

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — <i>La cure radicale des hernies :</i>	
Méthode Heatonienne; Electrolyse, par Chs. V. E. MARSIL, M. D., Saint-Eustache.....	393
REVUE DE PÉDIATRIE. — <i>A travers mes livres;</i> par Séverin LACHAPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....	
Hopitaux, Cours et Dispensaires.	396
SOCIÉTÉS SAVANTES. — <i>ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE DAME.</i> —Séance du 27 juin 1889.....	
REVUE DES JOURNAUX. — MÉDECINE. — <i>Lésions valvulaires de l'orifice mitral consécutives aux contusions de la région thoracique gauche (Jaccoud)</i>	400
<i>De l'arthrite aiguë du genou comme signe avant-coureur de la méningite tuberculeuse (Liégeois)</i>	402
<i>Du torticolis (Kirmisson)</i>	402
<i>Du diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux (Rendu)</i>	404
CHIRURGIE. — <i>Rétention d'urine par rétrécissement cicatriciel consécutif à la rupture de l'urèthre (Guyon)</i>	
<i>Traitement des bubons suppurés chancreux (Fontan)</i>	411
<i>Traitement de la coralgie à l'hôpital de l'Hôtel Dieu (Ewen)</i>	412
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — <i>L'anesthésie obstétricale (Charpentier)</i>	
<i>Toilette antiseptique de la femme (Auvard)</i>	416
<i>Traitement de l'avortement (Nyhoff)</i>	417
<i>Des fractures intra-utérines (Vilcoq)</i>	418

(Voir la suite, page 5.)

J. H. CHAPMAN

2294, RUE STE-CATHERINE, 2294

AU COIN DE MCGILL COLLEGE AVENUE,

Bell Telephone, 4396.

MONTREAL.

Conditions: Comptant.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE

De toutes espèces, des meilleurs modèles et de qualité supérieure à prix modérés au comptant.

Pansements Antiseptiques; Thermo et Galvano Cautères, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx; Chaise d'opération de Harrard, Clisses métalliques perforées de Lévis; Enema "Alpha" à courant continu; Batteries GaiFFE, (les véritables) Waite & Bartlett, &c., &c.

Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs.

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

PÉDIATRIE.— <i>Traitement de la bronchite capillaire</i> (Simon).....	420
<i>Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants</i> (Smith).....	423
DERMATOLOGIE.— <i>Etude sur le purpura</i> (Duplais)	430
<i>Traitement de l'ecthyma</i> (Renauld).....	432
FORMULAIRE.— <i>Antithermique.</i> — <i>Rhumatisme articulaire aigu.</i> — <i>Sciaticque.</i> — <i>Vomissements.</i> — <i>Calculs biliaires.</i> — <i>Coqueluche</i>	433
<i>Rhinite aiguë.</i> — <i>Rhinite catarrhale chronique.</i> — <i>Toux opiniâtre.</i> — <i>Toux brightique.</i> — <i>Papier antiseptique</i>	434
BULLETIN.— <i>Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec</i>	435
<i>Bureau Provincial de Médecine</i>	437
<i>Questions de déontologie</i>	440
<i>Un élixir de longue vie</i>	442
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	446
CHRONIQUE ET NOUVELLES.....	448
VARIÉTÉS	448

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.
 Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.
 Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.
 Appareils de pansements antiseptiques, Cachets Lismoisin; Pains Azymes.

Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.

Médecines remplies d'après la mesure avoir-du-Poids ou le système métrique.

PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET
— DE —

REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals, Vin Chevrier,
Eau de Vichy, Vin Creosoté,
Eau Carlsbad, Vin Raphael,
Eau de Contrexéville, Elixir Ducro,
Eau Bonne, Goudron de Norwège
Eau Seidlitz, &c., &c.,

LAVIOLETTE & NELSON,
PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT
7-87-7 MONTREAL.

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire, Professeur de Médecine légale et de Pathologie générale.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAI, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROUSSEAU, M.D.; *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

AZARIE BRODEUR, M.D., *Professeur de Clinique externe et gynécologique*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, attaché au cours de Chimie.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 1538, rue Notre-Dame, ou à

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

TRAVAUX ORIGINAUX

La cure radicale des hernies :

Méthode Heatouienne.—Electrolyse.

par Chs. V. E. MARSIL, M. D.

Saint-Eustache.

Monsieur le docteur Mitivier a publié, dans le numéro d'avril de l'UNION MÉDICALE, un article qui n'a certes pas manqué d'intéresser les lecteurs. La petite contribution que j'apporte aujourd'hui est tout simplement le résumé des travaux reproduits dans les *Annals of Surgery* par le docteur James E. PILCHER (U.-S. Army).

Quoique peu en usage ici, l'injection de *quercus alba* a encore ses partisans aux Etats-Unis. M. Robert F. WEIR, de New-York, en parlant de la méthode heatouienne, dans un travail considérable publié dans le *N.-Y. Medical Record*, mars 1887, se résume comme suit : 1. Une hernie petite, réductible, facilement contrôlable, peut être traitée sûrement (*safely*) par l'injection, avec des chances de succès de 30 0/0. 2. Les hernies chez les enfants, dans lesquelles l'usage de la bande n'a pas réussi, l'injection doit être recommandée comme très avantageuse. 3. Les hernies incontrôlables, douloureuses, ou irréductibles et celles dans lesquelles la méthode de Heaton n'a pas réussi demandent l'intervention chirurgicale.

Dans une esquisse historique sur les injections d'extrait fluide de chêne blanc dans la cure radicale des hernies, M. le docteur W. B. de Ganno, N. Y., dit avoir traité plus de cent cas dans lesquels il a employé cette méthode avec 45 0/0 de guérisons et une moyenne proportionnelle de 75 0/0 dans les cas choisis. Il ajoute que beaucoup de hernies très grosses, incontrôlables par les bandages, le deviennent après les injections ; que presque tous ces malades purent être améliorés. Les enfants qui n'ont pu être guéris par les moyens mécaniques le sont très souvent par cette opération. Il rappelle que ce serait commettre une erreur que d'espérer la cure radicale d'une seule injection dans les vieilles hernies scrotales dans lesquelles le sac et les tissus environnants sont épaissis et altérés dans leur structure ; il ne faut pas oublier dans les anciens cas négligés que la dilatation, le raccourcissement du

canal et l'épaississement du sac ne sont pas les seules causes du retour de la hernie. mais l'ouverture en forme d'entonnoir qui persiste à la partie supérieure du canal. Ces cas ne paraissent pas justifiables de la méthode d'Heaton.

Il faut, dit-il, faire l'injection à travers les téguments qui recouvrent l'anneau et non pas à travers les tissus du scrotum, parce qu'en retirant l'aiguille, il s'écoulerait une certaine quantité de liquide qui produirait une inflammation qu'il faut éviter. Une autre objection à l'injection à travers le scrotum, c'est que quand le sac est large et adhérent l'injection atteindra plutôt la partie interne que le canal. Si cet accident ne produit aucun mal, il reste sans action, car l'irritation doit porter sur le canal et non sur le sac.

Electrolyse.—Dans ces dernières années on a substitué l'électrolyse à l'injection. Le Dr. Newman, dans une lecture donnée devant l'association médicale "Fifth District Branch" de l'Etat de N. Y., parle favorablement de la méthode du Dr. Croft, de Cleveland, qui a appliqué l'électrolyse à la cure radicale des hernies dans trois cas, avec succès. La hernie, dit-il, est d'abord réduite et maintenue en place avec l'index passé dans l'anneau externe. La peau est incisée avec un bistouri et à travers cette ouverture est introduite une aiguille électrode à pointe mousse isolée jusqu'à peu près $\frac{1}{2}$ pouce de son extrémité et attachée au pôle positif d'une batterie, l'électrode étant porté bien à la partie supérieure de l'anneau sur le côté du doigt invaginé qui protège le cordon et les vaisseaux. L'autre électrode peut être tenu par le patient avec la main du côté opéré ou autrement. Le circuit de dix éléments d'une batterie galvanique est alors mis en action et le courant continué pendant 6 à 10 minutes, la pointe de l'électrode étant portée d'un côté à l'autre du doigt toujours en tenant le cordon aussi isolé que possible. Le Dr. Croft emploie le pôle positif parce qu'il produit moins de douleur que le négatif, et étant le pôle acide il pense qu'il coagule le sang dans les petits vaisseaux, créant une cicatrice plus résistante que le pôle négatif, ou pôle alcalin, qu'il considère produire l'effet de ramollir les tissus et de causer la résorption du tissu cicatriciel déjà formé. Il n'y a pas de suppuration par cette méthode, qui présente les mêmes avantages que la méthode heatonienne sans en avoir les inconvénients. Le malade garde le lit deux semaines et porte ensuite un bon bandage jusqu'à ce que l'anneau soit devenu résistant.

Voilà pour l'enseignement tout-à-fait contemporain. La clinique et la statistique nous remettent en mémoire des succès peut-être pas aussi nombreux que ceux de Heaton, Warren, Davenport, mais qui ne laissent pas cependant d'être très encourageants.

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par SEVERIN LACHAPPELLE, M.D.

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

Diarrhée Catarrhale (suite).—Une chose qu'il ne faut pas oublier dans toutes les maladies des enfants, et dans la diarrhée spécialement, c'est d'agir sur la peau. On doit bien être familier avec la médication révulsive, transpositive, ou contre-irritante dont Trousseau et Pidoux nous font si bien connaître les merveilleux effets : cette médication est basée sur une véritable loi de substitution.

Le bain sinapisé sera répété chaque jour à l'heure de la toilette ; il sera accompagné de massage ; les frictions se feront surtout sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen. On pourra le répéter à l'heure du coucher ; il ne devra jamais être en bas de 30° centig. pendant le cours de la maladie.

Dysenterie.—Nous parlons ici de la diarrhée dysentérique, ou dysentéiforme que nous avons dit se rencontrer le plus ordinairement dans le cours de la diarrhée catarrhale. La véritable dysenterie présentant un caractère très aigu, constitue une maladie distincte dont l'expérience malheureusement nous fait constater le plus souvent l'impuissance de la médication.

Les selles sont légèrement tachées de sang, il y a du ténésme fréquent, des douleurs plus aiguës.

On aura recours au Dover tous les jours, à la dose déjà indiquée ; on pourra lui ajouter, comme véhicule, du sirop d'ipéca dont nous avons mentionné les excellentes propriétés modificatrices de la muqueuse intestinale.

On donnera l'ipéca en injection par le rectum, ayant soin de ne pas négliger les précautions préparatoires nécessaires à l'absorption du médicament.

Seulement au lieu d'un lavage préparatoire à l'eau chaude pure et simple, on pourra avoir recours à une solution d'acide salicylique (171,000).

Le mode d'administration suivant de l'ipéca semble être classique.

Prenez 25 grammes de racines d'ipéca concassées, faites bouillir

(1) Voir les livraisons précédentes.

de nouveau les mêmes racines dans 100 grammes d'eau jusqu'à réduction de moitié; et donnez en clystère dans une seule dose tous les jours.

Dès la disparition du sang dans les selles, on retournera à l'administration des diverses préparations astringentes que nous avons mentionnées et dont on devra suspendre l'usage, sinon en tout, au moins en partie, pendant le cours de la diarrhée dysenteriforme. Nous ferons remarquer ici que le bois de Campêche change une couleur aux déjections alvines qu'il ne faudra pas confondre avec la dysenterie.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Il n'est pas rare que l'œdème fasse défaut au cours de la maladie de Bright. (Prof. LARAMÉE.)

L'hystérie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense chez les individus du sexe masculin. (Prof. LARAMÉE.)

La première enfance étant l'âge d'élection des maladies cérébrales, dans toutes les maladies des enfants il faut surveiller le cerveau. (Prof. S. LACHAPELLE.)

Il faut se défier de tout eczéma chronique du mamelon, car, la plupart du temps, il est précancéreux; il faut opérer à bonne heure. (Prof. BRENNAN.)

Dans tous les cas de mal de Bright, on doit pouvoir constater dans l'urine la présence de l'albumine, en si petite quantité que ce soit. (Prof. LARAMÉE.)

L'hygiène alimentaire envahit la thérapeutique à pas de géant; elle constitue toute la médication d'un grand nombre de maladies. (Prof. S. LACHAPELLE)

Dans les cas de phlegmon intéressant la main, il faut ouvrir à bonne heure, instituer un bon drainage et le maintenir. (Prof. BRENNAN)

Dans la grande majorité des cas où le médecin est appelé, d'urgence, pour de prétendues inflammations, il ne s'agit que de simple douleurs névralgiques ou rhumatismales. (Prof. LARAMÉE.)

Comme vulnéraire, la teinture d'arnica n'a aucune valeur spéciale; encore moins est-ce un spécifique dans les cas de blessures, contusions, etc., contre lesquelles elle a été tant vantée (Prof. DESROSNIERS.)

L'anémie du cerveau constituant le danger principal de la chloroformisation, celle-ci n'est pas à craindre chez l'enfant dont le cerveau présente une hyperémie protectrice. (Prof. S. LACHAPPELLE.)

Il est bon de se rappeler que chez le nègre les éruptions syphilitiques sont très souvent prurigineuses. La desquamation particulière que l'on voit quelquefois dans ces cas peut aider au diagnostic. (Prof. BRENNAN.)

Les mangeurs d'opium, en général, quelle que soit d'ailleurs leur honorabilité, ne doivent pas être crus sur parole. On dit avec raison: menteur comme un mangeur d'opium. On peut en dire autant des hystériques, hommes ou femmes. (Prof. LARAMÉE.)

Dans les cas de blessure des arcades palmaires, il faut faire la compression de la radiale et de la cubitale au moyen de compresses graduées; suture des tendons et des nerfs au besoin; pansement rigoureusement antiseptique. (Prof. BRENNAN.)

Il importe de savoir que la gravité du diabète ne consiste pas dans la quantité de sucre que l'on trouve dans l'urine, mais dans la résistance de cette quantité de sucre à s'amoinrir sous l'influence du régime alimentaire. Le régime alimentaire classique est celui de Bouchardat. (Prof. S. LACHAPPELLE.)

Dans la diarrhée infantile, le bismuth et la craie jouent deux rôles principaux; ils absorbent chimiquement les acides contenus dans les sécrétions de l'intestin, et servent surtout d'enduit protecteur, lequel préserve la muqueuse du contact de toute substance irritante. (Prof. DESROSNIERS.)

Dans un cas d'anthrax, M. le professeur BRENNAN institue le traitement suivant. Acide tannique en poudre abondamment appliqué, ce qui aide beaucoup la sortie du bourbillon; en outre, compresses ou vaporisations d'acide phénique et badigeonnages de teinture d'iode.

Un des meilleurs modes d'administration du phosphore dans les affections nerveuses, telles que l'hystérie et les névralgies, est le phosphore de zinc, dont le seul désavantage est l'odeur repoussante. La forme pilulaire obvie à cet inconvénient. (Prof. DESROSIERS.)

Dans un cas de blennorrhagie, M. le professeur BRENNAN ordonne :

Extrait fluide d'ergot.....1 drachme
Eau.....1 once
en injection trois fois par jour. Introduction, tous les deux jours, d'une bougie enduite de copahu.

La responsabilité qu'assume celui qui administre le chloroforme au cours d'une opération quelconque, s'agit-il de l'avulsion d'une dent, est telle que le médecin chargé de cette tâche délicate devrait recevoir des honoraires bien plus élevés que ceux ordinairement accordés ici pour ces cas. (Prof. DESROSIERS.)

Dans les cas d'ulcères variqueux, M. le professeur BRENNAN institue le traitement suivant : lavages au sublimé (1/1.000), poudre d'iodoforme, puis bandelettes de diachylon imbriquées; bandage compressif en flanelle. Contre l'eczéma qui accompagne souvent ces ulcères : badigeonnages au nitrate d'argent (10 grs. à l'once), et application, si besoin, d'une feuille de gutta-percha.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION

DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 27 juin 1889.

Présidence du Dr. M. T. BRENNAN.

M. le docteur BRENNAN présente une patiente affectée de maladie de Paget (*eczéma précancéreux*, ou *dermatite papillaire maligne*) et lit l'observation suivante :

La malade est âgée de cinquante ans, fille. Sa maladie présente

date de Sans ; a débuté par un petit bouton près du mamelon droit, qui n'offrait rien de particulier, dit la malade, si ce n'est sa persistance, un an ; alors il s'aggrandit rapidement et aujourd'hui, huit ans après son apparition, on trouve une surface d'un rouge foncé, vif, à bords nettement limités, un peu soulevés, de coloration uniforme, luisante et paraissant bien luisante, mais le toucher révèle que le suintement est très peu considérable ; la lésion est superficielle et couvre presque tout le sein ; le mamelon est " fondu ", il n'y a jamais eu de suintement par celui-ci ; on ne trouve pas de tissu cicatriciel (*scarring*) ; il y a eu de la démangeaison parfois intense ; on ne trouve que quelques croûtes près des bords de la lésion. Depuis environ 2 ou 3 mois, la glande mammaire est dure, bosselée, et on trouve des ganglions dans l'aisselle infiltrés, durs, sensibles. La malade n'a pas été incommodée par des douleurs en aucun temps ; son état général a été très bon jusqu'à il y a 4 ou 5 mois ; son sommeil, appétit et embonpoint conservés ; elle a pu se livrer à de rudes travaux sans en souffrir. Depuis le mois de février, elle maigrit un peu, elle est affaiblie, perd son appétit, et son sein l'incommode.

