au huitième mois de sa grossesse. Accouchement provoqué. Les contractions sont d'abord régulières et fortes ; la poche des eaux se rompt lorsque la dilatation est presque complète ; à partir de ce moment, les douleurs disparaissent complètement ; douze heures se passent ainsi, au bout desquelles les battements fœtaux se modifient. On trouve alors au toucher une partie fœtale, le sommet très élevé, un canal cervical très long ; à huit ou neuf centimètres environ au-dessus de l'orifice externe (distance mesu-

rée approximativement par la longueur de l'index) on trouve un anneau épais circonscrivant un orifice large comme une pièce de cinq francs. Le contact de la main avec la surface interne du col et du segment inférieur ramène les douleurs; dans leur intervalle, l'orifice cède sous la pression de la main. Le forceps est appliqué; le bassin laisse passer la tête; mais l'anneau rétracté résiste et tout l'utérus est entraîné. L'enfant ayant succombé, l'accouchement est terminé par une basiotripsie pour éviter une déchirure utérine. Suite de couches bonnes. 2^e Présentation de l'épaule négligée. Après la rupture spontanée de la poche des eaux, les contractions cessent complètement; le col se referme. Très loin au-dessus de l'orifice externe, on sent un anneau spasmodiquement contracté, comme dans la première observation, et, au-dessus de cet anneau, la partie fœtale. Version impossible. Embryotomie. Suites de couches bonnes. Ainsi, dans ces deux observations, les contractions utérines, d'abord régulières, ont amené la dilatation du col, puis, les membranes une fois rompues, la partie fœtale, ne descendant pas dans l'excavation, a laissé le col revenir sur lui-même; le segment inférieur vide s'est rétracté aussi, et l'anneau de Bandl s'est resserré *au-dessous* du fœtus. A partir de ce moment, le travail a été complètement suspendu.

Au point de vue du diagnostic, cette forme de spasme, accompagnée de l'élévation de la partie fœtale et bientôt suivie de l'inertie utérine, peut faire penser à la *rupture de l'utérus*. Le pronostic est grave pour l'enfant et aussi pour la mère, car les interventions sont difficiles, en raison de la hauteur à laquelle se trouve la partie fœtale et de l'étroitesse de l'orifice circonscrit par l'anneau. L'absence des contractions utérines lorsque le segment inférieur est vide, leur réveil lorsqu'il vient à être excité par un contact quelconque, semblent prouver que ce segment inférieur est un des points de départ du réflexe qui aboutit à la mise en activité du muscle utérin. Un certain nombre des phénomènes que les anciens localisaient au niveau de l'orifice interne siègent donc en réalité à la partie supérieure du canal cervico-utérin, c'est-à-dire au niveau de l'anneau de Bandl.

Eclampsie tardive, par NIKOLSKI.—L'auteur rapporte un cas d'éclampsie survenue huit jours après l'accouchement.

Il s'agit d'une femme de 21 ans, quadripare, bien portante sauf une légère anémie. L'accouchement s'est fort bien passé, l'enfant est venu vivant au monde, et la parturiente a pu se lever au sixième jour après son accouchement.

Les attaques étaient assez violentes et survenaient toutes les demi heures; mais sous l'influence des inhalations de chloroforme, les accès s'espacèrent et finirent par disparaître.

Comment expliquer cette éclampsie tardive?

La malade n'avait pas d'albumine dans les urines; l'involution

de l'utérus se faisait bien et il n'y avait rien du côté des annexes. Dans ces conditions on ne pouvait attribuer l'éclampsie qu'à l'anémie cérébrale. Cette supposition est d'autant plus légitime que la malade était anémique, s'était levée trop tôt, et la veille avait eu beaucoup à faire dans son ménage.

En terminant, l'auteur insiste sur les "merveilles" que fait le chloroforme dans l'éclampsie par anémie cérébrale, quand la malade a la figure pâle pendant les accès. Par contre, si la figure est congestionnée, vultueuse pendant l'attaque, il faut faire une saignée, soit par la phlébotomie, soit par l'application de 10 à 12 sangsues — *France médicale*.

PÆDIATRIE.

Pneumonie dans l'enfance et le jeune âge, par Emmet Holt, in *Archives of Pediatrics*.—Emmet Holt rapporte ses observations sur la température dans la pneumonie aiguë primitive du jeune âge. Les cas qui s'étaient produits au cours de la coqueluche ont été également étudiés, puisque cette maladie n'influe pas sur la marche de la température. Il a réuni 161 cas de broncho-pneumonie et 53 de pneumonie lobaire; tous les sujets étaient âgés de trois ans ou au-dessous, sauf pour 6 cas de pneumonie lobaire et 1 de broncho-pneumonie. Le bilan des morts a été: broncho-pneumonie 64 0/0; pneumonie lobaire 17 0/0. La courbe de la température, chez les enfants au-dessus de trois ans, ressemblait à celle observée chez les adultes; elle restait élevée jusqu'à la crise dans 80 0/0 de cas. La crise, par ordre de fréquence, s'est manifestée le 70, 60, 80, 50, jour. La courbe, chez les enfants au-dessous de trois ans, était moins typique; la crise ne s'est produite que dans la moitié des cas, et à une date plus éloignée; on constatait des oscillations avant d'arriver à la chute finale. Si la température montait au-dessus de 40° 5, la mortalité était en proportion directe avec le degré atteint, mais au-dessous, il ne semblait y avoir là aucun rapport de cause à l'effet. Même observation pour la broncho-pneumonie; mais une température basse persistante avec des signes pulmonaires bien définis était d'un mauvais pronostic. Le type de température était généralement élevé, avec des rémissions journalières de 10 à 10, 5; la température élevée persistante ne s'observait que dans les cas mortels. Il n'y eut aucune guérison au-dessus de 41, 5. Quant au diagnostic de la broncho-pneumonie avec la bronchite aiguë, Holt remarque que si l'affection débute par 39° ou 39, 5, et y reste deux ou trois jours, on a affaire à quelque chose de pulmonaire; la bronchite est caractérisée par une chute de température à 38° dans les 24 heures, sans qu'elle revienne ensuite à plus haut que 38, 5; puis la normale est vite rétablie. Si une haute tempé-

rature indique l'affection pulmonaire, une basse température ne la contre indique pas nécessairement ; les signes d'auscultation s'établissent, et nous avons vu que le pronostic était défavorable. Holt n'admet pas la bronchite capillaire ; ce n'est que de la broncho pneumonie disséminée.