La patiente a toujours été une personne robuste ; son père et sa mère jouissaient d'une excellence santé et sont morts très âgés. A part une sœur qui est aliénée, les autres membres de la famille sont sains. Aucun n'a souffert d'éruptions cutanées. Le grand-père seulement, au dire de la malade, serait mort d'un " champignon " qui serait survenu dans le dos et l'aurait emporté dans six ou sept semaines.

Vo l'envahissement de la glande et des ganglions, il faut ici l'ablation complète du sein et la toilette de l'aisselle, et tout cela avec bonne chance de récurrence. D'où la réflexion pratique d'opérer à bonne heure tout eczéma précancéreux ou tout eczéma chronique douteux du mamelon. Il faut écouter le signal d'alarme que la nature nous donne

Un médecin ne doit jamais faire que des projets conditionnels.

Nous sommes liés vis-à-vis du public et par notre titre, qui est une promesse, et par la confiance que l'égoïsme inspire à nos malades.

Le succès des charlatans est fait en grande partie de leur assimilation intellectuelle avec ceux qui les consultent.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Lésions valvulaires de l'orifice mitral consécutives aux congestions de la région thoracique gauche.—Clinique de M. le prof. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Vous n'avez pas dû être étonnés, messieurs, de constater que la place, occupée depuis longtemps par un jeune malade atteint d'une affection organique du cœur, était vide depuis deux jours. Ce malheureux a succombé aux conséquences de la grave maladie qui l'avait conduit à l'hôpital. L'autopsie a pleinement confirmé notre diagnostic, et tout à l'heure je vais faire passer sous vos yeux le cœur préparé de façon que vous puissiez constater *de visu* les lésions déjà révélées par l'examen clinique.

La plupart d'entre vous ont connu et examiné ce malade ; aussi ne ferai-je que rappeler succinctement son historique.

Ce jeune homme, âgé de vingt-huit ans, est entré à l'hôpital réclamant nos soins pour une dyspnée des plus prononcées et pour un œdème considérable des membres, symptômes les plus saillants de l'affection du cœur dont il était atteint ; objectivement il présentait en même temps de la cyanose des lèvres, des pommettes et des extrémités digitales, tous signes évidents d'un trouble profond de la circulation.

La percussion et la palpation nous offraient de la matité précordiale et du frémissement, signes d'une hypertrophie du cœur.

Mais c'est l'auscultation qui révélait les signes les plus frappants d'une double lésion mitrale et d'une lésion aortique concomitante. En effet, on percevait à la pointe un roulement, un remous présystolique, dû aux vibrations que subissait le sang en traversant un orifice rétréci, et un souffle systolique, dû aux reflux dans l'oreillette d'une certaine quantité de sang par suite de l'obstruction insuffisante de l'orifice mitral, lors de la contraction ventriculaire. D'autre part, on percevait un léger souffle à la base du cœur, vers le bord droit du sternum, indice d'un rétrécissement de l'aorte. Il s'agissait donc évidemment d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance mitrale, compliqués d'un léger rétrécissement aortique.

Ces graves lésions expliquaient les troubles profonds de la circulation chez notre malade, troubles qui se traduisaient par

l'anémie artérielle et la congestion veineuse entraînant nécessairement des congestions plus ou moins intenses, des poumons, des reins, de la rate, du foie, du cerveau, de tous les organes en somme et du réseau capillaire; et ces congestions se manifestaient surtout par cette suffusion du sérum du sang constituant un œdème considérable, dont la consistance dure, l'indépressibilité, témoignaient de l'imprégnation non seulement du tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi des tissus sous-jacents; elles se manifestaient encore par la dyspnée, l'hémoptysie, les étouffements, par les modifications dans la quantité et la qualité des urines, manifestations graves et d'un pronostic toujours funeste?

Mais quelle était donc la cause de ces lésions chez notre malade?

Nous savons que, à l'exception des cas assez rares d'efforts violents déterminant une déchirure des valvules ou une rupture des cordages tendineux qui s'y rattachent, déchirure et rupture suivies immédiatement d'accidents graves et entraînant rapidement la mort, les lésions valvulaires sont précédées ordinairement de l'endocardite. Or, chez notre malade, l'affection valvulaire dont il était atteint datait de plusieurs années déjà et elle avait dû être consécutive à une endocardite.

L'endocardite, vous le savez, est la manifestation viscérale la plus habituelle du rhumatisme; elle est moins souvent consécutive à la scarlatine, à la chorée, à la variole, à la fièvre typhoïde, aux fièvres palustres et plus rarement encore on l'a vue se produire à la suite d'un traumatisme, d'une violente contusion de la région thoracique gauche.

Or, notre malade n'avait jamais souffert de rhumatisme pas plus que ses parents, et n'avait jamais fait de maladie prédisposant à l'endocardite. Mais, il y a quelques années, il avait fait une chute de cheval, et c'est à la suite de cet accident, qui intéressa particulièrement la région gauche du thorax, qu'il éprouva les premiers symptômes consécutifs à l'inflammation de l'endocarde, inflammation qui se traduisit plus tard par des lésions valvulaires d'une gravité exceptionnelle.

Le diagnostic et l'étiologie étaient donc établis et entraînaient fatalement un pronostic funeste; aussi le traitement auquel nous avons soumis le malade n'avait-il pour but que d'atténuer, autant que possible, ses souffrances et de prolonger quelque peu ses jours.

Le régime lacté, joint à l'administration d'infusions fortes de digitale, sembla amener quelque amélioration dans l'état du malade: la dyspnée s'apaisa, la diurèse augmenta et l'œdème des membres sembla subir une modification favorable en ce sens que sa dépressibilité, sa consistance moins dure, indiquaient une imprégnation moins prononcée des tissus. Mais cette ébauche d'amélioration ne devait être que de courte durée.

Le 10 avril dernier, le patient nous apprit qu'il avait eu des cauchemars, qu'il avait vu passer devant ses yeux des objets

bizarres, des flammes, des flambeaux, etc.; nous étions en présence de manifestations cérébrales, d'hallucinations témoignant de la saturation de l'organisme par la digitale; nous dûmes donc suspendre l'administration de ce médicament et le remplacer par la caféine; celle-ci a semblé conserver au malade, pendant quelque temps, le bénéfice acquis par l'administration de la digitale. Mais ce bénéfice était trop petit pour contrebalancer longtemps les effets de la grave lésion du cœur. Les urines devinrent de plus en plus rares; l'œdème s'accrut, se généralisa et atteignit l'extrémité céphalique jusque là respectée. Les essais d'émissions sanguines furent infructueux. Le malade succomba.

Je vais vous faire passer maintenant sous les yeux le cœur du sujet. Vous y constaterez un rétrécissement exceptionnel de l'orifice mitral dû à une végétation dure, pierreuse, calcifiée, siégeant sur la surface auriculaire de la valvule; la lumière de l'orifice est tellement petite qu'elle laisse à peine passer une plume d'oie. Pour ma part, c'est la première fois dans ma pratique, déjà longue, que j'ai constaté un rétrécissement mitral aussi prononcé.

Vous voyez donc, messieurs, que la contusion violente de la région thoracique doit figurer dans l'étiologie de l'endocardite et des lésions valvulaires consécutives; elle doit même y occuper une place importante.—*Praticien.*

De l'arthrite aiguë de genou comme signe avant-coureur de la méningite tuberculeuse. par M. LIÉGEOIS.—Cette arthrite, dont notre estimé confrère a pu dans deux circonstances reconnaître la valeur diagnostique, se traduit par le gonflement et la douleur du genou à la pression, sans rougeur et sans symptômes fébriles. On pourrait croire au rhumatisme; mais ce serait une erreur, car les symptômes méningitiques la suivent de près et révèlent la nature de la maladie.

M. Liégeois rappelle d'ailleurs que l'arthrite chez les gens en possession de la tuberculose n'est pas inconnue. "Pourquoi donc," ajoute-t-il, le bacille de Koch ne toucherait-il pas aussi bien les "séreuses articulaires où les histologistes, du reste, ont trouvé le "tubercule, que les séreuses méningées?"—*Revue médicale de l'Est.*

Du torticolis.—M. KIRMISSON, chargé de la suppléance du prof. Richet à l'Hôtel-Dieu, étudie d'une manière très intéressante le *torticolis*, "maladie qui pour être semblable dans plusieurs de ses manifestations symptomatiques, n'en offre pas moins, suivant les cas, de grandes différences dans ses causes et ses lésions anatomiques."

Voici comment on peut distinguer l'une de l'autre les deux grandes variétés de torticolis: *osseuse et musculaire*. L'attitude vicieuse peut être la même dans les deux cas; mais quand la

Colonne vertébrale est atteinte, il y a le plus souvent de la tuméfaction à la nuque ou bien une localisation douloureuse au niveau des premières vertèbres cervicales. De plus, signe très important dans le torticolis musculaire, les mouvements de flexion et d'extension et surtout les mouvements de rotation de la tête sont conservés, ce qui n'existe pas dans le torticolis osseux. L'attitude peut enfin ne pas être la même dans les deux cas; c'est dans la lésion osseuse qu'elle est la plus variable, la tête pouvant être inclinée sans rotation, ou avec rotation dans le même sens que l'inclinaison; tandis que, dans le torticolis du sterno-mastoïdien, l'inclinaison latérale et la rotation sont toujours en sens inverse. Le torticolis osseux est presque toujours de nature tuberculeuse ou rhumatismale: le pronostic varie beaucoup suivant l'origine de l'affection. C'est surtout dans le torticolis osseux d'origine tuberculeuse que l'on doit redouter certaines complications, telles que les luxations spontanées, les paralysies causées par la pachyméningite, la suppuration des lésions, les hémorragies causées par ulcération de l'artère vertébrale. Toutefois la guérison par ankylose est possible: c'est elle qu'on doit s'efforcer de produire par l'immobilisation. Avant d'immobiliser la tête, il faut la remettre dans sa situation normale. Les tentatives de réduction doivent être faites avec les plus grandes précautions, surtout quand il existe déjà une subluxation des vertèbres. Dans ce dernier cas, la réduction lente et progressive, au moyen des appareils, doit être seule employée. La contention est maintenue, à l'aide d'un appareil plâtré immobilisant le cou et prenant point d'appui, d'une part sur la région occipito-frontale, d'autre part sur les épaules et le thorax.

L'étiologie du *torticolis musculaire* est particulièrement intéressante: elle se montre au moment de la naissance ou bien apparaît plus tard, d'où la distinction en torticolis congénital et torticolis acquis. Il est toujours très difficile de savoir si la lésion s'est manifestée pendant la vie intra-utérine, comme cela se voit pour le pied-bot, ou si l'application du forceps, un accouchement par le siège n'ont pas déterminé une lésion musculaire du sterno-mastoïdien.—Le torticolis acquis peut encore être la conséquence de convulsions, de troubles oculaires déterminant une attitude vicieuse. Il peut succéder à des inflammations de voisinage, à des refroidissements, torticolis rhumatismal, qui, de passager, peut devenir chronique.

Dans le traitement du torticolis musculaire, on tend à abandonner la section sous cutanée et à revenir à la section à ciel ouvert: en sectionnant couche par couche les tissus des parties superficielles vers les parties profondes, on a l'avantage de voir ce que l'on fait et de pouvoir couper toutes les brides qui mettraient obstacle au redressement.

Lorsque la section tendineuse est faite, on applique immédiate-

ment après l'opération un appareil destiné à maintenir la réduction. Les appareils usuels connus sous le nom de colliers, de minerves, sont fort compliqués et coûtent cher. M. Kirmisson les laisse de côté, et se sert d'un bandage plus simple dérivé de celui employé par Sayre. On prend point d'appui sur la tête d'une part, sur le thorax d'autre part, à l'aide de deux bandes de diachylon enroulées autour de la poitrine et de l'extrémité céphalique; puis on rapproche l'une de l'autre ces deux bandes à l'aide d'un tube de caoutchouc qui maintient la tête inclinée sur l'épaule gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la difformité.—*Concours médical.*

Du diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux.—Clinique de M. le prof. RENDU, à l'hôpital Necker.—Messieurs, je veux vous parler aujourd'hui d'une question très délicate; il s'agit du diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux.

J'ai eu dans mon service deux malades qui nous serviront de point de départ.

Le premier était un cocher qui, le 14 avril, fut pris des premiers symptômes de la pleurésie.

Il entra, le 22 avril, dans le service avec un état général assez bon. Mais il présentait en même temps les symptômes d'un épanchement considérable.

Pas de voussure manifeste, mais espaces intercostaux peu mobiles. Matité très considérable dans tout le côté gauche à la partie postérieure; cette matité s'étendait en avant jusqu'au-dessous de la clavicule. Pas de skodisme. Vibrations thoraciques abolies en avant; en arrière, légèrement conservées au voisinage de la colonne vertébrale. Souffle très doux, très lointain. Broncho-égophonie. En haut, respiration un peu rude, un peu soufflante; en somme, respiration supplémentaire. Pectoriloquie aphone. Organes voisins déplacés: Pointe du cœur battant au-delà du sternum; sonorité gastrique abaissée. L'espace de Traube n'était pas envahi.

Avec ces signes d'un gros épanchement, les symptômes fonctionnels étaient très satisfaisants, 24 à 30 respirations. P. 100. T. non fébrile.

La ponction fut faite le lendemain et donna issue à un litre $\frac{1}{2}$ de sérosité hémorrhagique. Je laissai d'ailleurs dans la plèvre un bon tiers de l'épanchement pour éviter la congestion pulmonaire.

Six jours après, l'épanchement s'était reproduit.

Une nouvelle ponction donne issue à un litre $\frac{1}{2}$ de liquide séreux. Dès lors, la maladie marche rapidement vers la convalescence.

Notre second malade était un homme de 40 ans, chétif d'apparence, mais assez robuste en réalité puisqu'il exerce le métier de déchargeur de charbon. Il y a huit jours, il éprouva un refroidissement, suivi de tous les signes de la pleurésie. Le lendemain, 13 mai, il entra à l'hôpital. Il ne pouvait se tenir couché que sur le côté gauche: 35 à 40 respirations. Quintes de toux excessives au

moindre mouvement. A gauche et en avant, on observe une voussure notable. A la percussion, matité s'étendant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Vibrations thoraciques abolies à la partie inférieure. En avant, matité dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs de la poitrine.

A l'auscultation, on entendait un souffle lointain, assez aigre, occupant tout le poumon gauche. A la partie supérieure pas de souffle. Bronchophonie assez marquée. Pectoriloquie aphone. La pointe du cœur correspondait au bord droit du sternum. Sonorité de l'estomac un peu abaissée.

Les signes stéthoscopiques étaient donc à peu près analogues dans les deux cas et l'on devait conclure à une lésion identique. La voussure thoracique était même plus prononcée chez le second malade. Mais nous pouvons nous rendre compte qu'elle existait avant la maladie. C'était une disposition particulière à cet homme qui, étant gaucher, exerce de préférence son bras gauche.

De fait, la ponction chez lui ne donna qu'un demi-litre au plus, et on n'en laissa pas une goutte dans la poitrine.

Un premier enseignement ressort de cette étude : *c'est que les troubles fonctionnels ne sont pas en rapport avec la quantité de l'épanchement.* Quand celui-ci se fait lentement, il y a accoutumance des organes.

Messieurs, j'insiste sur ce point, c'est que toute pleurésie est une maladie *initialement pulmonaire*. La plèvre est malade parce que le poumon est malade derrière elle. Le refroidissement, origine la plus fréquente de la pleurésie, porte d'abord sur le poumon, qui, infiniment plus vasculaire, est pris de prime abord. On peut observer des lésions franchement inflammatoires du poumon, donnant naissance à la pleurésie franche, des lésions septiques (pneumonie) ou parasitaires (tuberculose).

En définitive, au point de vue de l'abondance de l'épanchement, deux cas se présentent :

Dans le 1er cas, le poumon modérément engoué, mais non absolument hépatisé, se laisse facilement déprimer. Un gros épanchement survient, mais il s'accompagne de peu de symptômes fonctionnels. (Pleurésies subaiguës bâtarde des affections cardiaques et du mal de Bright.)

Dans le 2e cas au contraire, le poumon inflammé et injecté se met à plonger : il refoule ainsi une petite nappe de liquide, ce qui donne lieu à une matité très élevée, et simule un gros épanchement, quoiqu'il soit médiocre en réalité.

Etudions les divers signes qui font reconnaître l'épanchement et voyons comment ils peuvent servir à trancher la question de son abondance.

Percussion : Elle nous donne deux signes : la matité, le skodisme.

La matité est la plus importante : mais toutefois il peut, dans des circonstances particulières, y avoir des épanchements sans

matité, et aussi de la matité sans épanchement (spléno-pneumonie, atelectasie, pneumonie massive, kyste de la face convexe du foie, etc.)

Pour que la matité ait une réelle valeur, il faut qu'elle soit *dure et absolue avec perte complète de l'élasticité*. Il faut aussi qu'elle s'étende, pas seulement en arrière, mais encore *en avant*. Plus elle se rapprochera de la clavicule, plus elle sera importante pour le diagnostic.

Quand au skodisme, Roger croyait que plus l'épanchement était considérable, plus le skodisme était marqué. Grancher y a donné un autre sens. Le skodisme uni à la conservation des vibrations thoraciques indiquerait la pleurésie franche. La dissociation de ces phénomènes serait un signe de pleurésie tuberculeuse.

Au point de vue qui nous occupe, c'est un signe trompeur. Il répond surtout à l'état de congestion et d'engouement du poumon, puis qu'il existe aussi bien dans les pneumonies franches que dans les pleurésies. Il manquait chez nos deux malades : chez le premier, à cause de l'abondance de l'épanchement ; chez le second, sans doute par suite de l'engouement pulmonaire,

Palpation.—Elle nous fournit un excellent signe, c'est la *suppression des vibrations thoraciques*.

Mais il y a des sujets qui n'ont jamais de vibrations thoraciques (voix aiguës, femmes grasses). Au contraire, alors même qu'il y a épanchement, elles persistent chez certains sujets (individus maigres, à voix de basse). Mais dans l'immense majorité des cas, le signe est bon. Il faut dire toutefois qu'il peut accompagner une extrême condensation du poumon (spléno-pneumonie, pneumonie massive).

Quoi qu'il en soit, la suppression totale des vibrations, surtout si elle s'étend en avant, a une grande valeur.

La palpation indique encore la plénitude de la poitrine ; mais ce signe ne se présente que dans les gros épanchements qui se sont déjà révélés par des signes bien plus caractéristiques.

Déplacement des organes.—C'est un des meilleurs signes de la quantité de l'épanchement. L'abaissement du foie n'est pas très caractéristique, parce qu'il peut tenir au volume de l'organe, ou au relâchement de la paroi thoracique. Mais à gauche, nous avons : 1^o le refoulement des téguments de la plèvre dont la matité dépasse le sternum. Chez nos deux malades, la ligne de matité empiait sur le côté sain ; 2^o le refoulement du cœur dont la pointe déborde le sternum. Une pneumonie un peu intense, une spléno-pneumonie, peuvent déplacer un peu le cœur mais jamais le faire dévier au delà de la ligne médiane ; 3^o l'abaissement de la sonorité gastrique et l'effacement de l'espace de Traube. En suivant pendant plusieurs jours le malade, on voit s'abaisser la sonorité gastrique. Or, pour que la voûte diaphragmatique se laisse abaisser, il faut qu'il y ait un épanchement assez abondant.

Inspection du thorax.—Dilatation et mensuration.

Il faut savoir que le thorax est très diversement conformé suivant les individus. Chez notre second malade, le thorax présentait naturellement une voussure à gauche. Ces voussures indiquent d'ailleurs plutôt un épanchement circonscrit. Dans les grands épanchements, elle manquent assez souvent.

La mensuration n'est pas un signe bien sûr non plus. C'est d'abord qu'il est très difficile de la bien faire, et l'on arrive souvent à des résultats paradoxaux. D'ailleurs, le refoulement du diaphragme, celui de la plèvre médiastine augmente beaucoup les dimensions du thorax sans donner lieu à aucune ampliation.

Auscultation.—Elle nous fournit trois signes : absence du murmure vésiculaire ; souffle ; égophonie.

L'absence du murmure vésiculaire se rencontre également dans des cas différents : emphyseme, pneumonies massives, tumeurs, etc.

Le souffle n'est pas caractéristique, puisqu'il ne diffère pas absolument de celui de la pneumonie.

L'égophonie n'est pas pathognomonique non plus : nous l'avons observé dans un cas de congestion bâtarde avec un peu d'exsudat gélatineux sans aucun épanchement.

Mais la réunion des divers signes devient une grande probabilité.

En définitive lorsqu'on a les signes suivants :

Matié arrivant jusqu'à la clavicle : absence de vibrations thoraciques, absence de murmure vésiculaire, on peut diagnostiquer un épanchement de un litre $\frac{1}{2}$ à deux litres.

Absence de murmure vésiculaire à la base, et au-dessus, égophonie bien nette, souffle et skodisme, épanchement moyen de un litre à un $\frac{1}{2}$.

Les épanchements les plus difficiles à reconnaître, sont les épanchements très peu abondants. Car il peut alors n'exister que très peu de liquide étalé le long d'un poumon congestionné.

Dans certains cas, matié très étendue en arrière, s'arrêtant en avant à la partie moyenne, sans skodisme, souffle voilé, existant partout, toux, mouvement fébrile, douleur à la percussion. Le poumon engoué conduit les vibrations à travers le liquide, et les signes du souffle sont beaucoup plus nets. C'est ce qu'on appelle bien à tort souffle pleurétique. En réalité, c'est un souffle pneumonique transmis. L'existence de ce souffle indique un épanchement peu considérable.

Parfois, le poumon condensé et refoulé en arrière, occupe la gouttière costo-vertébrale, et donne lieu à une vibration considérable par les os et les côtes. Le souffle est alors trompeur.

Quant au souffle amphorique, la condition de sa production, c'est que les grosses bronches résonnent dans un poumon atelectasié. Il coïncidera donc le plus souvent avec un épanchement peu considérable.

Il faut encore tenir compte de l'âge de la pleurésie.

Dans les pleurésies récentes, le poumon est presque toujours congestionné : par suite, le souffle s'entend, même avec un épanchement considérable. — Dans les pleurésies anciennes, où cette congestion n'existe plus, le souffle est rare : le plus souvent, murmure vésiculaire aboli.

Dans ce dernier cas, l'épanchement peut être beaucoup plus considérable qu'on ne le croit, lorsqu'il se loge sous le poumon bridé par des adhérences. L'intensité de la dyspnée et le déplacement du cœur seront surtout faire le diagnostic.

J'ajouterai, Messieurs, qu'une précision extrême en pareille matière n'est heureusement pas nécessaire. L'innocuité de la ponction avec des instruments aseptiques est actuellement démontrée, et par suite la ponction exploratrice devient le meilleur des signes. Il est d'ailleurs toujours préférable de ponctionner avant qu'il y ait trop de liquide, car à ce moment le poumon revient plus facilement sur lui-même. — *France médicale.*

CHIRURGIE

Rétention d'urine par rétrécissement cicatriciel consécutif à la rupture de l'urètre.—Clinique de M. le prof. GUYON, à l'hôpital NECKER.—Le lit no 2 de la salle Civiale est occupé par un jeune homme, âgé d'environ dix-neuf ans, entré à l'hôpital le 8 avril dernier, avec une rétention d'urine incomplète.

La rétention d'urine, vous le savez, n'est qu'un symptôme, mais quand un symptôme acquiert une intensité telle qu'il rend impossible le fonctionnement d'un organe, il devient, par cela même, une maladie.

La rétention d'urine envisagée en elle-même paraît identique en toutes circonstances, quoiqu'elle soit due à des causes multiples, différentes dans leur nature et dans leur traitement. Ainsi il y a rétention d'urine par inflammation, par congestion, par spasme, par rétrécissements, par hypertrophie de la prostate, traumatismes, par causes mécaniques.

Voilà une série de causes diverses qui peuvent toutes entraîner un symptôme commun, la rétention d'urine, mais qui cependant ne comportent guère les mêmes indications thérapeutiques.

Vous saisissez donc déjà l'importance énorme qu'il y a de connaître la cause déterminante de la rétention, sur laquelle sera basée votre conduite pour arriver à un but identique pour toutes les rétentions, l'évacuation de la vessie. Vous saisirez davantage la valeur de l'étiologie quand je vous aurai dit que dans beaucoup de cas le traitement purement médical suffit pour combattre la rétention, que dans une foule d'autres l'intervention chirurgicale est de rigueur.

Les commémoratifs, l'interrogatoire minutieux et répété du malade sont certainement d'un précieux secours dans nos recherches de la cause de la rétention. Cependant, il ne faut pas toujours se contenter des réponses du malade ; il faut se mettre en garde contre ces personnes inintelligibles à qui l'on peut faire dire ce que l'on veut ; leur réponses doivent être soumises à un contrôle rigoureux avant d'être acceptées comme vraies et exactes ; surtout il ne faut pas perdre de vue que l'on a souvent affaire à des personnes de mauvaise foi, dont les explications mensongères tendent à détourner les investigations du médecin de la cause inavouable qui a déterminé la rétention.

Ceci dit, revenons à notre malade.

Il y a environ sept mois, il contracta, pour la première fois, une blennorrhagie dont il se crut guéri au bout de quelque temps, quoiqu'il persistât un léger écoulement blennorrhagique. Il reprit donc toutes ses habitudes et se livra à des rapports sexuels fréquents.

À la suite d'un froissement de la verge, pendant le coït, il éprouva, dit-il, un picotement vers la base de cet organe et cette sensation fut bientôt suivie d'un léger écoulement de sang. Ce froissement, ce picotement, cette légère hémorrhagie, n'ayant laissé le lendemain la moindre trace qui pût l'incommoder dans l'accomplissement de ses plaisirs, il ne s'en préoccupa guère.

Cependant un mois après ce petit incident, il éprouva quelque gêne dans l'émission des urines, et cette gêne dégénéra rapidement en douleurs violentes, en efforts surhumains, pour arriver à vider sa vessie par petits jets sanguinolents ou par gouttes.

Il entra donc à l'hôpital dans un état général et local des plus graves. À l'impossibilité presque absolue d'uriner, se joignirent bientôt toutes ces angoisses physiques et morales que déterminent les efforts inouïs, vainement tentés pour accomplir la miction.

Je ne chercherai pas à vous esquisser ici le tableau navrant qu'offrent ces malheureux, anxieux de pisser sans y parvenir. Je me bornerai à vous citer ce mot de Montaigne qui connaissait trop, par expérience, ces angoisses : " Oh ! que ce bon empereur, qui faisait lier la verge à ses criminels pour les faire mourir, était grand maître de la science de la bourrellerie ! "

Les commémoratifs de notre malade entendus, nous procédâmes à l'examen local. La paroi abominale était tombée, tendue, dure, audessus de la symphyse pubienne ; au niveau de la base de la verge, on percevait facilement, par la palpation, une virole dure, s'opposant à la pénétration des bougies les plus fines de la filière Charrière ; le toucher rectal révélait, outre la distention de la vessie, une hypertrophie légère du lobe gauche de la prostate et de la vésicule séminale gauche ; l'épididyme gauche présentait une légère tuméfaction ; par ses efforts violents, le malade arrivait à peine à faire soudre quelques gouttes d'urine sanguino-

lente et purulente. Quant à son état général, il était alarmant : fièvre intense et continue, amaigrissement excessif, inappétence complète, agitation extrême, signes du commencement ou de l'imminence d'un empoisonnement urinaire.

Il s'agissait donc évidemment d'une rétention d'urine par oblitération presque complète du canal urétral. En d'autres termes, nous avons affaire à un rétréci.

Mais ici se pose la question : de quelle nature est le rétrécissement ?

Quelques-uns d'entre vous se font certainement, en eux-mêmes, la réponse de : rétrécissement consécutif à la blennorrhagie. Qu'ils se hâtent de rejeter cette hypothèse. Jamais, jamais les rétrécissements consécutifs à la blennorrhagie ne se produisent en six mois; il faut trois, quatre ans et plus pour que la coarctation des parois urétrales succède à la blennorrhagie. Et, il est rare, il est exceptionnel que cette coarctation lente et graduelle échappe au malade à tel point quelle puisse déterminer une oblitération complète de la lumière du canal. Les modifications que subit la forme du jet urinaire, la gêne dans la miction, par fois mêmes de petites rétentions passagères, éveillent l'inquiétude du patient qui arrive toujours à temps pour consulter le médecin sur la nature de ces symptômes et prévenir ainsi l'oblitération du canal. D'ailleurs ces rétrécissements blennorrhagiques ne sont pas uniques; la bougie exploratrice qui traverse le canal butte à plusieurs obstacles avant d'atteindre le rétrécissement principal.

Il n'en est pas de même pour les rétrécissements cicatriciels consécutifs à un traumatisme, à une déchirure du canal. Ici l'oblitération, plus ou moins complète, s'opère rapidement; un mois, quinze jours suffisent pour que le tissu cicatriciel s'empare de la solution produite dans la continuité du canal urétral. Et ces rétrécissements sont uniques, siégeant juste au niveau de la plaie préexistante; le reste du canal est parcouru librement par la sonde exploratrice comme en l'état normal.

Chez notre malade, le rétrécissement était bien cicatriciel; il avait bien succédé à un traumatisme. Rappelez-vous ce froissement de la verge pendant le coït, ce picotement insignifiant et l'uréthrorrhagie qui s'ensuivit.

Ce picotement et l'uréthrorrhagie qui lui succéda constituaient bien les symptômes d'un traumatisme, d'une déchirure de l'urèthre par fausse manœuvre pendant le coït, par un froissement de la verge, comme dit notre malade.

Vous avez maintenant l'explication de ce rétrécissement rapide, cicatriciel, qui entraîna la rétention d'urine.

Dès lors, je n'hésitai pas à procéder immédiatement à l'uréthrotomie interne, qui amena comme conséquence immédiate l'écoulement d'une grande quantité d'urine sanguinolente et abondamment mélangée de pus, la cessation définitive de l'hématurie et la chute de la fièvre.

Toutefois l'apyrexie n'a pas été de longue durée. La fièvre se déclara de nouveau le lendemain de l'opération, presque aussi intense qu'avant l'intervention chirurgicale.

A quoi attribuer ce paroxysme fébrile ?

Ici la blennorrhagie entre en cause.

En effet il n'est pas douteux que le contact prolongé de la muqueuse vésicale, avec l'urine contaminée par le pus blennorrhagique, ait produit une cystite ; il est même certain, et nous avons en plus d'une fois l'occasion de nous en assurer, que dans ces conditions il se produit non seulement de la cystite, mais aussi, par propagation ascendante de l'uretélite, et de la néphrite blennorrhagique. L'énorme quantité de pus qui s'est écoulé au dehors après l'uréthrotomie, l'abondance du pus que renferment encore les urines de notre malade, nous permettent d'affirmer qu'il s'est produit une inflammation générale des voies urinaires et expliquent la persistance de la fièvre.

Quant à l'hématurie, elle a complètement disparu, la cause de sa production étant supprimée. En effet, ce n'est pas la rupture des vaisseaux qui détermine ordinairement l'hématurie ; la congestion, la stase sanguine due à la tension d'un organe suffit pour expliquer l'exhalation du sang à travers les parois vasculaires.

Nous avons pu nous en assurer expérimentalement en liant la verge de cobayes et de lapins et produisant ainsi mécaniquement une rétention d'urine et, par suite, une tension vésicale, urétérale et rénale, d'où congestion de ces organes et hématurie. En sacrifiant l'animal dans ses conditions, nous avons constaté une arborisation vasculaire très prononcée de la muqueuse vésicale et même, ça et là, des plaques ecchymotiques.

A l'heure actuelle, l'état de notre malade est assez satisfaisant. La fièvre semble s'amender de jour en jour ; le malade émet facilement ses urines ; il mange bien et reprend des forces.—*Praticien.*

Traitement des bubons suppurés chancreux. — Voici le procédé préconisé par M. le docteur FONTAN (de Toulon) dans un pli cacheté ouvert à l'*Académie de médecine* :

- 1o Ponctionner le bubon fluctuant avec un bistouri étroit ;
- 2o Évacuer, exprimer complètement ;
- 3o Injecter du Van Swieten étendu d'eau tiède, évacuer et exprimer de nouveau ;
- 4o Injecter dans la cavité de la vaseline iodoformée à cinq centièmes, liquéfiée par la chaleur, et qui, abandonnée dans l'abcès, s'épaissit et se solidifie presque par l'application d'un coton bichloruré humide et froid sur la tumeur ponctionnée. La vaseline y reste incluse.

M. Fontan ajoute qu'il avait employé ce procédé pour des adénites banales inflammatoires, strumeuses, etc., dès les pre-

miers mois de 1880. Ces premiers essais sont consignés dans la thèse de Laborde (Bordeaux, 1883).

Le même procédé donne des résultats inespérés pour les bubons d'origine chancreuse.

La plupart guérissent immédiatement, sans suppuration aucune.

Les résultats complets de ce traitement seront étudiés dans un mémoire ultérieur.

Traitement de la coxalgie à l'hôpital de l'Hotel-Dieu.—

Pendant longtemps, la coxalgie a été mal soignée. Les changements de longueur étaient pris pour des raccourcissements réels. On supposait le grossissement de la tête osseuse, de l'épanchement dans l'articulation, la luxation dans la fosse iliaque externe. C'étaient là des phases inévitables de l'affection. Le seul traitement consistait en topiques, cautérisations au fer rouge, cautères chimiques, vésicatoires, émissions sanguines ; et s'il se déclarait des abcès, on appliquait des cataplasmes émollients. Le chirurgien assistait impassible à toutes les périodes de la maladie.

Si le malade guérissait, c'était alors avec un raccourcissement énorme, des déformations ; ou bien il s'établissait des fistules, il s'écoulait un pus infect et le malade mourait en cachexie.

Aussi le progrès fut-il considérable quand Bonnet, de Lyon, eut éclairé la pathogénie de la coxalgie et trouvé un mode de traitement efficace. Il rechercha les causes de l'allongement et du rétrécissement, et montra qu'on pourrait s'opposer à ces accidents, et qu'il fallait le faire, car ils étaient une cause de douleur et d'inflammation permanente.

Partant de là, il a proclamé la nécessité d'une immobilisation rigoureuse dans une bonne position.

Au début, quand le membre est douloureux, peu tuméfié, sans attitude vicieuse, l'immobilisation peut suffire à elle seule, la flexion se détruisant dans la position horizontale.

Bonnet fit donc construire la gouttière qui porte son nom, que tout le monde connaît, et sur la description de laquelle nous ne reviendrons pas. Cette gouttière est précieuse dans le plus grand nombre des cas.

Mais elle a plusieurs inconvénients ; d'abord, elle coûte assez cher et ne se rencontre pas partout, elle n'est pas transportable. Aussi a-t-on imaginé d'autres appareils pouvant être fabriqués par le chirurgien lui-même. Ce sont ceux que l'on emploie journellement, telles sont les bandes plâtrées, silicatées, dextrinées, etc., que l'on renforce par des gouttières. M. le professeur Verneuil a donné le précepte d'un appareil silicaté avec une gouttière en fil de fer en T.