De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, p. 499, 1891.)—LUBET BARBON passe successivement en revue :

A. LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION, déterminés par la gêne respiratoire, éprouvée au moment de la tétée par le petit malade qui prend deux ou trois gorgées de lait, avale avec bruit, puis, manquant d'air, lâche le sein, respire et recommence ensuite à teter. Quelquefois le lait tombe dans le larynx, d'où accès de toux suivis dans certain cas de vomissements. Dans ces conditions, l'enfant dépérit et peut même devenir athrepsique.

B. TROUBLES DE LA RESPIRATION.—Bouche ouverte, narines dilatées, visage pâle, amaigri, traits tirés ; respiration bruyante, pénible, quelquefois ronflante, etc. ; inquiétude constante. Pendant le sommeil, l'oxygénation insuffisante peut déterminer l'intoxication du bulbe et provoquer un accès de faux croup. Le ronflement est beaucoup plus accentué pendant le sommeil qui est agité, avec sueurs abondantes.

Coryza constant, éternuements fréquents ; jetage incessant avec exulcération des narines, mucopus dans le naso-pharynx ; avec le temps, les amygdales palatines peuvent acquérir un développement considérable.

Toux fréquente, à répétition, pouvant être dure, éclatante, quinteuse, coqueluchoïde, survenant à l'occasion de l'ouverture de la bouche, et jamais quand on comprime la trachée, comme dans les trachéites.

Inspirations et expirations forcées déterminant à la longue de l'emphysème ; respiration lente, humée, déformations thoraciques quelquefois permanentes.

Diagnostic.—Il se déduit de l'ensemble symptomatique. Dans le coryza syphilitique, le jetage est séro-sanguinolent, odorant, la toux n'est pas aussi marquée. Le toucher digital, pratiqué avec soin, permettra le plus souvent de s'assurer de la présence des végétations.

Traitement.—Combattre tout d'abord le catarrhe nasal par l'introduction, dans le méat inférieur, de mèches d'ouate imprégnées de pommade boriquée (175c).

Si les accidents ne cèdent pas, procéder à l'ablation des végétations au moyen de pincés dont la portion coudée doit être très courte et presque complètement formée par les cuillers. On peut faire l'opération en une seule fois ou en plusieurs séances. La préhension du vomer et l'hémorrhagie post-opératoire sont des

complications fort rares, de même que les accidents inflammatoires consécutifs.

De la prophylaxie de la néphrite scarlatineuse, par le Dr. ZIEGLER, in *Berliner Klinische Wochenschrift*.—La néphrite scarlatineuse ne réclame, au dire de l'auteur, aucune intervention médicale active : elle guérit aux prix de quelques précautions hygiéniques et diététiques : repos au lit, à l'abri de tout refroidissement, régime lacté.

Or la diète lactée serait également un remède prophylactique souverain contre la néphrite scarlatineuse, d'après les observations faites par l'auteur pendant une période de six années. M. Ziegler, qui est attaché en qualité de médecin à un hospice d'orphelins, a expérimenté ce remède prophylactique dans un grand nombre de cas de scarlatine : le lait bouilli était donné par quantités de 1 1/2 à 2 litres dans les vingt-quatre heures chez les tout jeunes enfants, par quantité de 2 1/2 à 3 litres chez les enfants plus avancés en âge. Les malades étaient soumis à ce régime jusqu'à la fin de la troisième semaine qui suivait le début de la scarlatine. Toujours le résultat visé a été obtenu, et il en a été de même dans la clientèle privée de l'auteur.

De quelques aspects particuliers des maladies du cœur dans la première enfance, par Octavius STURGES, in *Lancet*.—1o. Une affection du cœur chez l'enfant, soit organique, soit fonctionnelle, peut être aisément méconnue ou mal comprise : méconnue, parce que dans ses premiers temps, elle ne peut être décelée que sur un examen très minutieux ; et mal comprise parce que chez l'enfant les raisons qui la produisent ne sont pas les mêmes que chez l'adulte et peuvent n'être que temporaires ; 2o. Grâce aux symptômes mal définis du rhumatisme aigu à cet âge et au caractère indistinct et intermittent du frottement péricardique, la péricardite, qui peut signifier un début d'affection cardiaque, échappe très souvent à l'observateur ; 3o. Les signes physiques précoces de l'endocardite ne peuvent être déterminés la plupart du temps. Les bruits du cœur et son rythme sont toujours modifiés dans le rhumatisme aigu, et tandis que la péricardite implique presque toujours l'endocardite, le rythme irrégulier, le souffle systolique à la pointe, le dédoublement du second bruit, un léger murmure présystolique, permettront de l'affirmer davantage. Mais les signes certains de lésion cardiaque se développent peu à peu, non point comme preuves de l'endocardite, mais comme résultats consécutifs à l'endocardite. 4o. L'histoire clinique et l'anatomie pathologique de la chorée confirment l'idée qu'un souffle mitral systolique, augmentant peu à peu jusqu'à devenir piaulant, puis diminuant jusqu'à ce qu'il disparaisse, est parfois dû à une forme d'endocardite mitrale assez commune dans la chorée, moins dans le rhumatisme, dont la guérison est possible, sans laisser de lésion définitive. 5o. Le rétrécissement mitral, fréquent dans le rhumatisme, n'est

pas toujours aisé à découvrir, et ne devient souvent cause de danger pour la santé de l'enfant que s'il survient une autre attaque de rhumatisme, quelque légère qu'elle soit.