Puisqu'ils remplissent leur but, ces appareils doivent non seulement enchâsser l'articulation, mais tout le bassin et le membre inférieur en totalité.

Mais quand il y a attitude vicieuse permanente, l'appareil immobilisateur ne suffira plus. On s'exposerait à une ankylose dans une position vicieuse, et la maladie pourrait continuer avec des phénomènes inflammatoires. Il faut détruire cette attitude vicieuse.

Il peut se faire que la contraction musculaire soit assez faible pour que l'on puisse facilement, par une compression lente (ouate, caoutchouc), rétablir la bonne attitude, *sans adduction ni abduction, avec une légère flexion*. Mais souvent ce redressement lent et graduel est difficile.

Bonnet a préconisé le redressement brusque, quoique, au début, dans son premier ouvrage, il l'ait repoussé. Il faut aussi rendre grâce au chloroforme, qui, en supprimant la douleur, supprime aussi une partie de la contraction musculaire.

On recourra donc au redressement forcé sous le chloroforme, lentement et graduellement, par mouvements alternatifs d'adduction et d'abduction, de flexion et d'extension, et peu à peu par des mouvements de circumduction.

Le résultat complet ne s'obtiendra pas dans tous les cas. Quelquefois ne fera-t-on qu'un redressement incomplet, quitte à recommencer à une seconde séance.

Voici en somme, depuis 1858, quels étaient les grands principes du traitement de la coxalgie.

Depuis une douzaine d'années, une autre méthode s'est introduite. Elle consiste à traiter la coxalgie par l'extension continue à l'aide des poids. Ce n'est pas une méthode nouvelle. Lesauvage (de Caen) la proposait dès 1835. En Amérique, l'extension s'est vulgarisée de très bonne heure. Davis (1855), Bäuer et Sayres l'ont préconisée.

L'extension par la méthode américaine ne se fait pas comme en France. Les Américains opposent l'extension à l'immobilisation. Ils emploient des appareils produisant l'extension pendant la marche; ils ne veulent pas d'immobilisation. Ces appareils ont été bien étudiés par M. Lefort qui en a fait construire et dont il se sert quelquefois. On peut le voir dans son service de l'hôpital Necker. Le but de ces appareils est la guérison sans ankylose.

En Allemagne, Volkmann (de Halle), en 1865, dans l'*Encyclopédie* de Billroth et Pita, a proposé l'extension continue.

M. Eugène Buquel (de Strasbourg), en 1870, la propose. (Lire à ce sujet une revue de M. Charles Monod parue en 1878 dans les *Archives de médecine* sur l'extension continue appliquée aux articulations.)

Quelles sont les prétentions de l'extension continue? C'est d'abord de détruire la pression des surfaces articulaires pour éviter tous les désordres qui en résultent. Beaucoup d'expériences ont été faites sur les résultats, elles n'ont rien donné de concluant.

M. Lannelongue a placé un cadavre dans l'extension. Il a présenté la pièce et conclut à l'écartement possible. Cependant nous ne croyons pas à la conclusion absolue de cette expérience.

Quelquefois il faut des poids énormes pour obtenir l'écartement. On a en effet à lutter contre la pression atmosphérique.

On a pensé que l'extension pouvait agir en fatiguant les muscles, et venait lutter contre la contraction et la déformation vicieuse.

Quoi qu'il en soit, le premier résultat est de supprimer de très bonne heure les douleurs. Il y a immédiatement du calme, l'état général s'améliore, et le soulagement est réel.

Mais à quelle extension continue se rallier? Faut-il employer la méthode américaine ou la méthode française? l'extension sans immobilisation ou avec immobilisation? Il n'y a pas à hésiter, l'extension se fera avec l'immobilisation, le malade restant couché. En Amérique même il y a une réaction contre les appareils portatifs.

Dans le *Medical Record*, du 15 septembre 1888, un article accorde la préférence à l'immobilisation par la méthode française. Un numéro d'octobre 1888 du *New York Medical Journal* accuse les mêmes tendances.

Les principes de Bonnet restent tout entiers les mêmes et on ne leur enlève rien en combinant à l'immobilisation l'extension continue.

Pour le petit malade qui est dans le service on fera l'extension continue avec l'appareil de M. Hennequin, pour les fractures de cuisses, et qu'il avait déjà conseillé pour la coxalgie.

Les abcès, dans la majorité des cas, pourront être vidés par la ponction aspiratrice et injectés d'éther iodoformé. Le résultat est souvent favorable. Si la peau est tendue, on fera une large ouverture et on nettoiera la poche, sans pratiquer le grattage, et l'on pansera cette poche avec les différents topiques qui agissent sur les productions tuberculeuses.

La résection a passé pendant un certain temps pour le traitement de la coxalgie, et certains chirurgiens en étaient arrivés à conseiller les résections primitives. Cependant la résection ne doit être qu'un moyen, ce ne doit pas être une méthode. Il faut tenir compte de l'état du malade.

Le but final dans le traitement sera différent suivant la nature du mal, et il sera important de porter un diagnostic exact. Ce ne sera pas la même chose s'il s'agit d'une coxalgie rhumatismale ou d'une coxalgie tuberculeuse. S'il y a tuberculose, on devra désirer l'ankylose. S'il y a rhumatisme, on devra chercher à rétablir la fonction du membre.

Enfin, dans quelques cas, on pourra avoir à recourir à l'ostéoclasie ou l'ostéotomie (Mac Ewen).—*Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

L'anesthésie obstétricale.—(*Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 9 mai 1889).—M. le docteur CHARPENTIER lit un travail sur l'anesthésie obstétricale. Après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur ce sujet, il divise l'anesthésie obstétricale en complète et incomplète; puis cette dernière en générale et locale. Il ne veut s'occuper ici que de l'anesthésie incomplète.

Anesthésie générale.—Il fait le parallèle entre l'action du chloroforme et celle du chloral. Il fait ensuite un historique complet de l'éther et du chloroforme, et énumère les partisans et les adversaires de l'administration du chloroforme à la reine. Suit la description des différents effets, suivant les doses, de l'anesthésie obstétricale observés par les divers auteurs qui ont étudié cette question, et par lui-même. L'enfant est peu ou point influencé par le chloroforme. M. Charpentier est en général favorable à ce genre d'anesthésie, tout en faisant des restrictions. Il lui reconnaît des indications spéciales: 1o Lorsqu'on a affaire à des femmes nerveuses, en proie à une vive excitation. Certaines femmes le désirent et en éprouvent du soulagement dans la période de la dilatation, et le repoussent dans la période d'expulsion. 2o Dans les cas de spasmes, et de rigidité des organes de la parturition. Au nombre des contr'indications, il mentionne: le travail normal, les hémorrhagies, les affections cardiaques et pulmonaires, l'alcoolisme. Comme inconvénients, il faut citer la céphalalgie, les nausées et les vomissements.

M. Charpentier cite le cas d'une dame à qui il avait administré le chloroforme sans inconvénient pendant le travail, et qui deux heures après la cessation de cette administration à dose obstétricale, fut prise de délire qui dura quelques instants. Le chloroforme ayant plus tard été donné à cette dame pour un curage utérin, et à dose chirurgicale, cet inconvénient ne se produisit pas. Quant au mode d'administration, M. Charpentier conseille d'être prudent, de n'administrer que de petites doses, et de ne jamais confier le chloroforme à la malade. Le choix de l'appareil est peu important.

Anesthésie locale.—M. Charpentier rappelle les résultats obtenus, il y a quelques années, par M. Doléris à la clinique d'accouchement, avec une solution de cocaïne à 5 0/0 employée en badigeonnages sur la muqueuse génitale: la douleur fut atténuée et même supprimée, dans la moitié des cas environ, pour le passage du fœtus.

Il signale aussi l'hypnotisme qui a donné quelques succès, dans la suppression des douleurs de l'accouchement à MM. Auvard et Sécheyron. (4 succès complets et 9 insuccès totaux.)

M. PAJOT.—Je ne parlerai pas de la cocaïne, dont je ne nie pas l'efficacité. J'ai combattu, on le sait, l'anesthésie obstétricale ou demi anesthésie. je n'y reviendrai pas. Je veux seulement citer l'opinion de Claude Bernard, qui dit que *l'anesthésie ne peut exister sans l'anéantissement du moi ; que le sommeil n'est pas l'anesthésie. L'anesthésie est au-delà du sommeil ; comment peut-on alors amener l'insensibilité sans produire d'abord le sommeil ? Les petites doses de chloroforme ne sont bonnes qu'à duper les femmes ; elles peuvent en outre produire et entretenir chez certaines femmes une excitation très vive, qu'on ne fait cesser qu'avec une plus forte dose.*

M. GUÉNIOT.—Je ne veux dire que ce que j'ai observé personnellement. J'étais d'abord opposé à la demi-anesthésie ; depuis, je l'ai employée nombre de fois, et voici ce que j'ai constaté ; je ne parle pas de l'anesthésie complète. J'ai observé des effets très variables. Certaines femmes repoussaient absolument le chloroforme. Bon nombre de celles qui le désirent sont calmées. D'autres n'en ressentent pas de grands résultats. J'en suis néanmoins partisan, tout en lui reconnaissant quelques inconvénients ; j'ai observé une tendance hémorrhagique dans certains cas, et j'estime qu'il vaut mieux laisser souffrir les femmes que de les exposer aux dangers d'une hémorrhagie post-partum, dont on a quelquefois peine à se rendre maître. Pour cette raison, je désire qu'on sollicite le chloroforme, je ne l'offre pas, et je ne cherche à produire qu'une anesthésie légère. Je suis d'avis de le donner au moment où la douleur s'annonce, pendant la durée des contractions ; je crois qu'en donnant le chloroforme, comme le conseille M. Bailly, dans l'intervalle des contractions, c'est s'exposer à en donner trop.

M. PAJOT.—Au temps de Mauriceau, les accoucheurs avaient aussi leur chloroforme. C'était une potion calmante qu'on envoyait chercher très loin, et qui arrivait à la fin de l'accouchement, on faisait ainsi prendre patience à la parturiente. L'anesthésie obstétricale me paraît ressembler à une foule de procédés sans action, et qui ne tendent qu'à distraire les femmes de leurs douleurs.

Toilette antiseptique de la femme.—M. AUWARD pense que les précautions antiseptiques prises actuellement par les accoucheurs sont insuffisantes, et voici celles qu'il conseille de prendre.

Il faut tout d'abord faire prendre à la femme un grand bain savonneux ; puis, la plaçant en travers du lit, l'accoucheur lui-même ou tout au moins une garde expérimentée doit procéder à la toilette de la vulve. On frottera avec un savon ordinaire ou, mieux,

antiseptique, grandes et petites lèvres, vestibule, mont de vénus, anus, plis génito-cruraux, périnée, pendant qu'un aide fait couler un jet continu et modéré de liquide antiseptique sur la région frottée, enfin, courant abondant de liquide.

On passe alors au vagin. Si l'on veut que la toilette soit complète, il faut remplir deux conditions : *frotter et irriguer*. Or en donnant l'injection comme on le fait d'ordinaire, la seconde condition seule est remplie. Pour obtenir le résultat désiré, M. Auvard a fait construire un doigtier irrigateur et il se sert de la liqueur Van Swieten, tout au moins pendant le travail. L'index muni du doigtier parcourt toute la surface vaginale, pénètre dans le col utérin en frottant pendant qu'un flot de liquide arrose la surface frottée. On obtient de la sorte une asepsie absolue. Cette toilette doit être faite au moins une fois pendant le travail.

Si pendant les suites des couches il devient nécessaire de nettoyer la cavité utérine, comment faut-il s'y prendre? Ici encore il faut frotter et irriguer. Les injections telles qu'on les pratique actuellement étant insignifiantes, au dire de M. Auvard, ce qui n'est pas juste, à notre avis, au moins dans l'immense majorité des cas, l'auteur conseille de se servir de la curette irrigatrice. Pour ce faire, il abaisse l'utérus au moyen d'une pince à griffes, puis il fait pénétrer la curette irrigatrice, guidée par l'index, et on racle la surface utérine de haut en bas soit avec le côté émoussé, soit avec le côté tranchant de l'instrument.

La toilette terminée, on laisse l'utérus reprendre sa place. C'est là un procédé qui peut, dans certains cas, trouver son indication; mais nous pensons que, le plus souvent, la simple injection intra-utérine, faite *largam manu*, suffira pour obtenir le résultat désiré.

— *Revue de thérapeutique.*

Traitement de l'avortement.—En cas d'imminence d'avortement, NYHOFF conseille le repos au lit et l'application de la glace sur l'abdomen. S'il y a des contractions de matrice, les préparations empiriques, comme la teinture de badiane, le borax, le salicylate de soude, etc., agissent quelquefois avantageusement. Si l'avortement ne peut plus être arrêté, l'auteur conseille l'intervention active. Si l'orifice n'est pas encore suffisamment ouvert, on peut recourir provisoirement au tamponnement. Ce n'est que si le contenu de la matrice est altéré ou quand, après la rupture de l'œuf, l'utérus reste encore très volumineux, que le tampon est contre-indiqué. De plus, outre que c'est le meilleur moyen pour arrêter l'hémorragie, le tampon offre au médecin le meilleur moyen d'exercer un contrôle exact de ce qui se passe au niveau de l'orifice, et dans bon nombre de cas, le choix du moment où on devra entreprendre l'évacuation de la matrice. L'auteur conseille d'extraire l'œuf, les débris de membrane ou de placenta par la manœuvre digitale. Si on ne peut pas avec le doigt parcourir toute la cavité de l'utérus,

et s'il reste encore des débris de membrane, il conseille d'avoir recours à la curette, dont il vente les grands avantages. Si l'œuf a déjà été antérieurement expulsé en totalité ou en partie, le mieux est, si l'ouverture du col le permet, de parcourir toute la cavité utérine avec la curette. Si l'orifice n'est pas encore ouvert et si l'utérus est volumineux, il faut dilater le col avec la laminaire iodoformée, ou avec les dilateurs d'Hégar ou de Fritch, et s'il y a péril imminent on peut pratiquer la dilatation sanglante avec le bistouri, pour enlever aussitôt que possible avec le doigt ou la curette les restes du placenta ou de la caduque. Ce n'est que dans quelques cas qu'il a eu de la difficulté à manier la curette, notamment quand l'utérus et son voisinage sont très douloureux; quand la matrice est fixée par de la métrite, de la paramétrite ou de la pelvipéritonite. Dans ces cas, on doit essayer à l'aide de petites pinces ou pinces à polypes, et avec beaucoup de précautions, d'enlever les petits débris restés dans l'utérus.

Il faut prendre les plus grandes précautions quand la femme a eu une hémorrhagie grave et persistante, quand elle est très déprimée, que l'utérus est mince et très mou, parce qu'on peut le perforer très facilement: si, après le curage, l'hémorrhagie persiste, faire le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Une fois l'évacuation de la matrice faite, le traitement consécutif de l'avortement est très simple: injections vaginales et intra-utérines, tampon vaginal de gaze iodoformée suffisent généralement. Une fois le tampon enlevé, la plupart du temps le second ou le troisième jour, on fait encore une ou deux injections vaginales.

Pour favoriser l'involution de l'utérus pendant les quatre ou cinq premiers jours, on administre de l'ergotine ou du seigle ergoté. Il va de soi, que pendant toutes les manœuvres, la plus rigoureuse antiseptie doit être observée.—*Paris médical.*

Des fractures intra-utérines.—M. le Dr. J. VILCOQ a étudié avec soin cette question. L'existence des fractures intra-utérines, d'observation ancienne, vivement discutée au commencement du siècle, est actuellement admise par tous les auteurs.

Les *fractures traumatiques* sont celles dont l'étiologie prête le moins à la discussion. Le traumatisme, quelle que soit la façon dont il agit, paraît en être la cause unique. Ce traumatisme qui produit la fracture, se montre le plus souvent dans la seconde moitié de la grossesse. L'avortement n'est pas fatal. Bien loin de là, la femme conduit le plus souvent sa grossesse à terme. La possibilité de la production de fractures du crâne soulève un problème de médecine légale de la plus haute importance.

Dans les *fractures avec arrêts de développement ou vices de conformation quelconques*, on trouve la plupart du temps un traumatisme dans les antécédents maternels. Quels sont les rapports qui exis-

tent entre ce traumatisme et les malformations diverses que l'on peut observer sur le fœtus? Quel est le mécanisme de la fracture? Les hypothèses sont nombreuses et la question est loin d'être élucidée.

Les fractures syphilitiques ne semblent pas exister. Ce qu'on a décrit comme telles se rapporte à des décollements épiphysaires. Le diagnostic d'une fracture ou d'un décollement épiphysaire présente cependant parfois, même au point de vue histologique, de réelles difficultés. Les fractures d'origine rachitique, les fractures dues à une fragilité ou à une mollesse particulière du squelette fœtal, pourraient être rangées dans la classe des fractures dites spontanées. Ces altérations osseuses jouent certainement un rôle des plus importants. Quant à la cause déterminante, si minime qu'elle puisse être, elle doit certainement entrer en ligne de compte, bien qu'elle passe le plus souvent inaperçue.

Les fractures rachitiques constituent un type nosologique bien distinct. Pour ce qui est des observations de fractures avec fragilité particulière du tissu osseux, les examens histologiques ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit permis de créer un type spécial.