Pronostic de la néphrite chez les enfants, par M. le professeur GRANCHER.—Il y a eu une époque encore peu éloignée où l'on a pensé que le pronostic des néphrites pouvait se faire uniquement par l'examen microscopique des urines et par la nature des tubes ou des cellules qu'on y rencontrait. Les tubes muqueux et épithéliaux faisaient conclure à la bénignité ; les tubes fibrineux étaient considérés comme plus graves ; les cylindres granulo-graisseux et surtout les cylindres hyalins paraissaient être le signe certain de l'incurabilité.

Mais ces observations ne sont que partiellement vraies, on a reconnu que les cylindres hyalins pouvaient se trouver dans des néphrites, et M. Charcot a montré, dès 1878, que les éléments de pronostic étaient insuffisants.

Les signes cliniques ont plus de valeur, mais encore faut-il faire beaucoup de restrictions et établir des différences. Si l'on prend le chiffre de l'albumine par exemple, on voit qu'il n'a, en général, que peu de signification. Cependant, dans la diphtérie, si l'albuminurie est non seulement abondante, mais précoce et tenace, c'est là un signe grave et pour la néphrite et pour la maladie, mais l'abondance observée seule n'aurait pas grande valeur.

Il y a une importance plus grande à attacher à l'état général du sujet. La néphrite de l'enfant dont il a été question en premier lieu a été considérée comme bénigne parce que l'état général était resté bon, qu'il n'y avait pas eu d'amaigrissement, ni de troubles viscéraux. Si, au contraire, il y avait eu des hémorrhagies ou des troubles cardiaques, l'idée de gravité se serait éveillée immédiatement. Ce n'est donc pas par l'étude du rein seul, comme on a pu le croire pendant quelque temps, mais par l'ensemble des symptômes, qu'on peut établir le pronostic.

Ce fait n'est pas moins exact pour la néphrite chronique interstitielle ; c'est l'état des viscères qui constitue l'élément de pronostic le plus certain. Les accidents cérébraux sont, il est vrai, souvent très brusques et difficiles à prévoir longtemps à l'avance. Mais le cœur traduit sa faiblesse par des inégalités, des irrégularités et des œdèmes. Du côté du poumon, on observe des bronchites de forme spéciale qui ne donnent lieu qu'à une petite quantité de râles, mais s'accompagnent d'une oppression assez intense. Il y a désaccord réel entre les signes d'auscultation et la dyspnée. Ce sont là des conditions graves au point de vue du pronostic de la néphrite. Enfin, la manière dont l'albuminurie répond au régime lacté et la tolérance de celui-ci sont encore des éléments dont il faut tenir compte, car si sous cette influence l'albumine diminue rapidement, si le lait est bien supporté, il est évident que la maladie présentera beaucoup moins de gravité.—*Lyon médical.*

FORMULAIRE.

Nevralgies.—*Gouguenheim.*

P.—Exalgine	4 à 12 grains.
Alcool	q. s. pour dissoudre.
Sirup simple	2 drachmes.
Eau distillée.....	3 onces.

M.—A prendre dans les 24 heures, la moitié à 2 hr. p. m. et le reste vers 5 hr. p. m.—*Gazette médicale de Paris.*

Rhumatisme chronique.—*Whitla.*

P.—Iodure de sodium	120 grains.
Bicarbonate de soude.....	$\frac{1}{2}$ once.
“ “ potasse.....	1 once.
Liqueur arsenicale.....	1 $\frac{1}{2}$ drachmes.
Décoction de salsepareille comp. q. s. pour f.....	20 onces.

M.—*Dose*: Une cuillerée à soupe dans une grande quantité d'eau, trois fois par jour, après les repas.—*Medical News.*

Rhumatisme.—*Hebbing.*

P.—Salol	1 drachma
Mer sulfurique	1 “
Collodion.....	1 once.

M.—En badigeonnages sur les articulations malades.—*Union médicale.*

Gale.

P.—Pétrole.....	4 drachmes.
Cire blanche	240 grains.
Alcool	5 drachmes.
Savon.....	600 grains.

M.—Faire une pommade, pour usage externe.—*Nouveaux remèdes.*

Erysipèle.—*Cavazani.*

P.—Tannin	30 grains.
Camphre	30 “
Ether sulfurique.....	$\frac{1}{2}$ once.

M.—Badigeonner les parties malades, toutes les trois ou quatre heures.—*Semaine médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, JUILLET 1892.

BULLETIN.

L'assemblée triennale du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée triennale du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu le 13 juillet, à Montréal, dans les salles de l'Université Laval, sous la présidence de M. le Dr J. J. Ross, président du Collège. Nombre de membres y assistaient, parmi lesquels nous avons remarqué les Drs D. Marsil, J. B. Gibson, R. Craik, E. P. Lachapelle, J. L. Leprohon, F. W. Campbell, secrétaire pour Montréal, A. G. Belleau, secrétaire pour Québec, L. Larac, régi-traire, A. Dagenais, trésorier, J. W. Mount, E. C. P. Chèvrefils, L. J. A. Simard, C. E. Lemieux, sr., H. A. Mignault, J. H. L. St. Germain, J. E. Turcot, A. T. Brosseau, Thos. Larue, J. M. Bearsoleil, A. A. Foucher, D. Plante, E. A. Poitevin, Ls. B. Durocher, J. Lippé, J. A. Desjardins, D. A. Hart, M. T. Brennan, A. R. Marsolais, Angus C. MacDonnell, J. I. Desroches, J. A. S. Brunelle, C. S. Parke, P. Laberge.

Après la lecture et l'adoption de divers rapports, et contrairement à ce qui s'est passé il y a trois ans, lors de l'assemblée triennale de 1889, le Collège s'est beaucoup occupé, cette fois-ci, des intérêts généraux et particuliers de la profession.

Tout d'abord est venue la question du *bill médical*. Nos lecteurs savent déjà que ce projet de loi, préparé par le Bureau provincial de médecine, et adopté, avec quelques amendements, par la Chambre d'assemblée, a échoué au Conseil législatif, celui-ci en ayant retranché la clause relative à la création d'un bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique. Or, comme cette clause constituait précisément le point principal des amendements, la Chambre d'assemblée n'a plus voulu du *bill* ainsi tronqué, et l'a remis à six mois.

M. le Dr Ross et M. le Dr Marsil, tous deux Conseillers législatifs, après avoir déploré le sort malheureux du bill, ont attiré l'attention du Collège sur le fait que ce sont surtout deux Universités : McGill et Laval, de Québec, qui ont combattu les dispositions du bill relatives à la création du Bureau central. Ils auraient pu ajouter que la majorité des professeurs de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal s'étaient également prononcés contre cette clause.

Ce n'est peut-être pas un mal, après tout, que le *bill* ait été remis à plus tard. La profession aura, d'ici à la prochaine session de la Législature, plus amplement le temps de prendre connaissance des réformes et des amendements projetés, et même d'en suggérer d'autres au besoin. Mais il faut qu'il se fasse une réaction et un travail sérieux au sein de la profession, toujours plus ou moins portée à *laisser faire*. Nous comptons sur les éléments jeunes dont se compose actuellement le Bureau des Gouverneurs, pour espérer que toutes les réformes désirables seront adoptées. Au reste, nous aurons occasion, dans un prochain numéro, de revenir sur ce point.

M. le Président a fort insisté sur la nécessité de poursuivre activement les charlatans, et, sur l'observation faite par un médecin de Montréal, que le récent projet de loi médicale ne contenait aucune clause au sujet de l'exercice illégal de la médecine, il a reproché à la profession montréalaise de tolérer au milieu d'elle des abus tels que ceux que nous signalions dans un de nos précédents numéros : des médecins licenciés prêtant le concours de leur licence à des charlatans étrangers qui affichent leurs cures merveilleuses aux annonces des journaux politiques.

Nous admettons volontiers ce que ce reproche peut avoir de vrai en ce sens que la profession, à Montréal, fait peu de chose pour se protéger contre le charlatanisme. Mais il n'en reste pas moins vrai que, pour le cas actuel, la législation est insuffisante et que c'est au Bureau provincial de médecine à se faire donner les pouvoirs légaux nécessaires à empêcher tout empiètement sur les droits des médecins.

M. le Trésorier du Collège a soumis ensuite son rapport des opérations financières des trois dernières années. Ce rapport se lit comme suit :

RECETTES.

Balance en mains le 1er juillet 1889.....	\$4,780.00
Contributions et enregistrements.....	3,170.00
Examens préliminaires.....	3,505.00
Honoraires des licences.....	3,980.00
Examens des Sage-femmes.....	40.00
Dividendes, Banque de Montréal.....	250.00
Intérêt sur dépôts.....	172.54

\$15,647.54

DÉPENSES.

Asseseurs	\$1,868.90
Auditeurs.....	100.00
Examineurs.....	1,550.00
Gouverneurs	2,000.00
Remises	460.00
Annonces	537.40
Impressions	607.42
Papeterie	83.31
Police de garantie du trésorier	40.00
Honoraires des officiers du Collège.....	1,200.00
M. McKay, agent, (Bonus.....)	150.00
Commission sur collection.....	335.30
Frais judiciaires.....	150.70
“ de législation.....	745.89
Timbres postes	112.69
Cochers.....	24.25
Télégrammes	8.80
Escompte sur chèques.....	6.28
Portiers.....	66.00
Balance en mains, le 8 juillet 1892.....	5,500.60

\$15,647.54

A. DAGENAI, M. D.,

*Trésorier du Collège des Médecins et Chirurgiens
de la P. Q.*

Quelques membres du Collège ont demandé qu'en outre des *Dépenses et Recettes*, on fit aussi mention de l'*Actif* et du *Passif*. Il n'y a aucun passif. L'actif se chiffre facilement. Il comprend cinq parts de la Banque de Montréal, valant chacune 220 p. 100, les dépôts dans les banques et enfin tous les arrérages dûs par les membres du Collège pour la contribution annuelle. Quel est le montant de ces arrérages? C'est ce que personne n'a pu établir lors de l'assemblée. Il serait cependant très opportun que l'on sut au juste à quoi s'en tenir sur ce sujet. De l'aveu même du Régistrare, la contribution annuelle est généralement payée d'une manière très irrégulière. La plupart des membres qui la paient ne l'acquittent guère que tous les trois ans, quelques jours avant l'assemblée triennale, évidemment dans le seul but de s'assurer leur droit de vote à l'élection des Gouverneurs. Il en est qui ne l'ont pas payée depuis six ans ou même davantage. Or cette négligence a été cause que, cette année, plusieurs membres se sont vus privés de leur droit de vote, attendu que pour pouvoir prendre part et voter à l'élection des Gouverneurs, chaque membre doit avoir payé ses contributions et arrérages *avant* le 1er juillet qui précède immédiatement l'élection.

Une assez vive discussion s'est engagée, à ce propos, au cours de laquelle plusieurs membres qui ne s'étaient acquittés qu'*après*

le premier juillet, ont réclamé à outrance leur droit de vote. Ce que voyant, M. le Président a donné lecture de la clause des règlements qui dit expressément que pour avoir droit de voter à l'élection triennale, tout membre du Collège doit avoir payé ses contributions et arrérages *avant* le 1er juillet. Une proposition ayant été faite alors de suspendre pour le moment l'application de cet article des règlements, M. le Dr Leprohon s'y est formellement opposé, ainsi que M. le Dr Chèvrefils. En face de cette non-unanimité, le président a dû maintenir l'application du règlement précité.