Si l'on considère maintenant les fractures congénitales en général, on peut tirer de leur étude les conclusions suivantes: Les plus fréquentes sont celles de jambes. Elles sont souvent associées à des malformations diverses siégeant principalement sur le membre malade. Une mention spéciale doit être faite à propos de l'absence complète ou partielle du péroné qui est un des caractères les plus constants et les plus intéressants de leur histoire.

Au point de vue de la variété des complications, elles présentent de grandes analogies avec les fractures de l'adulte. La guérison dans l'utérus est un fait indiscutable.

Le traitement chirurgical (ostéoclasie, ostéotomie, ténotomie) atténue notablement la gravité du pronostic au point de vue fonctionnel. L'intervention doit être tentée à un âge approprié quand il n'existe pas de malformations incompatibles avec l'existence de l'enfant.—*Concours médical.*

Pendant la période scolaire, nous redoutons les examens et les concours, forcément rares pourtant et auxquels nous avons le loisir de nous préparer; la pratique nous en impose à l'improviste d'autrement difficiles et sous les yeux d'un juge, le public, que son égoïsme rend impitoyable.

Le médecin est, comme un artiste, condamné à exécuter chaque jour, au pied levé, une œuvre nouvelle et qui ne supporte pas la médiocrité.

PÆDIATRIE.

Traitement de la bronchite capillaire.—Clinique du docteur Jules SIMON à l'hôpital des Enfants Malades.—La bronchite capillaire étant une affection insidieuse à marche capricieuse, le médecin, s'il n'a pas tout d'abord un peu réfléchi, peut se trouver dans une situation embarrassante. Cependant, lorsque la maladie ne revêt pas un caractère absolument foudroyant, on peut intervenir d'une façon effective et amener la guérison rapide de l'enfant.

La bronchite capillaire est essentiellement une affection secondaire ; nous la voyons survenir le plus habituellement au cours d'une rougeole, d'une grippe, d'une coqueluche et d'une fièvre typhoïde.

Il est aujourd'hui démontré que parfois la broncho-pneumonie est le résultat de la localisation d'emblée dans les poumons de l'agent de contagie typhique, rubéolique, etc., parfois cet agent envahit l'appareil respiratoire d'enfants tenus dans les meilleures conditions hygiéniques ; ces cas, il est vrai, sont exceptionnels. La plupart du temps les poumons ne sont atteints que parce que, par suite d'imprudences, ils sont devenus un terrain favorable au développement des agents de contagie qui les avaient envahis.

On sait combien est fréquente la broncho-pneumonie suite de coqueluche ; le docteur J. Simon pense qu'on peut l'éviter, mais non pas en faisant sortir les petits malades, comme on a l'habitude de le faire, sous prétexte de leur faire changer d'air ; voici sa pratique : pendant les huit jours de la période inflammatoire, il tient les enfants au lit, pendant les trois semaines suivantes il leur permet seulement d'aller dans les différentes pièces de l'appartement à la condition expresse qu'il y règne une température uniforme.

Pour le traitement proprement dit de la bronchite capillaire il y a deux périodes à envisager. Au moment de l'invasion on a à combattre les troubles circulatoires, l'élévation de température, l'agitation plus ou moins grande. Il est inutile de dire que, sitôt que l'on soupçonne un enfant d'être atteint de broncho-pneumonie, il faut immédiatement le faire mettre au lit, lui envelopper les membres inférieurs d'ouate et de taffetas gommé, et maintenir le tout au moyen d'un grand bas ; matin et soir il faudra changer l'ouate en ayant soin d'opérer rapidement pour éviter un choc en retour qui pourrait être dangereux.

Le Dr. Jules Simon conseille d'appliquer dès le début, en avant

et en arrière de la poitrine, de larges cataplasmes sinapisés, puis de faire prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Julep gommeux.....	100 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit.....	XV gouttes.
Acétate d'ammoniaque.....	1 gramme.
Sirop de codéine	5 à 15 grammes.

(Suivant l'âge de l'enfant).

Si le calme survient, on espacera progressivement les doses ; dans le cas contraire, on pourra les rapprocher. Si la poussée congestive devient menaçante il ne faudra pas hésiter à donner un bain sinapisé de quatre à cinq minutes de durée, l'enfant devra être maintenu roulé pendant une heure dans une couverture sèche. Le bain pourra être répété plusieurs fois.

Quand on se trouve au début d'une broncho-pneumonie, on est souvent tenté d'administrer un vomitif ; si, dit le Dr. Jules Simon, " l'enfant avait au préalable de la bronchite des grosses bronches ; si la toux, dans les jours précédents, était devenue plus grasse, donnez un vomitif, *mais un seul* ; un second vomitif purgerait et affaiblirait votre malade. Dans ces conditions, en effet, le bulbe, irrigué par un sang qui n'a subi qu'une hématoïose incomplète, reste insensible à l'action de l'émétine, les vomissements ne se produisent plus et vous n'obtenez qu'une déperdition des forces. Il est des circonstances où le vomitif n'est pas nuisible, mais, si j'avais une indication générale à vous formuler à cet égard je vous dirais volontiers : n'en donnez pas."

Une fois la broncho-pneumonie déclarée, on a le choix entre deux méthodes thérapeutiques très différentes et il faut se décider de suite pour l'une ou pour l'autre. L'une préconisée par MM. d'Espine et Picot consiste dans l'administration répétée de bains tièdes ; cette méthode a valu à M. Cadet de Gassicourt et à d'autres médecins des succès encourageants ; quant à M. le Dr. Jules Simon, il préfère la médication révulsive ; il fait une révulsion active sur la peau et pousse cette révulsion ju-qu'au vésicatoire. Certains médecins, dit-il, se sont élevés contre l'application des vésicatoires aux enfants ; mais, en prenant quelques précautions, il est facile d'éviter les inconvénients inhérents à ces révulsifs, et d'autre part on en retire un tel bénéfice que je n'hésite pas à y avoir recours.

" Un enfant agité, oppressé, qui n'aura pas dormi depuis plusieurs jours aura une nuit tranquille si on applique un vésicatoire."

Il ne faut prescrire que des vésicatoires de 3 à 4 centimètres qu'on laissera en place pendant trois heures seulement ; on complète l'action par un cataplasme de fécule et on panse avec un peu de vaseline (boriquée) et une forte couche d'ouate.

On ne se bornera pas, bien entendu, à appliquer un seul vésicatoire; la méthode révulsive consiste à agir coup sur coup, chaque fois qu'il se produit des points congestifs; on pourra mettre ainsi cinq, six, jusqu'à dix vésicatoires successivement.

On devra veiller en même temps à ce que les malades soient dans de bonnes conditions hygiéniques; maintenir dans la chambre une température constante, environ 28°; entretenir une certaine humidité dans l'air en ayant de l'eau bouillante dans la pièce où le malade est couché. Il faudra autant que possible assiseoir les enfants; s'ils sont en bas âge, il y a avantage à les tenir dans les bras, la position assise facilitant la respiration.

Telle est la base de la médication; mais à côté de cela on peut avoir à remplir des indications particulières qui varieront suivant les cas.

Sous l'influence de la stase veineuse le cœur se distend, il y a des troubles du côté de la veine-porte: le pneumogastrique et les nerfs de l'intestin sont troublés dans leur fonctionnement, le ventre se ballonne, il y a ou de la constipation ou de la diarrhée; pour assurer le rétablissement des fonctions digestives il faudra avoir recours à de légers laxatifs, un peu de magnésie, 2 à 3 grammes de séné dans du lait bouillant, ou bien l'eau de chaux et des frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée.

Si les symptômes nerveux prédominent, s'il y a de l'agitation ou du délire, le Dr. Jules Simon autorise un peu de café, du champagne mélangé d'eau, ou des grogs, enfin le lavement suivant qu'il ne faudra pas craindre de répéter:

Hydrate de chloral.	0.50 centigr.	à	1 gramme.
Eau.....		60 grammes.
Teinture de musc		XX gouttes.
Teinture de valériane.....		XV gouttes.

Il est un médicament qui rendra parfois de réels services, c'est le sulfate de quinine; sédatif du système nerveux, modérateur du cœur, et régulateur de la circulation périphérique; il est en même temps tonique et antithermique, on pourra l'employer à des doses variant entre 3, 10 ou 15 centigrammes.

Le meilleur moyen pour le faire prendre aux enfants consiste à l'administrer en potion avec de la glycérine, du sirop tartrique et un peu d'eau de Rabel.

« Il vous arrivera, dit le Dr. Jules Simon, d'être appelé auprès de malades affaiblis par du kermès, de l'oxyde blanc d'antimoine de l'ipéca en lavage, médications parfois encore employées et contre lesquelles je ne saurais trop m'élever, c'est dans ces cas qu'il faudra donner l'alcool à haute dose. Vous prescrirez 30 grammes de vin de malaga pour un enfant de cinq à six mois, 50 à 60 grammes d'eau-de-vie à partir de deux ans; vous donnerez du champagne, des grogs et vous obtiendrez des résultats dont vous serez vous-mêmes étonnés.

Il est utile de surveiller attentivement la sécrétion urinaire, parce que sa suppression peut être la principale cause de la dyspnée; dans cette occurrence, il faut avoir recours à la digitale; "ne donner ni sirop, ni teinture, mais 15 centigrammes de poudre de feuilles en infusion, en trois fois dans les vingt-quatre heures; en même temps, mettez des cataplasmes sur les reins et même quelques ventouses sèches: vous verrez alors les contractions cardiaques reprendre un rythme plus régulier et la sécrétion urinaire reparaître. Toutefois, le traitement par la digitale ne doit pas être poursuivi plus de deux jours.

La broncho-pneumonie est une maladie dont la durée est toujours longue; pendant vingt jours, un mois, on aura à lutter contre de petites poussées successives; enfin le malade guérira, la fièvre aura disparu, on lui permettra de se lever; néanmoins le rôle du médecin ne sera pas encore terminé. Il lui restera à combattre un emphysème parfois très étendu, de l'atélectasie, de la congestion pulmonaire, de l'adénopathie, troubles consécutifs contre lesquels il faudra instituer un traitement approprié et de longue haleine, afin d'éviter le retour d'accidents plus ou moins graves qui pourraient compromettre les beaux résultats que l'on aura obtenus par une thérapeutique attentive et raisonnée.—*Concours médical.*

Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants, par M. E. SMITH. — Les causes de cet accident sont, d'après l'auteur, l'absence de sucre dans le lait, l'usage des farineux, ou celui de substances alimentaires dont les résidus sont abondants et encombrant la cavité intestinale. Enfin, M. Smith attribue un grand rôle à la quantité insuffisante de boissons.

De là les prescriptions suivantes. En administrant quotidiennement à l'enfant trois à quatre cuillerées de sirop de sucre on peut vaincre la première de ces variétés de constipation. Quand les urines sont concentrées, il y a lieu de prescrire quelques cuillerées d'une eau minérale alcaline. Après l'âge de dix mois, on peut éviter l'encombrement fécal de l'intestin par l'administration quotidienne d'une petite quantité de bouillon ou bien d'asperges et de choux-fleurs bouillis. Enfin, comme moyens mécaniques, l'observateur anglais recommande les frictions sur l'abdomen pour réaliser une sorte de massage.

Comme évacuants, il prescrit les lavements à la glycérine ou les suppositoires gommeux, et, pour régulariser la défécation, l'usage d'une infusion de séné et de colombo, ou bien de quelques gouttes d'une mixture à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de belladone, ou bien de teinture de belladone et d'extrait de cascara, ou bien encore de quelques grains de soufre en poudre.—*Abeille médicale.*

Danger des émanations gazeuses toxiques et influence nuisible de certaines odeurs sur les jeunes enfants.— Les jeunes enfants sont très sensibles aux émanations gazeuses toxiques et aux effluves odorants. Telle odeur, qui incommode à peine les adultes, peut influencer assez défavorablement leur système nerveux pour les rendre vraiment malades.

Pour ce qui est des gaz nuisibles, soit incapables d'entretenir la respiration et l'hématose comme l'acide carbonique, soit vraiment destructeurs des globules sanguins comme l'oxyde de carbone, s'ils se trouvent en quantité même très faible dans l'atmosphère où vit un petit enfant, ils peuvent compromettre gravement et rapidement sa santé et sa vie sans que l'entourage ait pu soupçonner la cause des souffrances de l'enfant, parce que cette cause est trop faible pour influencer les grandes personnes qui vivent avec lui.

J'ai recueilli personnellement un certain nombre de faits démonstratifs à cet égard ; mes lecteurs en garderont peut-être le souvenir, et à l'occasion leur attention sera attirée de la sorte sur des imprudences commises par les familles relativement à l'hygiène de la respiration. D'ailleurs je pense qu'il ne serait pas difficile de réunir, en feuilletant les recueils consacrés à l'hygiène et à la médecine infantile, beaucoup de faits analogues à ceux que je vais rapporter.

Je citerai d'abord des cas de véritable intoxication par les gaz délétères dégagés d'appareils de chauffage ou d'éclairage défectueux.

J'ai vu chez l'enfant d'un concierge, enfant de 10 mois, un cas de *purpura* récidivant localisé sur les membres inférieurs sous forme de petites extravasations sanguines : le teint était terreux, les muqueuses décolorées, des troubles digestifs se montraient assez fréquemment et l'enfant était habituellement engourdi dans une somnolence peu rassurante. L'examen minutieux des divers organes et appareils ne révélait ni maladie générale, ni maladie locale qui pût expliquer l'anémie, et l'enfant n'était pas mal alimenté. Les parents étaient l'un et l'autre sains et d'apparence vigoureuse. La seule dérogation évidente aux règles de l'hygiène qui pût peser sur la santé de l'enfant était relative à l'aération. Chacun fait ce qu'est une loge de concierge dans les vieilles maisons de Paris ; une première pièce ne recevant généralement de lumière et d'air que par la porte ou par un vasistas, par derrière un vrai trou noir qui ne reçoit à son tour d'air que par la première pièce. Dans cette arrière-loge se trouve le berceau dans lequel l'enfant passait une grande partie de sa vie, et à proximité du berceau se trouvait un poêle de fonte, dont les émanations me prenaient à la gorge chaque fois que j'entrais. On était alors en hiver. Je pensai qu'un certain degré d'intoxication oxycarbonique devait exister dans le cas de ce petit. Il n'était pas possible

d'obtenir que les conditions de logement fussent changées ; mais, sur mon conseil, la mère et l'enfant partirent pendant quelques semaines chez des parents dans un village voisin de Paris. Peu de temps après, l'enfant me fut montré, il n'avait plus de taches purpuriques, son teint était déjà meilleur, ses digestions n'étaient plus jamais troublées. L'hiver s'acheva ainsi ; l'enfant ne fut ré-intégré qu'au printemps dans la loge paternelle, son développement s'est fait depuis cette époque régulièrement et jamais le purpura n'a reparu.

Dans un autre cas que j'ai observé, une petite fille de quelques mois était élevée avec grand soin par une mère et une nourrice intelligentes, et une seule condition hygiénique était défectueuse. La pièce qui était dévolue à la nourrice et à l'enfant était petite et donnait sur une cour étroite, mal éclairée pendant la plus grande partie de la journée. On avait obvié à cette obscurité de la pièce par deux *becs de gaz* qu'on maintenait allumés en hiver pendant la fin de la journée et la soirée. Chaque fois que j'entrais dans cette pièce, j'étais pour ma part incommodé par la chaleur sèche et l'odeur particulière que communique à l'atmosphère la combustion du gaz dans les locaux étroits. L'enfant, qui était de bonne humeur pendant la première partie de la journée et à la promenade, devenait chaque soir maussade, agitée, s'endormait difficilement, se réveillait souvent et en sursaut avec des cris, ou même avec de longues *insomnies*. M'étant assuré que l'alimentation n'était pas plus copieuse que de raison, que l'enfant ne présentait aucune autre cause tangible d'agrypnie, je conseillai d'abord de ne plus allumer le gaz pendant plusieurs heures de la soirée comme on le faisait, et même, s'il était possible, de faire coucher l'enfant dans une autre pièce. Ici encore j'eus la satisfaction de constater que la suppression des émanations du gaz avait suffi pour faire disparaître les troubles nerveux de l'enfant.

Par ce temps où trionphent les *poêles mobiles*, on ne saurait trop attirer l'attention des familles sur les dangers que présentent pour les tout jeunes enfants (et même pour les grandes personnes), mais pour les bébés tout, ces réservoirs d'oxyde de carbone, dont la plus mince fissure peut déverser la mort dans les chambres petites comme presque toutes celles que notre bourgeoisie anglomane décore prétentieusement du nom de *nursery* ; on a pris à nos voisins le mot, mais non la chose ; car, tandis que dans les maisons anglaises bien conçues, la chambre des enfants est habituellement une pièce vaste, bien aérée, bien ensoleillée où ne se trouvent ni tentures, ni meubles superflus, dans nos appartements parisiens exigus, on n'a le plus souvent consacré aux enfants qu'un grand cabinet de toilette, où la coquetterie d'une mère amie du bibelot a accumulé une foule d'objets souvent aussi inutiles qu'élégants.

“ M. Cadet de Gassicourt, disait M. Lancereaux dans une ré-

conte clinique sur l'intoxication oxy-carbonée, a rapporté qu'un enfant de vingt-neuf jours pour lequel il était consulté présentait de la torpeur, de l'andantissement, de la somnolence et refusait les aliments. Ce médecin distingué fut d'abord embarrassé. Heureusement il eut l'idée de la possibilité de l'influence d'un poêle et constata qu'il s'agissait d'une intoxication par l'oxyde de carbone. L'enfant fut séparé du poêle et alla bien au bout de quelques jours."