A ce moment, les membres ainsi privés de leur droit de voter se sont plaints amèrement : 1^o de ce qu'aucun avis ne leur avait été donné de payer, et qu'au reste ils ne savaient pas quel était le montant de leurs redevances ; 2^o de ce qu'ils ignoraient que la contribution et les arrérages dussent être payés avant le 1er juillet ; 3^o que l'adresse du Régistrare leur était inconnue. A ces griefs, le Régistrare a répondu très à propos que les membres ne pouvaient plaider ignorance, attendu qu'il avait eu soin (encore qu'il n'y fut pas strictement tenu), d'adresser, dans le cours du mois de juin, à tous les médecins de la Province, un état de leurs redevances au Collège, en même temps qu'il leur a donné à tous son adresse ; que ceux des membres qui n'ont pas reçu cet état parcequ'ils avaient changé de résidence ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes s'ils n'ont pas eu soin de donner au Régistrare leur nouvelle adresse.

A notre avis, M. le Régistrare a eu raison sur ce point. Nombre de médecins changent de résidence, qui ne songent pas un seul instant à en informer les autorités du Bureau. De la sorte il devient très difficile pour les officiers : Régistrare, Secrétaire, Trésorier, etc., de communiquer avec un certain nombre de membres de la profession. De là aussi le fait qu'il est devenu presque impossible de publier le *Régistre médical* tel que le veut la loi.

D'un autre côté, le Bureau n'aurait-il pas pu, dans le passé, et ne pourrait-il pas à l'avenir, pour l'information des membres du Collège, tenir un avis permanent dans chacun des quatre journaux de médecine publiés dans la province, avis comportant l'adresse de chacun de ses officiers et en particulier celle du Régistrare, des Secrétaires et du Trésorier ? Ce simple acte de courtoisie aplanirait peut-être plus d'une difficulté.

Le Collège a ensuite procédé à l'élection de son Bureau pour les trois années à venir. Cette élection, faite au scrutin, a donné le résultat suivant :

Cité de Montréal : Drs A. Dagenais, A. T. Brosseau, J. M. Beau-soleil, J. I. Desroches.

District de Montréal : Drs A. P. Cartier, R. Latraverse, D. Marsil, J. H. L. St-Germain, J. B. Gibson, H. Cholette, P. Laberge, W. Prévost et P. J. L. Bisounette.

Cité de Québec : Drs A. G. Belleau, L. Larue, A. Vallée, W. A. Verge, A. Watters et C. S. Parke.

District de Québec : Drs R. Fiset, C. Rinfret, J. Mackay, P. E. Grandbois, L. T. E. Rousseau, M. Guay, A. Morrissot.

District de Trois Rivières : Drs J. J. Ross, E. C. P. Chèvrefils, D. Plante.

District de St-François : Drs F. J. Austiu, F. Paré, Ths. Larue.

Les gouverneurs élus par les Universités sont :

Pour l'*Université Laval à Québec* : Drs C. E. Lemieux et L. J. A. Simard.

Pour l'*Université Laval à Montréal (Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal)* : Drs L. B. Durocher et H. E. Desrosiers.

Pour l'*Université McGill* : Drs R. Craik et Geo. Ross.

Pour l'*Université Bishop* : Drs F. W. Campbell et Jas. Perrigo.

Ces quarante gouverneurs constitueront le Bureau Provincial de médecine jusqu'au 1er juillet 1895.

La première assemblée du nouveau Bureau des Gouverneurs.

Immédiatement après l'élection des Gouverneurs, le nouveau Bureau s'est réuni et a procédé à l'élection de ses officiers.

Ont été élus : *Président* : Dr J. J. Ross (réélu); *Vice-Président pour Montréal*. Dr F. W. CAMPBELL; *Vice-Président pour Québec* : Dr L. J. A. SIMARD; *Secrétaire pour Montréal*; Dr A. BROUSSEAU; *Secrétaire pour Québec* : Dr A. G. BELLEAU (réélu); *Trésorier* : Dr A. DAGENAI (réélu); *Régistrare* : Dr J. M. BEAUSOLEIL.

Ont été nommés assesseurs pour les Universités : Drs C. Sewell et A. Garneau pour l'Université Laval à Québec; Drs. D. Marsil et J. B. Gibson, pour l'Université Laval à Montréal (Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal); Drs H. A. Mignault et J. A. MacDonald pour l'Université Bishop; Drs Austin et P. E. Mignault pour l'Université McGill.

Ont été choisis comme examinateurs pour les examens préliminaires : MM. J. Cl. K. Laffamme, C. A. Pfister, H. A. Howe, et M. Watters.

Le Bureau a reçu ensuite le rapport du comité chargé de faire enquête au sujet des fraudes commises lors de l'examen préliminaires du mois de mai. Ce rapport conclut au fait brutal que les examens des neuf-dixièmes des candidats ont dû être entachés de fraude. Le Bureau a alors adopté la résolution suivante :

“ Que les Messieurs qui se sont présentés à l'examen préliminaire du mois de mai 1892 soient obligés de faire une déclaration solennelle devant un magistrat et en présence des examinateurs, à l'effet qu'ils ne se sont pas procuré, par des moyens illicites, les questions d'examen et qu'ils n'ont eu recours à aucun moyen malhonnête pour les aider à passer ces examens.”

Cette déclaration solennelle, de la part des candidats qui ont subi l'examen préliminaire avec succès, suffira à leur faire obtenir leur *bract*. Quant à ceux qui ont échoué sur certaines matières, ils doivent également faire la même déclaration pour les matières sur lesquelles l'examen a été satisfaisant, sauf toujours à réparer les études subis.

Il a été enfin résolu que désormais le détail du programme des examens préliminaires ne sera pas publié à l'avance, mais ne sera connu des candidats qu'au commencement de la séance d'examens.

La déclaration solennelle exigée des candidats aux derniers examens préliminaires est peut-être la solution la plus équitable que l'on put imaginer. A défaut de cela, il aurait fallu, vu l'absence de preuves positives contre tel ou tel, ou rejeter tous les aspirants, sans exception, ou admettre en bloc, sans autre formalité, tous les candidats heureux. Le Bureau est parfaitement décidé à prendre tous les moyens nécessaires pour faire qu'à l'avenir il n'y ait plus de substitutions de candidats, et que les questions ne soient plus connues à l'avance. Déjà il a résolu, comme on vient de le voir, que les détails du programme d'examens ne seraient pas connus à l'avance. Le candidat saura qu'il aura à faire une version latine, mais ignorera le nom de l'auteur d'où telle version sera tirée. De même il ne saura pas à l'avance sur quelle partie de la géographie, de l'arithmétique, de l'algèbre, de l'histoire, etc., il sera interrogé. Il serait bon en outre que les questions, si l'on continue à les faire imprimer, soient confiées à des mains absolument intègres, afin que le premier typographe ou le premier pressier venu ne soit pas tenté de les vendre.

Le cas du Dr Pavlidès.

On a fait beaucoup de bruit au sujet du docteur Pavlidès, gradué de la Faculté de Paris, auquel le Bureau provincial de médecine a refusé, en mai dernier, l'octroi d'une licence à moins que le pétitionnaire ne se soumette au préalable aux exigences de la loi médicale. Or voici, d'après les Statuts Refondus de 1888, ce que dit cette loi (1):

“Art. 3976.—Aucune personne ne peut pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans la province, à moins d'avoir obtenu une licence du Bureau provincial de médecine, qui est autorisé à l'accorder, et sans avoir été enregistrée conformément à la présente section.

“Art. 3980.—Tout aspirant à la licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette province, qui

(1) Statuts Refondus de la Province de Québec. Vol II, chap. IV, sect. II “Des médecins et chirurgiens.” Québec, 1888.

désire être enregistré, et qui n'a pas obtenu un degré ou diplôme de médecine, de chirurgie et d'art obstétrique dans une des institutions mentionnées en l'article 3972 (1) doit, avant d'avoir droit à telle licence et à l'enregistrement, passer un examen devant ce Bureau, pour prouver ses connaissances et aptitudes à la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, et après avoir passé l'examen requis, et avoir prouvé, à la satisfaction des examinateurs, qu'il s'est conformé dans une institution d'enseignement médical dans les possessions de Sa Majesté, aux règlements passés par le Bureau provincial, et, sur paiement des honoraires que le Bureau peut fixer par règlement général, il a droit à cette licence.

"Art. 3981.—Toute personne venant d'un Collège reconnu en dehors des possessions de Sa Majesté, et désirant obtenir la licence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, doit au préalable subir l'examen préliminaire devant les examinateurs nommés par le Bureau provincial de médecine, ou prouver, à la satisfaction du Bureau, qu'elle a déjà passé un examen équivalent.

"Elle doit de plus suivre dans l'une des écoles de médecine de cette province un cours complet (six mois) de lectures, et tout autre cours nécessaire pour compléter le *curriculum* exigé par le Bureau; elle doit aussi subir l'examen professionnel devant le Bureau provincial de médecine.

"Cette personne peut subir son examen professionnel immédiatement après l'examen préliminaire."

Les dispositions de ce dernier article sont claires et précises. Le Bureau peut donc exiger de tout porteur d'un diplôme étranger (et M. Pavlidès est dans ce cas): 1o l'examen préliminaire; 2o un cours de six mois; 3o l'examen professionnel devant un jury d'examineurs.

Nous ignorons en quels termes le Secrétaire d'alors, M. le Dr Campbell, a signifié à M. Pavlidès la décision du Bureau. Ce que nous savons, c'est que, par la teneur de la résolution adoptée en mai, on enjoignait au pétitionnaire d'avoir à se conformer à la loi dont nous venons de donner le texte. Or M. Pavlidès s'y refuse absolument, et plaide qu'on ne lui a pas dit tout cela quand il a fait les démarches préliminaires à la demande de la licence du Collège; que loin de lui imposer des conditions, on lui a assuré que l'octroi de la licence serait chose facile, et on a même accepté de lui la somme de \$20.00, prix de la licence.

Si les choses se sont ainsi passées, on peut dire que le Bureau s'était virtuellement engagé à accorder la licence en conformité avec l'usage établi, usage qui, ne l'oublions pas, est tellement en contradiction avec le texte et l'esprit de la loi médicale, que le

(1) Universités Laval, McGill et Bishop, et Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Bureau est parfaitement décidé de ne plus le suivre. On aurait peut-être mauvaise grâce, pour le cas présent, à refuser d'endosser les actes de l'officier du Bureau auquel M. Pavlidès s'était adressé tout d'abord, et qui, si nous en croyons les déclarations de ce dernier, n'aurait pas exprimé le moindre doute au sujet de l'octroi de la licence.

On a fait sonner bien haut l'excellence des diplômes et certificats dont M. Pavlidès est porteur. On a même fait venir en cour des médecins qui ont attesté la valeur de ces documents. Mais là n'est pas la question pour le moment. Ce que le Bureau veut, et la loi médicale le veut aussi, c'est que *tous* les gradués des Universités étrangères quelles qu'elles soient, aient à se soumettre à certaines conditions d'examens, de cours, etc., tel que dit plus haut. Le Bureau désire empêcher l'encombrement professionnel. C'est pour en arriver à ce but qu'il a modifié, il y a quelques années, le mode d'admission à l'étude de la médecine, c'est pour cela qu'il désire la création d'un Bureau central d'examineurs. C'est enfin pour cela encore qu'il impose aux praticiens diplômés des Universités étrangères certaines conditions dont on a bien voulu se moquer en certains quartiers, mais qui n'en seront pas moins, à l'avenir, scrupuleusement remplies.