L'observation suivante est aussi très significative. Une fillette de 2 ans qui est en général bien portante, mais nerveuse, avait eu un léger catarrhe aigu des premières voies respiratoires avec un peu de stridulisme; depuis 2 jours le rhume était fini, quand survint une attaque de convulsions aussi violente que rapide dans les conditions suivantes.

L'enfant était dans son berceau à moitié distance entre un poêle mobile ajusté devant la cheminée et la fenêtre.

Il était huit heures du soir et elle commençait à s'endormir; elle avait pris pour son dernier repas une petite tasse de lait doux heures auparavant, ce qui écarte toute idée d'indigestion. La mère, trouvant que l'atmosphère de la chambre est trop chaude, ouvre la fenêtre quelques minutes à peine, puis, constatant que l'air du dehors est trop froid, la referme vivement.

Dix minutes au plus après cette manœuvre, l'enfant s'éveille brusquement très rouge, s'agite, se plaint, se dresse sur son séant, puis subitement raidit ses bras, se renverse en arrière, les yeux convulsés.

La mère, épouvantée, envoie chercher le médecin le plus proche, qui constate une attaque de convulsions. L'attaque prend fin, après avoir été composée de plusieurs petits accès d'intensité et de durée décroissantes. Le confrère prescrit les moyens ordinaires; l'enfant fut d'abord transporté dans une autre pièce, puis on lui administra un lavement purgatif, qui ne ramena aucune matière suspecte. Ayant fait son interrogatoire dans le sens d'une indigestion possible, le médecin se retira en chargeant les parents de ne dire qu'il avait eu à soigner une attaque convulsive, dont la cause lui échappait complètement.

Le soin d'éclaircir la question m'incombe, puisque je suis le médecin de la famille. Mon enquête fut nulle sur tous les points sauf le suivant.

La mère, qui est fort bonne observatrice, ayant un poêle mobile qu'elle trouve commode, mais ne se dissimulant pas ses inconvénients, sait très bien reconnaître l'odeur révélatrice du reflux de gaz dans la pièce à certains moments.

Or, elle se souvenait parfaitement,—ce fut elle-même qui attira mon attention sur le fait,—qu'après avoir refermé la fenêtre restée ouverte quelques minutes seulement, elle perçut l'odeur de l'oxyde de carbone. Mais son attention fut bientôt détournée par

quelques soins de ménage et quand survinrent le réveil brusque de son enfant, l'attaque convulsive, l'arrivée du médecin, elle avait perdu le souvenir de l'émanation odorante et de l'incident de la fenêtre. Ce souvenir ne lui revint que le lendemain, alors que je la priais de me faire minutieusement le récit des circonstances dans lesquelles les convulsions s'étaient manifestées.

Voici comment, à mon sens, on peut reconstituer l'enchaînement des causes morbifiques.

L'ouverture de la fenêtre produisit, l'air extérieur étant très froid, un appel d'air en sens inverse du courant ascensionnel ordinaire des gaz de la combustion du poêle; la plaque de cheminée étant bien loin d'être hermétiquement close, je m'en suis assuré, un reflux d'oxyde de carbone se fit donc dans la chambre de la cheminée à la fenêtre ouverte, l'enfant se trouvant juste sur le trajet du courant gazeux et à bonne hauteur, dans un berceau bas.

Si la fenêtre était demeurée ouverte, l'atmosphère de la chambre se serait débarrassée rapidement de l'oxyde de carbone revenu de la cheminée; mais, la mère ayant reformé précipitamment la fenêtre à peine après l'avoir ouverte, le gaz attiré de la cheminée et répandu autour de l'enfant était demeuré là dans les couches inférieures de l'atmosphère. Peut-être en d'autres circonstances la petite fille n'eût-elle été incommodée qu'à la longue; mais elle était depuis quelques jours dans un état nerveux plus accentué qu'à l'ordinaire, sa récente esquisse de laryngite striduleuse en faisait foi. La réaction énergique, violente de son système nerveux à l'impression du gaz méphitique et toxique, revêtit la modalité convulsive. Le lendemain l'enfant était prostrée, le teint jaunâtre, les paupières un peu tuméfiées, l'appétit languissant. Mais, deux jours après, la santé était parfaite et n'a jamais été troublée depuis trois mois. Inutile de dire que dès le moment où sa culpabilité eut été soupçonnée, le poêle mobile fut exilé à la cave, d'où j'espère bien qu'il ne reviendra plus. *Et nunc crimi-*

mini... défenseurs des poêles mobiles!

Après les poêles mobiles je signale les *chaufferettes* comme capables d'altérer assez sensiblement la composition de l'atmosphère pour incommoder un enfant tout jeune, et j'ai dû plusieurs fois attirer l'attention d'une mère ou d'une nourrice sur le tort qu'elle avait de tenir ses pieds sur une *chaufferette* pendant que l'enfant était sur ses genoux.

Pour l'éclairage d'une chambre où séjourne habituellement un enfant, je pense qu'il faut préférer à tout les lampes à huile; la combustion de l'huile, si la lampe est bien construite, ne déverse dans l'air que peu de produits nuisibles, tandis que le gaz dessèche l'atmosphère, en vicie la composition par les produits de sa combustion; le *pétrole* dégage toujours une odeur, à laquelle les adultes s'accoutument, mais qui peut très bien influencer défavorablement le système nerveux de très jeunes sujets.

“ Il faut proscrire, dit J. Uffelmann, dans son excellent Traité pratique d'hygiène de l'enfance, dans les chambres où couchent les enfants les *veilleuses* qui vicient l'air, en y répandant de l'acide carbonique, et surtout les produits de combustion incomplète, des acides gras volatils, de l'oxyde de carbone, enfin du charbon en quantité telle que le matin on reconnaît à la vue, si une veilleuse a brûlé toute la nuit dans la chambre.”

Parmi les émanations qui peuvent vicier l'atmosphère on doit penser toujours à celles qui se dégagent des *fosses d'aisances*. J'ai une fois constaté une indigestion violente chez un enfant de trois ans non sujet aux troubles digestifs, une nuit que la fosse de la maison avait été vidée. L'odeur ammoniacale et sulfhydrique avait incommodé tous les habitants de la maison, mais l'enfant plus sensible en avait ressenti des effets plus accentués.

Le voisinage des *égouts* mal bouchés, par lesquels refluent des odeurs méphitiques, de certaines *cours* si *étroites* qu'elles ressemblent à des puits et dans lesquelles s'accablent toutes les *odeurs culinaires* ou *ménagères* de la maison doit encore préoccuper le médecin.

Mais voici des exemples de troubles de la santé causés chez des enfants par des ODEURS, qu'on ne soupçonne pas aussi naturellement que les précédentes et qui ne me semblent pourtant pas pouvoir être méconnues.

J'ai été consulté pour un enfant de trois mois qui, dans de bonnes conditions d'allaitement et d'hygiène générale, vomissait assez fréquemment après ses tétés, sans qu'on pût s'expliquer la cause de ses vomissements. La nourrice avait un lait de bonne apparence et assez convenable en somme pour l'enfant puisque, malgré ses indigestions inexplicables, il augmentait régulièrement. Je fis une enquête minutieuse sur les conditions dans lesquelles se produisaient ordinairement ses indigestions. En règle générale, en dehors du moment où elle lui donnait le sein, la nourrice ne gardait pas l'enfant, d'une part parce qu'elle s'employait activement aux soins du ménage, d'autre part parce que la mère, un peu jalouse de la nourrice, et la grand-mère par un sentiment de tendresse, s'emparaient de l'enfant aussitôt qu'il avait tété pour le bercer dans leurs bras ou dans son lit.

Cependant de temps en temps la nourrice conservait son nourrisson après lui avoir donné le sein, et alors le tenait étendu sur ses genoux.

L'enfant dans ces cas se plaignait généralement, s'agitait, paraissait mal à l'aise jusqu'au moment où survenait l'indigestion. J'en étais là de mes investigations et j'interrogeais la nourrice sur toutes les circonstances de nature à m'éclairer sur sa santé, la manière dont elle s'alimentait et digérait, lorsque je fus frappé de l'odeur spéciale qu'elle exhalait; c'était celle de la *sueur fétide*, bromhydrique des pieds et bromhydrique axillaire. Tournant mon

interrogatoire de ce côté, j'appris que la famille avait déjà remarqué cette désagréable infirmité chez la nourrice et qu'on lui faisait prendre des bains assez fréquents sans arriver à obtenir autre chose qu'une atténuation passagère des émanations sudorales. Je considérai dès lors comme assez vraisemblable que la respiration d'une odeur aussi écœurante pouvait bien provoquer chez le nourrisson, quand il demeurait sur les genoux de sa nourrice pendant la période de sa digestion gastrique, un état nauséux aboutissant à l'indigestion.

La thérapeutique dans cette hypothèse était nettement indiquée. Je devais traiter la bromhydrose de la nourrice. Le traitement consista à lui faire prendre matin et soir un bain de pieds de quelques minutes avec de l'eau naphtolée, suivi d'une lotion des espaces interdigitaux avec une solution alcoolique de naphtol; des lotions naphtolées étaient pratiquées aussi dans les creux axillaires, puis toutes les régions qui étaient le siège de la bromhydrose étaient saupoudrées de salicylate de bismuth. Le résultat obtenu dépassa mes espérances.

Au bout de quelques jours toute odeur avait disparu et l'enfant ne vomissait plus même quand la nourrice le conservait sur ses genoux ou dans ses bras après lui avoir donné à téter.

Les odeurs fortes aromatiques, qui se dégagent dans certains locaux par suite de la profession des habitants, ne doivent pas non plus être négligées par le médecin hygiéniste. Mon maître M. Jules Simon a relaté, dans le premier volume de ses Conférences cliniques et thérapeutiques, le cas d'un enfant qui était incommode par les émanations d'essence de térébenthine.

« J'ai observé, dit-il, chez un fabricant de porcelaine une cause de dyspepsie des nouveau-nés que je pourrais placer dans la classe des empoisonnements. C'était l'essence de térébenthine. La demeure des parents était remplie de cette odeur pénétrante, qui s'exhalait des ateliers de peinture situés en sous-sol, et tous les enfants, au nombre de trois, étaient dans le plus pitoyable état.

Le baby, âgé de deux mois environ, dormait mal, criait comme un damné et avait les solles indigérées. Je fis cesser cet état de choses sans changer de nourriture. On transporta l'enfant dans une autre habitation, et l'énervement disparut et les digestions de l'enfant se rétablirent graduellement.

Ce fait me revint en mémoire, il n'y a pas longtemps dans un cas de *céphalée* tenace chez une petite fille de quatre ans que sa mère, peintre sur porcelaine, conservait une bonne partie du jour à côté d'elle dans une atmosphère saturée d'essence de térébenthine. La mère, accoutumée depuis de longues années à cette odeur qu'elle trouve d'ailleurs plutôt agréable, et le père, qui n'entre que quelques instants chaque jour dans la pièce où travaille sa femme, n'avaient pas soupçonné que l'enfant pût s'en trouver incommode. De deux médecins consultés, le premier avait cru pouvoir

prononcer le mot de prodromes de méningite et avait jeté. on le comprend, une alarme extrême dans l'âme des parents,—l'autre réfléchissant que la céphalée durait déjà depuis longtemps sans que la méningite fût apparue, mais ayant égard à l'hérédité nerveuse maternelle et à la précocité intellectuelle de la petite fille avait parlé de céphalée hystérique. Je sais bien que l'on peut voir des symptômes d'hystérie même chez de toutes petites filles, mais dans l'espèce je me crus autorisé à penser que la cause des maux de tête tenait à la susceptibilité du système nerveux de l'enfant pour les effluves térébenthinés et conseillai de lui faire passer quelques semaines chez sa grand'mère. Quand l'enfant eut changé d'habitation, ses maux de tête disparurent comme par enchantement.—Dr. LE GENDRE in *Congours médical*.

DERMATOLOGIE.

Étude sur le purpura. par DEPLAIX.—L'auteur publie, dans la *Gazette des hôpitaux*, une étude intéressante au point de vue nosologique sur les différentes espèces de purpura. Nous résumons brièvement ce travail.

Le purpura peut se présenter sous forme de petites taches de couleur sombre, ne disparaissant pas sous le doigt ; ce sont les *pétéchies*. Elles varient d'une tête d'épingle à un diamètre d'une pièce de 20 c. ; elles ne font pas de saillie à la peau.

Quand les taches sont plus étendues, irrégulières, à bords sinueux, on les nomme *ecchymoses*. Quelquefois il se fait à leur niveau des phlyctènes, d'un liquide hématique.

On rencontre des altérations du sang, caractérisées par la diminution et la déformation des hématies, l'augmentation des globules blancs, des variations inconstantes de la fibrine, enfin il existe dans le sang des éléments anormaux, éléments embryonnaires et bactéries. Du côté de la paroi des vaisseaux, inflammations des artérioles, thromboses et embolies (Hayem) et distension énorme des capillaires du derme dans le voisinage des taches purpuriques (Cornil).

Le foie et la rate sont congestionnés, et présentent souvent des infarctus, ainsi que les reins.

Martin de Guinard (1888), après Klebs, Balzer, Ceci et Hlava, a reconnu au centre des épanchements sanguins des amas de microbes, qu'il a pu cultiver, et inoculer avec succès à des lapins.

Néanmoins ces faits ne sont pas assez nombreux pour faire considérer le purpura comme une affection univoque et cliniquement parlant, c'est un pur *symptôme*, qui appartient à plusieurs espèces morbides différentes.

1^o *Purpura rhumatoïde exanthématique*.—L'éruption s'accompagne d'une fièvre modérée ; elle occupe surtout les membres inférieurs, le bas des jambes, les malléoles, les genoux, la face interne des cuisses ; elle est souvent symétrique ; quand elle gagne les membres supérieurs on la voit au niveau des poignets et des coudes. — Simples pétéchies, quelquefois papules ortiées ; parfois œdème rosé du membre inférieur, et épanchements peu abondants dans les articulations ; enfin on peut voir apparaître les nodosités rhumatismales.

La peau n'est pas le siège unique des hémorrhagies ; il peut y avoir stomatorrhagies, enterorrhagies hématuries ; du côté de l'appareil digestif, troubles caractérisés par des vomissements, du ballonnement du ventre.

Cette forme se caractérise donc par trois ordres de symptômes : 1^o pétéchies ; 2^o arthropathies et œdème ; 3^o troubles gastro-intestinaux.

L'auteur n'insiste pas sur les causes occasionnelles ; nous l'avons vu survenir après un bain de mer, mal pris et prolongé, chez une enfant de douze ans, rhumatisante.

2^o *Purpura infectieux*.—Ce symptôme se rencontre alors dans deux circonstances différentes. Ou bien il existe à titre d'épipliénonème dans le cours de maladies confirmées : typhus, peste, fièvre jaune, scarlatine, variole et méningite cérébro-spinale, etc. Ou bien il constitue ce que l'on appelle le *purpura infectieux primitif*.

Son allure clinique est bien différente du purpura rhumatoïde. — Il peut affecter une *forme suraiguë* et tuer en quelques jours et même en quelques heures.

Le plus souvent il prend la *forme typhoïde*. Abattement, prostration, fièvre intense, délire nocturne ; diarrhée, langue sèche et fuligineuse ; la rate est grosse ; il y a souvent de l'albuminurie.

Les hémorrhagies à la peau et par les muqueuses sont très abondantes. Cette forme est ordinairement mortelle.

Enfin le purpura infectieux peut revêtir une *forme pseudo-rhumatismale*. Mais l'état général, les anamnétiques, la marche de la fièvre, viennent séparer les deux espèces morbides.

Comme complication des vastes épanchements sanguins, se présente très souvent la gangrène.

3^o *Maladie de Werlhof*.—(Morbus maculosus).

Pas de fièvre, pas de malaise prodromique ; l'affection débute par une hémorrhagie ordinairement légère ; épistaxis ou stomatorrhagie. Les pétéchies apparaissent ensuite plus ou moins nombreuses et envahissent les jambes, les cuisses, le tronc, les membres supérieurs ; la face reste indemne.

Puis survient souvent des hémoptysies ; l'amélioration se fait rapidement et la guérison a lieu du huitième au quinzième jour.

Néanmoins la maladie de Werlhof peut devenir mortelle rapi-

dement, soit par l'abondance extrême des hémorrhagies, soit par les localisations de l'épanchement sanguin (hémorrhagie cérébrale, par exemple).

5° *Purpura neuropathique*.—On a rencontré dans le cours de la sciatique, du tabès, des myélites transverses de la méningite cérébro-spinale, des hémorrhagies cutanées, qui sont évidemment sous la dépendance du système nerveux; mais alors l'éruption n'est pas généralisée, elle est irrégulière, apyrétique et ne présente pas la marche clinique de la maladie de Werlhof.

5° *Purpura cachectique*.—Cette affection s'observe dans le cours des maladies lentes et progressives: cancer, tuberculose, lymphadénie, affection du foie, des reins, des intoxications lentes.

Les pétéchies sont alors disséminées, occupent surtout les membres inférieurs et se disposent au pourtour des follicules pileux (peau anserine).

6° *Purpura toxique*.—Après l'injection de certains médicaments, mercure, belladone, ergot-de-seigle, copahu, préparation iodique, il peut apparaître des éruptions purpuriques, sans gravité d'ailleurs.