Au reste, on sait qu'en France même et en plus d'un autre pays, de même que dans plusieurs des Etats de l'Union Américaine, on exige des examens de tous les gradués étrangers. Nous ne voyons pas pourquoi nous ne ferions pas de même dans la province de Québec. La loi est formelle, d'ailleurs, et si le Bureau n'a pas cru devoir l'appliquer dans le passé, il est fermement décidé de la faire respecter à l'avenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SAJORS—Annual of the Universal Medical Sciences—A yearly report of the progress of the General Sanitary Sciences throughout the world, publié par E. SAJORS, M. D., édité de 70 collaborateurs, assistés de plus de deux cents éditeurs correspondants, collaborateurs et correspondants; illustré de chromo lithographies, gravures et mappes. 5^{me} série, en 5 volumes, publié par "The F. A. Davis Company, à Philadelphie, New-York, Chicago et Londres, Agence Australienne, Melbourne, Victoria."

Pour ceux qui connaissent cet immense ouvrage, il suffira de dire que cette 5^e série est en tout l'égal des précédentes. Sauf quelques rares changements dans le personnel des éditeurs, ce sont les mêmes hommes que les années précédentes qui, à force de contribuer simultanément au même œuvre, ont fini par harmoniser

leur travail et à donner au livre le véritable cachet d'unité et d'uniformité que le Dr Sajous lui voulait.

Lorsque parut la première série, en mai 1888, l'auteur ouvrit sa préface par cette phrase: "Le but du *Annual of the Universal Medical Sciences* est de compiler les traits progressifs de la littérature médicale dans son ensemble et les faits cliniques importants des pays dans lesquels il n'existe pas de littérature médicale, et de présenter le tout une fois l'an, sous une forme continue, et préparé par des écrivains d'une habileté reconnue. Comme tel, on espère qu'il deviendra l'assistant du praticien dans ses efforts pour soulager la souffrance et qu'il aidera l'investigateur par la corrélation des faits qu'il présente, lui facilitant ainsi la comparaison."

Il suffit de feuilleter les cinq séries parues depuis l'énoncé de ce programme pour se convaincre qu'il a été suivi et rempli magistralement. Si l'on réfléchit bien à l'énorme montant de travail qu'exige l'*Annual* pour rassembler toutes les connaissances nouvelles de toute la littérature médicale du monde, on ne peut s'empêcher d'admirer l'œuvre et l'auteur.

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Chareot, Bouchard et Brissaud par MM. Babinski, Ballet, Brault, Chantemesse, Charrin, Chauffard, Gilbert, Guinon, Legendre, Marfan Marie, Mathieu, Netter, Olinger, Henri Petit, Richardière, Roger, Ruault, Thibierge, Thoinot, Fernand Vidal — Tome II par MM. L. H. Thoinot, Louis Guinon, G. Thivierge, A. Gilbert, H. Richardière, avec figures dans le texte. Paris, G. Masson, éditeur, libraire de l'Académie de médecine, 120 Boulevard St-Germain, 1892. (1)

Tome II, Octavo-Royal de 678 pages, traite des sujets suivants :

1^o Typhus exanthématique, par L. H. Thoinot.

2^o Fièvres éruptives, par Louis Guinon.

3^o Maladies vénériennes et cutanées, par George Thibierge.

4^o Pathologie du sang, par A. Gilbert, Intoxications, Richardière.

Tome III, 985 pages, contient :

1^o Maladies de la bouche et du pharynx, A. Ruault.

2^o Maladies de l'estomac, Albert Mathieu.

3^o Maladies du pancréas, Albert Mathieu.

4^o Maladies de l'intestin, Courtois-Suffit.

5^o Maladies du péritoine, Courtois-Suffit.

6^o Maladies du foie et des voies biliaires, A. Chauffard.

L'ouvrage sera complet en six volumes et sera terminé vers le milieu de l'année 1893.

Chaque volume se vend séparément.

À partir de la publication du tome II, le prix de la souscription à forfait a été porté à 112 francs.

Chaque volume se paie au fur et à mesure de sa publication. Aucun versement n'est demandé d'avance.

(1) Voir notre no. de janvier 1892.

C'est le traité didactique le plus complet et le plus au courant de la médecine du jour que nous possédions.

Aide-mémoire de clinique médicale et de diagnostic, par le professeur Paul LEFERT, 1 vol. in-16 de 315 pages, cartonné, 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du doctorat en médecine*.

Comme l'a très bien dit le professeur Peter, "la clinique médicale est la pathologie vivante," c'est à dire l'art de reconnaître et de traiter les maladies *au lit des malades*.

L'*Aide-mémoire de clinique médicale et de diagnostic* du professeur Paul LEFERT s'adresse donc tout particulièrement au praticien qui y trouve l'application aux malades des notions théoriques exposées dans les Aide-mémoire de pathologie générale, de pathologie interne et de thérapeutique.

Après une courte étude du diagnostic en général et des moyens physiques d'exploration, l'auteur passe successivement en revue les divers appareils : circulatoire, respiratoire, digestif, biliaire, urinaire, etc.

Les troubles du système nerveux sont tout particulièrement bien traités et très au courant des travaux les plus récents de M. Charcot de l'École de la Salpêtrière. Le volume se termine par un chapitre sur *l'art de recueillir des observations*. De l'avis de tous les maîtres, c'est là une des choses les plus nécessaires au médecin et peut être en même temps une des plus difficiles. Les tableaux cliniques du professeur P. Lefert seront certainement très utiles aux praticiens. Une table des matières très détaillée permet de consulter facilement cet Aide-mémoire, où se trouvent les mêmes qualités de clarté et de précision qui ont fait le succès des précédents volumes du *Manuel du doctorat en médecine*.