7° *Purpura mécanique*.—A la face, dans le cours d'une coqueluche violente, dans l'attaque d'épilepsie, chez les variqueux, dans les cardiopathies mal compensées, on peut observer un purpura véritablement mécanique. Il tient alors à des ruptures capillaires, sous l'influence d'une tension exagérée dans l'arbre veineux.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Traitement de l'ecthyma, par A. RENALT.—Aujourd'hui, le traitement de l'ecthyma est dominé par la notion récemment acquise de l'inoculabilité de la pustule aux régions voisines. Jadis, la durée de cette affection était démesurément longue en dépit des topiques les plus divers. Actuellement, elle disparaît en quelques jours, grâce à l'isolement de chaque pustule.

Voici comment il faut procéder :

Médication externe.—Appliquer des cataplasmes émollients, jusqu'à ce que les croûtes qui recouvrent les pustules soient tombées. Après la chute des croûtes, recouvrir chacun des ulcères sous-jacents d'une petite rondelle d'empâtre de Vigo que l'on ne doit changer que tous les trois jours, à moins que la suppuration ne la décolle plus tôt. Le bourgeonnement et la cicatrisation s'effectuent très vite sous cet opercule.

Régime et médication interne.—Prescrire au malade un régime analeptique, composé de viande saignante, de légumes verts et de vins généreux. Il sera utile d'y joindre, dans la plupart des cas, des préparations de fer ou de quinquina. Car il ne faut pas oublier que les individus atteints d'ecthyma sont souvent des cachectiques et tout au moins des débilisés.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Antithermique.—Love.

R.—Antifébrine	2 scrupules
Alcool.....	2 drachmes
Glycérine.....	1 “
Eau de cannelle	1 once
Sirop simple	3 drachmes

M.—Dose : Une ou deux cuillerées à thé toutes les 2 ou 4 heures.—*Physician and Surgeon.*

Rhumatisme articulaire aigu.—Da Costa.

P.—Nitrato de potasse.....	1 once
Sulfate de morphine.....	2 grains
Eau distillée.....	1 livre

M.—En compresses sur les articulations.—*College and Clinical Record.*

Sciatique.—Da Costa.

P.—Teinture de colchique....	15 gouttes
Iodure de potassium.....	10 grains
Teinture de gingembre.....	10 gouttes
Sirop.—Eau à p. é. pour	2 drachmes

M.—Dose : A prendre dans de l'eau trois fois par jour entre les repas. En outre on applique sur le trajet du nerf une lisière de vésicatoire.

Vomissements.

P.—Créosote	20 gouttes
Acide acétique.....	11 “
Sulfate de morphine	2 grains
Eau.....	2 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures.—*Physician and Surgeon.*

Calculs biliaires.—Bartholow.

P.—Phosphate de soude.....	
Sulfate de soude.....	à p. é. ½ drachme

A prendre trois fois par jour dans de l'eau chaude. En sus 1/20 grain d'arséniate de soude trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Coqueluche.—Estape.

P.—Résorcine pure.....	2 grammes
Alcool éthylique.....	5 “
Glycérine pure.....	15 “

M.—Appliquer sur le pharynx et le larynx avec un pinceau toutes les 3 heures.

Rhinite aiguë. — Sajous

P.—Cocaïne	1/16 grain
Acétate de morphine.....	1/8 “
Talc pulvérisé	2 grains
Bismuth.....	4 “

M.—A priser toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Rhinite catarrhale chronique. — Cozzolino.

1o P.—Alun pulvérisé	
Borax.....	ââ 30 grains.
Menthol.....	3 “
Tannate de zinc.....	
“ de bismuth.....	ââ 45 “
Lycopode	2 drachmés

M.—A priser.

2o P.—Salicylate de zinc	
Tannate de bismuth.....	ââ 1 drachme
Borax	30 grains
Salol.....	23 “
Talc pulvérisé	2 drachmes

M.—A priser.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

Toux opiniâtre. — Deck.

P.—Muriate de cocaïne	2 grains
Sulfate de morphine	1 1/2 “
Extrait liquide de réglisse.....	
Glycérine	ââ 20 minimes
Eau q. s. pour.....	4 onces.

M.—Dose : Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.—*Therapeutic Gazette.*

Toux brightique. — Waugh.

P.—Chloroforme.....	1/2 drachme
Acide benzoïque	1/2 “
Acétate de potasse	1 once
Eau q. s. pour	6 “

M.—Dose : Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.—*Pacific Record.*

Papier antiseptique.

On imprègne du papier à filtrer à l'aide de la solution suivante :

Eau distillée, bouillie et refroidie	1000 grammes
Sublimé corrosif.....	20 “
Glycérine pure.....	50 “

On fait ensuite sécher ce papier, qui peut être conservé indéfiniment dans le portefeuille. On l'applique sur les blessures et l'on fixe au moyen d'une bande.—*Journal de médecine de Bruxelles.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, AOUT 1889

BULLETIN.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

ASSEMBLÉE TRIENNALE

L'assemblée triennale du Collège a eu lieu le 10 juillet, dans la salle des promotions de l'Université-Laval, à Québec. Le président, M. le Dr Hingston, prend le fauteuil à 10 heures, assisté de ses côtés l'hon. Dr J. J. Ross, vice-président pour Québec, et J. L. Leprohon, vice-président pour Montréal, les Drs A. G. Belleau et F. W. Campbell, secrétaires, E. P. Lachapelle, trésorier, et Léonidas Larue, régistrier.

Sont présents les Drs Z. Giasson, L. Catellier, R. F. Rinfret, M. P. P., Arthur Potvin, C. E. Lemieux, sr., Jos. E. Bolduc, J. P. Boulet, V. S. Lefrançois, C. E. Lemieux, jr., Chas. A. Vergé L. J. A. Simard, Arthur Robitaille, M. J. Ahern, J. A. Morin, Wm. Verge, Chas. Gingras, C. S. Parke, Arthur Watters, F. R. Rinfret, E. A. de St Georges, M. P., A. Marois, J. P. Lavoie, de Québec; J. P. Rottot, L. A. Demers, L. E. Desjardins, Geo. Ross, T. A. Rodger, J. M. Beausoleil, A. Dagenais, F. C. T. Lamoureux, R. Craik, Alexandre Germain, de Montréal; E. Roy, St. Ephrem de Tring; Chas. Clément, Baie St. Paul; P. E. Lemieux et P. M. Guay, M. P., St. Romuald; J. M. McKay, Ste. Foye; J. B. Gibson, Cowansville; Jos. Lippé, St. Ambroise de Kildare; G. A. Bourgeois, Trois Rivières; Frs. Langlais, Trois-Pistoles; J. H. L. St. Germain et Gaspard Turcot, St. Hyacinthe; F. J. Austin, Sherbrooke; Thos. Larue, Compton; hon. H. A. Pâquet, St. Catharines; H. A. Mignault, St. Hyacinthe; E. P. Chevreuil, Somerset.

Les minutes de la dernière assemblée semestrielle tenue à Montréal le 8 mai 1889, de l'assemblée triennale tenue à Montréal le 14 juillet 1886, et de celle du Bureau provincial de médecine tenue le même jour au même endroit, sont lues et adoptées.

Sur motion du Dr Campbell, secondé par l'hon. Dr Pâquet, ce rapport est adopté.

Sur motion du Dr Campbell secondé par le Dr Craik, des remerciements sont votés au Dr Lachapelle pour la manière habile dont il a rempli les fonctions de trésorier pendant les neuf dernières années.

Avant de procéder à l'élection des quarante nouveaux Gouverneurs du Collège pour les trois années prochaines, les scrutateurs suivants sont nommés : Drs C. E. Lemieux sr, L. Larue, Chevretils, Gibson, Pâquet, Mignault, Rodger et Beausoleil.

La votation a lieu jusqu'à midi, et il y a suspension des procédures jusqu'à deux heures. A midi, les scrutateurs procèdent au dépouillement du scrutin, et à 3.10 heures ils présentent leur rapport, qui donne le résultat de l'élection comme suit :

Cité de Québec.—R. F. Rinfret, 205 voix ; L. Larue, 205 ; C. S. Parke, 206 ; A. G. Belleau, 206 ; A. A. Watters, 204 ; E. A. de St-Georges, 156.

District de Québec.—M. P. Guay, 206 ; Côme Rinfret, 200 ; R. Fiset, 203 ; L. H. Labrecque, 200 ; L. T. E. Rousseau, 204 ; P. E. Grandbois, 197 ; A. Morisset, 197.

District de Trois-Rivières.—Hon. J. J. Ross, 205 ; E. C. P. Chevretils, 200 ; F. Trudel, 129.

Cité de Montréal.—T. A. Rodger, 206 ; J. M. Beausoleil, 148.

District de Montréal.—Hon. A. H. Pâquet, 156 ; Philémon Lamberge, 156 ; J. O. Mousseau, 144 ; J. H. L. St-Germain, 143 ; J. Lippé, 141 ; H. A. Mignault, 130 ; hon. Dr Marsil, 121 ; Jules Prévost, 82 ; J. B. Gibson, 61.

District de St-François.—Drs F. J. Austin, F. Paré et Thomas Larue.

Bureau Provincial de Médecine.

Le nouveau Bureau se réunit de suite. Etaient présents : Les nouveaux gouverneurs : R. F. Rinfret, L. Larue, Parke, Belleau, Watters, St-Georges Guay, J. J. Ross, Chevretils, Rodger, Beausoleil, Pâquet, St-Germain, Lippé, Mignault et Gibson.

Le président, le Dr Hingston, a présenté son rapport qui a été adopté à l'unanimité.

Les représentants des universités ont ensuite été nommés comme suit :

Université McGill.—Drs. Craig et Geo. Ross.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.—Drs Hingston et Desjardins.

Université Laval, Québec.—Drs Lemieux et Simard.

Collège Bishop.—Drs Campbell et Perrigo.

Université Laval, Montréal.—Drs Rottot et Dagenais.

On procède alors à l'élection des officiers, les Drs Dagenais et Geo. Ross étant nommés scrutateurs.

Président.—Hon. Dr. J. J. Ross.

Vice-présidents.—Drs R. F. Rinfret et Gibson.

Trésorier.—Dr Dagenais.

Secrétaires.—Drs Campbell et Belleau.

Régestraire.—Dr. L. Larue.

On procède ensuite à l'élection des examinateurs pour l'examen préliminaire.

Le Dr Dagenais, secondé par le Dr Parke, propose que les professeurs Verreau, Laflamme, Howe et Petry, soient nommés.

Il est proposé en amendement par le Dr Chevretils, secondé par le Dr Desjardins, que MM. les abbés Baril et Ouellette soient nommés à la place de MM. Verreau et Laflamme.

Le scrutin donne le résultat suivant : Verreau, 16 voix ; Laflamme, 16 ; Baril, 9 ; Ouellette, 11 ; Howe, 26 ; Petry, 26.

Les assesseurs suivants sont ensuite nommés :

Laval, Québec—Drs Sewell et Garneau.

McGill—Drs Austin et P. E. Mignault.

Laval, Montréal—Drs Marsil et Gibson.

Victoria—Drs Angus Macdonnell et O. Raymond.

Bishop—H. A. Mignault et Rodger.

Les Drs F. C. T. Lamoureux, F. Murray et O. Raymond et M. Louis Archambault, de Montréal, les Drs J. E. Bolduc, de Québec, et J. Emile Fortier, de Lyster, font application pour la place d'agent collecteur du Collège en remplacement de M. C. E. Lamirande, qui a donné sa démission.

Il est proposé par le Dr Dagenais, secondé par le Dr Simard, que le Dr Lamoureux soit nommé.

Proposé en amendement par les Drs de St-Georges et L. Larue, que le Dr Bolduc soit nommé.

Proposé en sous-amendement par les Drs Campbell et Parke, que ces applications soient référées à un comité composé des Drs Hingston, Dagenais, Geo Ross, Marsil et Campbell.—Adopté par 19 contre 4.

Des remerciements sont ensuite votés au Dr Hingston, président, et aux autres officiers sortant de charge, et à l'Université Laval, pour l'usage de ses salles.

Le Dr Hingston est chargé de continuer les démarches commencées pour en venir à établir la réciprocité d'enregistrement médical entre l'Angleterre et la province de Québec.

La séance est levée à 4.30 heures et ajournée au mercredi, 25 septembre prochain.—*Officiel.*

Il est facile de voir que la réunion triennale a été fort paisible. Le Collège n'a été appelé à se prononcer sur aucune question se rapportant aux intérêts généraux de la profession. L'élection e eu lieu et c'est tout. Tous les amendements, réformes, etc., à introduire dans notre législation médicale sont laissés au nouveau

Bureau qui, sans doute, s'en occupera au premier moment et à la satisfaction générale. Qu'on n'oublie pas que la tâche est rude et qu'il y faut mettre de l'entente et de la bonne volonté.

* * *

C'est avec un très sincère et très vif regret que nous enrégistrons la départ de M. le docteur E. P. Lachapelle du Bureau provincial de médecine. M. le docteur Lachapelle ayant informé ses collègues de la Faculté de médecine (Université Laval, Montréal) de sa détermination bien arrêtée de ne plus faire partie du Bureau, ceux-ci ont dû le remplacer par un autre. Nous croyons exprimer ici le sentiment général de la profession en regrettant la détermination prise par M. le docteur Lachapelle, et en le remerciant pour tout ce qu'il a fait pour le Collège et pour le bien-être de la profession en général. M. Lachapelle a rendu au Collège des services que celui-ci ne doit pas oublier ; nous signalerons les faits suivants. Quand il fut nommé trésorier en 1878, la caisse du Collège était absolument vide. On ne tenait pas de livres et il n'y avait pas l'ombre de quittances pour les sommes payées ; au fait il devenait impossible de se rendre compte de l'argent reçu depuis l'incorporation du Collège, non plus que de la source de ses revenus et du but de leur emploi. En remettant la trésorerie à son successeur, M. le Dr Lachapelle laisse en caisse \$4,672.14, des livres de comptes régulièrement audités et des reçus pour toutes sommes payées.

C'est M. le Dr Lachapelle qui en 1876, a pris l'initiative de la nouvelle loi médicale donnant à chaque médecin licencié le droit d'être membre du Collège et rendant obligatoire un examen devant un Bureau spécial pour l'admission à l'étude, et depuis, en 1879 et en 1882, il a pris une part active à la refonte de cette loi pour la rendre plus efficace.

A la suite des résolutions adoptées aux assemblées triennales de 1883 et 1886, M. le Dr. Lachapelle a pris l'initiative d'un nouveau projet de loi donnant à chaque district le droit d'élire ses représentants au Bureau, établissant un Bureau central d'examen pour l'admission à la pratique, donnant les pouvoirs nécessaires au Bureau pour faire respecter l'honneur de la profession par ses membres et pour sévir avec succès contre les charlatans. C'était là, aussi, on s'en rappelle, le programme de l'UNION MÉDICALE. Ce projet de loi, après avoir été préparé et adopté à l'unanimité par un comité composé de représentants des universités et de la profession et avoir été adopté à une assemblée régulière du Bureau, fut attaqué et combattu par ceux-là même qui l'avaient préparé et adopté, c'est-à-dire par les représentants des universités, et, grâce à l'indifférence des autres membres du Bureau et de la profession, il fut renvoyé par le comité de la Législature, sans avoir été soumis à discussion, clause par clause, comme cela aur it dû se faire, et

la profession fut laissée sans réformes. Si ce dernier acte de M. le Dr. Lachapelle comme membre du Bureau, n'a pas été couronné de succès, il pourra sans nul doute s'en consoler en songeant qu'il avait travaillé pour le bien de la profession et que c'est la profession elle-même qui a refusé l'aide qu'on lui offrait et les avantages qu'on voulait lui procurer. Nous souhaitons au nouveau Bureau que chacun de ses membres déploie toujours, dans la défense des intérêts de la profession et du Collège, tout le zèle et tout le désintéressement dont a fait preuve M. le Dr. Lachapelle pendant toute la durée de son mandat.

* * *

M. Lamirande n'a pas encore de successeur, et les charlatans pourront s'en donner durant l'*interim*. Quelqu'un a suggéré de nommer un agent par district, cet agent, devant s'occuper uniquement des affaires de son district, serait naturellement plus en mesure de veiller de près à nos intérêts. Nous n'y avons pas d'objection. Peu importe le mode choisi, pourvu qu'il soit efficace et que nous soyons protégés.

Questions de déontologie.

Si le nouveau Bureau des Gouverneurs, tout en s'occupant d'aller en guerre contre les charlatans, de légiférer sur l'admission à l'étude et la pratique de la médecine etc., voulait bien, en passant, s'occuper un peu de notre pauvre code de déontologie, il ferait à coup sûr une œuvre qui ne serait pas sans mérite. Il est des médecins qui oublient trop, malheureusement, les devoirs qui les lient à la profession, au public, à leurs confrères, à leurs malades, et auxquels il est bon de rappeler, de temps à autre, qu'on se doit certains égards entre praticiens, et que la profession médicale n'est pas une corporation où la concurrence puisse s'assimiler à celle qui divise entre eux les épiciers ou les marchands de nouveautés.

Le 25 septembre 1878, le *Bureau Provincial de Médecine* adoptait un *Code d'Etiquette (?) médicale* au cours duquel nous lisons :

“ Il est dérogatoire à la dignité de la profession de se servir des
 “ annonces publiques, des cartes privées ou affiches, pour appeler
 “ l'attention des personnes affectées de certaines maladies, offrant
 “ publiquement des conseils et des remèdes gratuits aux pauvres ou
 “ promettant une guérison radicale; ou de publier des cas et
 “ opérations dans les journaux ou de souffrir que l'on fasse de
 “ telles publications; d'inviter les laïques à être présents aux
 “ opérations; de vanter ses guérisons et ses remèdes; de produire
 “ des certificats d'habileté et de succès ou de faire aucun autre
 “ acte semblable.