Comme précédemment on retrouve consignées dans cet Aide-mémoire les idées professées par les maîtres de nos écoles, et l'on retrouvera à chaque page les noms de Peter, Jaccoud, Bouchard, Debove, Dieulafoy, Landouzy, Straus, Charcot, Grancher, Hayem, Laveran, Germain Sée, Potain, Hallopeau, Brissaud, A. Robin.—Lépine, Teissier, Mayet, Bouveret, (de Lyon).—Pitres, Picot (de Bordeaux).—Grasset (de Montpellier).—Bernheim (de Nancy), etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nécrologie.—ÉTRANGER : A Lyon, M. le Dr Pravaz, fils de l'inventeur de la seringue hypodermique qui porte ce nom et qu'il a lui-même perfectionné.

CANADA.—A Montréal, M. le Dr J. E. BERTHELOT, ci devant professeur d'anatomie pratique à l'Université Laval, Montréal.

Le choléra.—Le choléra fait actuellement beaucoup de ravages en Asie et en certaines parties de l'Europe, notamment en Russie. L'éveil est donné partout, et les épidémies de simple *cholérine*

sont prises pour des attaques de *choléra morbus*. C'est ce qui est arrivé en France, voir à Paris et dans les environs. Il n'y a pas de doute que les nouvelles transmises par le télégraphe sont fort exagérées. Nos échanges de Paris sont presque muets sur la question, preuve qu'il n'y a encore rien d'absolument grave.

Ecole dentaire pour les femmes.—Après avoir conquis le droit au bistouri et au stéthoscope, voici que les femmes, en Suède, affirment leur autorité à manier la clef de Garangeot

Désireuses de ne pas se laisser devancer pendant trop longtemps par les Russes, les Suédoises viennent, sous la direction de Mlle Eléna Lewin, récemment diplômée à l'école dentaire de Gothenbourg, d'ouvrir une école dentaire spécialement destinée aux femmes.

Nègres et blancs.—Le tribunal de Rutherford (Tennessee) vient d'être saisi d'une affaire des plus délicates que les médecins américains vont avoir à élucider. Un nègre, jusque-là reconnu et considéré comme étant le fils d'un père et d'une mère, l'un et l'autre de race blanche, se voit contester la part qui lui revient dans l'héritage de ses parents, par un frère et une sœur nés des mêmes parents que lui, mais comme eux de race blanche, sous le prétexte, en apparence assez légitime qu'un nègre ne saurait être leur frère. Il s'agira donc d'établir, si un homme et une femme de race blanche peuvent procréer un nègre, et il est à craindre que les experts ne soient assez embarrassés pour trancher scientifiquement, à moins qu'ils ne fassent d'emblée le sacrifice de la bonne réputation de la mère défunte.

Bureau Provincial de médecine.—Pour l'information de nos lecteurs, nous donnons, ci-après, l'adresse des *officiers* du Bureau des Gouverneurs élus le 13 juillet :

Dr J. J. Ross, *Président*, Ste-Anne de la Pérade, P. Q.

Dr F. W. Campbell, *Vice-Président* pour Montréal, 10 Place Phillips, Montréal.

Dr L. J. A. Simard, *Vice-Président* pour Québec, 46 rue St-Louis, Québec.

Dr A. T. Brosseau, *Secrétaire* pour Montréal, 138 rue St-Denis, Montréal.

Dr A. G. Belleau, *Secrétaire* pour Québec, 24 rue Ste-Ursule, Québec.

Dr J. M. Beausoleil, *Régistrare*, 124 rue St-Denis, Montréal.

Dr A. Dagenais, *Trésorier*, 363 rue Dorchester, Montréal.

Archives provinciales de chirurgie, tel est le titre sous lequel M. Marcel Beaudoin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, vient de fonder, avec le concours d'une vingtaine de collaborateurs

de province, une revue mensuelle de pathologie chirurgicale. "Les *Archives*, dit M. Beaudoin, dans son prospectus, sont dues à l'initiative d'anciens internes en chirurgie des hôpitaux de Paris et de Lyon, pour la plupart aujourd'hui professeurs agrégés des Facultés, professeurs titulaires ou suppléants dans les écoles de médecine, presque tous chargés d'importants services chirurgicaux dans les plus grandes villes de France. Elles ont pour but de permettre à tous les chirurgiens de langue française la publication de leurs travaux, de faire connaître les résultats qu'ils obtiennent dans leur pratique hospitalière, et de leur procurer les moyens de ne pas laisser perdre les cas rares qu'ils ont si souvent l'occasion d'observer."

Congrès de la tuberculose.—Les questions mises à l'ordre du jour pour le troisième congrès, qui aura lieu à la fin de juillet 1893, sont les suivantes :

1o Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

2o Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Du rôle de certaines d'entre elles dans la localisation de la tuberculose ; par exemple : de la biennorrhagie dans l'éclatement de la tuberculose du testicule, de la grippe dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose pulmonaire, etc.

3o Des trêves de la tuberculose. De la durée de ces trêves. Des moyens de les reconnaître et de prévoir leur cessation. Des causes de la récurrence.

4o Des divers moyens de diagnostic de la tuberculose bovine ; en particulier, rechercher si l'inoculation de la tuberculine est un moyen sûr et certain d'établir le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

5o Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des cadavres de tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la crémation ; de la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres.

6o Des nouveaux modes de traitement prophylactique et curatif de la tuberculose, basés sur l'étiologie.

7o Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

Nous rappelons qu'un prix de 3,000 francs sera donné au meilleur travail sur la question suivante : *Sur les moyens de diagnostiquer la tuberculose latente, avant son apparition ou après sa guérison.*

Naissance.

GAUTHIER.—A St. Ephrem d'Upton, comté de Bagot, le 16 juillet, Madame Dr J. C. S. Gauthier a donné naissance à un fils.

L'honorable Wilfrid Laurier, d'Arthabaskaville, et Madame Dr J. H. L. St. Germain, de St. Hyacinthe, ont présenté l'enfant au baptême.