“ Il est également contraire à la dignité professionnelle
 “ d'administrer un *nostrum* ou remède secret..... Les médecins
 “ ne doivent pas non plus donner des certificats attestant l'effica-
 “ cité d'une invention ou de médecines secrètes, et ils doivent
 “ s'opposer de toutes manières à leur usage.”

S'il existait une pénalité quelconque contre tous ceux qui violent plus ou moins ouvertement les clauses précitées, le nombre des condamnés ne serait pas petit. En effet, serait reconnu coupable celui qui fait distribuer de porte en porte de petites circulaires où il est dit que M. le docteur X. X. Z., se servant d'un nouveau (*sic*) procédé pour faire les accouchements, procédé grâce auquel les douleurs de l'enfantement disparaissent complètement, engage ses patients à l'avertir trois semaines ou un mois à l'avance afin qu'il les prépare mieux à cet accouchement sans douleur; coupable aussi celui qui offre des consultations gratuites pour les pauvres, tous les lundis et vendredis; coupable également celui qui, dans un document judiciaire devenu public, déclare avoir perfectionné à tel degré l'art des accouchements, qu'il a acquis, au moyen des procédés ainsi découverts, une grande réputation, que la méthode susdite est ignorée de la plupart des praticiens, fait l'objet d'observations et de commentaires, et a pu et a dû créer un certain sentiment d'inquiétude et de jalousie parmi ceux des médecins qui voient prospérer la clientèle de l'inventeur en question; coupable aussi celui qui laisse complaisamment les journaux politiques de sa localité se faire l'écho et le porte voix de ses succès au moyen d'entrefilets ainsi conçus: “ Madame Z. étant, hier, à balayer le seuil de sa porte, a fait un faux pas, est tombée et s'est fracturé la jambe droite. M. le docteur Y. appelé en toute hâte a prodigué ses soins les plus empressés à Mme Z. qui va déjà beaucoup mieux.”

“ —Monsieur V. de St. N. est récemment venu à la ville pour se faire opérer d'un lipôme dangereux dont il souffrait depuis un an. L'opération, faite par le docteur Y. a parfaitement réussi”; coupable celui qui, appelé auprès d'un malade dont le médecin ordinaire vient d'être congédié, se permet sur le compte de celui-ci les remarques suivantes: “ Quoi! c'est *un tel* qui vous traitait? Il est bon médecin sans doute, mais encore un peu jeune! trop jeune! Voyez-vous, monsieur, il faut avoir comme moi passé en Europe cinq ou six ans (!) au milieu des célébrités médicales, pour avoir ce que c'est que les malades. Si vous m'aviez fait appeler plus tôt, vous seriez déjà sur pied; coupable enfin, celui qui fait insérer dans les journaux politiques la carte suivante: *Aux malades.*—

“ Le docteur A. s'occupe spécialement des maladies chroniques et traite avec le plus grand succès les tumeurs de toute nature, les maladies de la figure [!] du nez, de la bouche, du gosier, du sein et de la matrice, en peu de temps et sans opération etc, etc.”

Nous n'en finirions pas si nous voulions nous donner la peine de

relever les détails d'une semblable statistique. Les faits abondent, et il en est qui ne sont pas jolis. En France ou en Angleterre, un médecin qui prendrait de semblables libertés serait immédiatement mis au ban de l'opinion et perdrait du coup toute l'estime que lui portaient ses confrères. Ici c'est à qui en ferait plus pour attirer l'attention du public et les faveurs—toujours très faciles—de la clientèle. Un médecin haut placé avec qui nous causions de ces choses, nous disait l'autre jour : “ *C'en est écœurant !* ” Le mot est gros, si l'on veut, et celui qui l'a laissé tomber n'a pas l'habitude d'exprimer sa pensée aussi énergiquement... Mais l'expression rend bien le sentiment d'intime répulsion éprouvée par la très grande majorité de la profession en face de semblables écarts.

Un élixir de longue vie.

M. le professeur Brown-Séguard vient de communiquer à la *Société de Biologie* quelques notes des plus curieuses au sujet des propriétés toniques du...*liquide testiculaire*. Oui, c'est bien cela ! Le testicule serait, d'après l'illustre professeur du Collège de France, le laboratoire où se sécréterait le fluide vital par excellence : le sperme, et en injectant, chez l'homme comme chez les animaux, un liquide obtenu par le mélange d'eau et de sang recueilli dans les veines spermatiques et de glandes testiculaires broyées, il a obtenu une augmentation considérable des forces. Ayant opéré sur lui-même, M. Brown-Séguard se sent rajeuni ! La puissance musculaire qui s'était affaiblie chez lui depuis une dizaine d'années a notablement augmenté depuis le début du traitement, l'intestin paresseux a recouvré plus de force et l'expulsion des matières se fait aujourd'hui sans effort, le jet urinaire a acquis plus d'intensité, le travail intellectuel est devenu plus facile. En résumé l'organisme tout entier a reçu une vitalité nouvelle !

Il s'agit maintenant de reprendre à nouveau les expériences de M. Brown-Séguard afin de les infirmer ou confirmer, suivant le cas. Si l'on en croit ce qui précède, le liquide testiculaire détrônerait vite l'huile de foie de morue, les ferrugineux et autres toniques reconstituants, et les testicules des animaux châtrés pourraient être utilisés dans ce but. Il y a là, pour les pharmaciens entreprenants, toute une belle occasion de faire fortune en nous bâtissant quelque élixir de longue vie auquel on pourrait donner le nom de *Extractum testiculi liquidum* (non-officinal) ou *Liquor de jeunesse* !

Tout de même, badinage à part, la *Société de Biologie* est saisie de la question, et des expériences sont à se faire. M. Brown-Séguard est tellement pénétré de la valeur tonifiante du liquide testiculaire qu'il a été jusqu'à recommander à deux malades la

masturbation, mais la masturbation incomplète, non poussée jusqu'à l'éjaculation, afin de provoquer une sécrétion plus abondante de sperme, lequel, n'étant pas éjaculé au dehors, se réabsorbe et agit à la manière d'un *auto tonifiant*. Le résultat a pu être satisfaisant, mais le moyen nous semble diablement scabreux !

* * *

On parle avec éloges, en ce moment, du traitement de la teigne tonsurante (*tinea tonsurans*) par la créosote, d'après le procédé suivant: Tous les cheveux sont coupés ras, les points malades spécialement, aux ciseaux courbes, après un lavage avec une macération de baies de saponaire (un lavage à l'aide du savon phéniqué fera tout aussi bien). La tête bien séchée reçoit une friction générale avec une pommade de:

Lanoline...	30	parties
Eau.....	20	"
Créosote...	10	"

Les points malades sont ensuite touchés avec de la créosote pure, à l'aide d'un bouchon chargé fréquemment en retournant la fiole, ou d'un tampon d'ouate.

M. le docteur TRAHUT, d'Alger, qui recommande la méthode, a obtenu, dans un cas, une guérison définitive en huit jours, après deux applications seulement. Il va sans dire qu'ici la créosote agit comme antiseptique et possède le grand avantage de ne pas exposer à l'empoisonnement par absorption cutanée comme on peut le craindre avec l'acide phénique et les préparations mercurielles.

* * *

Partant de ce principe que le *viburnum prunifolium* est pour ainsi dire le sédatif par excellence de l'utérus, M. le docteur R. L. HINTON (*Therapeutic Gazette*) en recommande l'emploi dans tous les cas où la femme approchant l'époque où elle doit accoucher, des douleurs se déclarent prématurément. Chaque fois que l'auteur l'a employé, le *viburnum* a produit une sédation rapide et efficace de la douleur; jamais il n'a observé d'hémorrhagie consécutive. L'auteur se sert d'une teinture concentrée de la racine à dose d'une cuillerée à thé. Dans des cas analogues, le chloral et l'antipyrine nous ont tour à tour donné de bons résultats.

M. Sylva Clapin offre en vente le **Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales**, de DECHAMBRE, pour la somme relativement modique de trois cents dollars, payables en trente mois, soit dix dollars par mois, l'ouvrage entier étant livré immédiatement. Le dictionnaire de Dechambre comprend cent volumes in-8o et se vend actuellement, à Paris, \$240.00. Nous recommandons cette *occasion unique* à l'attention sérieuse de tous nos lecteurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HIRST.—*A System of Obstetrics by American Authors*, edited by Barton Cooke Hirst, M.D., Volume II, illustrated with 221 engravings on wood. Philadelphia, Lea Brothers & Co 1889. Octavo-royal de 854 pages. Les sujets traités dans ce volume sont les suivants :

10. Maladies et accidents du travail, par Théoph. Parvin, M.D., L. L. D.
20. Le forceps. Embryotomie, par Edw. P. Davis, A.M., M.D.
30. L'accouchement provoqué, par James C. Cameron, M.D.
40. La version, par James C. Cameron, M.D.
50. L'opération césarienne, la symphysiotomie, la laparo-élytotomie et la laparo-cystectomie, par Rob P. Harris, A.M., M.D.
60. L'infection puerpérale, par Henry J. Garrigues, A. M., M.D.
70. L'inflammation du sein et les maladies analogues en rapport avec l'enfantement, par Henry J. Garrigues, A. M., M. D.
80. L'Étiologie de la fièvre puerpérale, par Harold, C. Ernest, M. D.
90. Sur quelques complications de l'état puerpéral indépendantes de l'infection septique, par Barton Cooke Hirst, M. D.
100. De la folie et des maladies du système nerveux chez la femme enceinte, par James Hendric Lloyd, A. M., M. D.
110. Des soins à donner au nouveau né et de ses maladies, par J. Lewis Smith, M. D.
120. Des maladies chirurgicales de la première et de la seconde enfance, par Stephen Smith, A. M., M. D.
130. Anomalies congénitales de l'œil, par G. E. De Schweinitz, M. D.

Ce volume complète le magnifique ouvrage encyclopédique publié par la célèbre maison Lea Brothers, de Philadelphie: "*American System of Obstetrics & Gynecology*," en quatre forts volumes octavo royal, dont deux sont consacrés à la gynécologie et deux à l'obstétrique. Le premier volume parut à la fin de l'année 1887, le dernier au commencement de juillet de l'année courante, le tout en moins de deux ans, fournissant ainsi un état détaillé des connaissances du jour.

Le "*American System of Gynecology*," qui comprend près de 2,000 pages, 7 chromolithographies et 362 gravures sur bois, a été publié sur la direction du Dr Matthews D. Maun, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Buffalo, et les 33 chapitres dont il se compose sont autant de monographies écrites par

les professeurs et les gynécologistes les plus éminents des États-Unis. Le professeur Mann a eu pour but de donner un exposé complet de la gynécologie américaine fourni par les maîtres de l'art. En référant à nos bulletins bibliographiques d'août 1887 et de novembre 1888 on y verra le nom des maîtres qui se sont identifiés avec les progrès de la gynécologie américaine et qui sont les autorités du jour.

L'ordre suivi est à peu près le même que dans les traités classiques; l'ouvrage débute par une "Esquisse historique de la gynécologie américaine" de la plume du professeur Jenks, de Détroit, et se termine par un chapitre sur les Déplacements de l'utérus par le Dr. Harrison, de New-York. Mais tandis que les traités classiques sont forcément concis et sobres de détails, le genre encyclopédique, dont chaque article est une monographie, œuvre d'un spécialiste, se prête aux développements les plus complets et donne un exposé complet de chaque sujet. C'est ce qui fait du "American System of Gynecology" l'ouvrage le plus complet qui existe sur le sujet.

Le "American System of Obstetrics" se compose aussi de deux volumes formant près de 1,700 pages et contenant une chromolithographie et 530 gravures sur bois. Il a été publié sous la direction du Dr. Barton Cooke Hirst, professeur conjoint d'obstétrique à l'Université de Philadelphie. Basé sur les mêmes principes que l'ouvrage précédent, les chapitres se suivent dans l'ordre naturel et chacun d'eux est l'œuvre d'un spécialiste. Notre bulletin bibliographique de juillet 1888 contient la liste des auteurs qui ont contribué au premier volume de cet ouvrage et la table des matières qui y sont traitées. Depuis l'histoire de l'obstétrique et l'évolution jusqu'aux anomalies et aux maladies congénitales et acquises du nouveau-né, tout a trouvé place et a été traité de main de maître et avec tous les détails requis, dans ce splendide ouvrage qui constitue avec le précédent un véritable monument national.

Quant à la partie matérielle de l'ouvrage, on croirait que la maison Lea Brothers a voulu surpasser l'excellence et le fini d'exécution qui lui a valu sa réputation: typographie, reliure et papier tout est irréprochable et défie la critique la plus exigeante.

"L'American System of Obstetrics and Gynecology" est tout une bibliothèque et doit trouver place parmi les livres de tout médecin soucieux de se tenir au courant des progrès de la science.

Cyclopedia of the diseases of children, medical and surgical, the articles written especially for the work by American, British and Canadian authors.—Edited by John M. KEATING, M. D.—Vol. I, General subjects.—Fevors and miasmatic diseases.—Philadelphia, J. B. Lippincott & Co., Editors, 1889.

Dans ce siècle d'encyclopédies une encyclopédie sur les maladies des enfants avait sa place toute trouvée et l'on peut

dire que c'est une des plus utiles. Rares sont les traités spéciaux concernant les maladies des enfants, rares aussi les revues affectées à ce sujet spécial. En publiant le présent ouvrage, M. le docteur Keating a fait plus et mieux que combler une lacune. Il a rendu à la profession un service dont nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance. L'ouvrage entier comprend quatre gros volumes in-8^o de 1,000 chacun, illustrés, avec autant de goût que de profusion, de gravures sur bois et de chromolithographies. Le prix varie de cinq à sept dollars par volume suivant la qualité de la reliure.

Le volume I, que nous avons sous les yeux porte une introduction du professeur Jacobi, une autorité en pédiatrie. Parmi les sujets généraux nous mentionnerons particulièrement les articles: *Diagnostic*, par Finlayson, de Glasgow; *Impressions maternelles*, par Dabney; *Des soins à donner à l'enfant après la naissance*, par Penrose; *Diète infantile, sevrage, dentition*, etc., par Rotch Parrish Dornig, etc.; *Puberté*, par More-Madden, de Dublin. Les noms seuls des auteurs sont un éloge de chaque chapitre. La seconde partie, traitant des fièvres et des inflammations, nous présente entre autres des articles fort bien faits par Wilson (*fièvre typhoïde*); J. Lewis Smith (*fièvre cérébro-spinale et diphtérie*); Blackader, de Montréal, (*Variole*, Waxham (*Rougeole*), Cheddle (*Rhumatisme*) et un chapitre de Bartholon sur la *thérapeutique générale des maladies infantiles*. En tout, quarante articles des mieux élaborés, chaque article constituant une monographie complète sur chaque sujet. La clarté et la concision du style rehaussent singulièrement l'érudition du texte et contribuent à rendre plus attrayante la lecture de sujets parfois arides par eux-mêmes.

L'encyclopédie de M. le Dr. Keating, a sa place marquée d'avance dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent à cette partie de la pathologie et nous engageons nos confrères à faire bon accueil à M. J. H. P. Kenyon qui est l'agent autorisé des éditeurs et avec lequel on peut communiquer directement en s'adressant au No. 19 rue Brunswick, Montréal. L'ouvrage ne se vend que par souscription.

H. E. D.

OZANAM.—*La circulation et le pouls*. Histoire, Physiologie Séméiotique, Indications thérapeutiques, par Ch. Ozanam, avec 4 portraits et 493 figures intercalées dans le texte.

Librairie J. B. Baillière et fils. Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard St Germain, Paris, 1886. Octavo-royal de 1,060 pages.

L'auteur a divisé son ouvrage en cinq parties.

1^{re} partie.—Histoire de la circulation du sang.

2^{me} partie.—Physiologie générale.

3^{me} partie.—Les instruments enregistreurs. La pulsation étudiée au sphygmographe.

4^{me} partie.—Physiologie du pouls.

5^{me} partie.—Séméiotique du cœur et du pouls.

Dans la 3ème partie, l'auteur décrit tous les instruments enregistreurs depuis celui de Ludwig jusqu'aux deux modèles dont il est lui-même l'inventeur. Du reste, chaque partie comporte tous les détails dont elle est susceptible. Cet ouvrage est, croyons-nous, le plus complet qui ait été écrit sur le sujet.

NUNÈS.—*De la lobéline dans la thérapeutique de l'asthme*, par le docteur SILVA NUNÈS, une brochure de 36 pages in-8, Rio de Janeiro, 1889.

Asile d'aliénés de Québec, exercice 1887-88.—Quarante-troisième Rapport annuel sur le service de l'Asile d'aliénés de Québec, (2e édition) Lévis, 1889.

OSLER.—*On Phagocytes* by William Osler, M.D.

OSLER.—*Æquanimity* Valerictory remarks, by Wm. Osler, M.D.

DAVIS.—*Suspension in the treatment of affections of the spinal cord*, by Alex. B. Shaw, M.D.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis le 1er août, M. le professeur Foucher exerce au No. 56 rue St-Denis, porte voisine de M. le docteur Laramée.

Nous apprenons avec regret que la publication du *Chicago Medical Journal and Examiner* vient d'être suspendue. Il y a lieu d'espérer, néanmoins, que ce n'est que momentanément.

Le *Weekly Medical Review*, de St-Louis, nous arrive avec un format agrandi et une toilette neuve qui font le plus grand honneur aux éditeurs de cette excellente revue, et sont un signe non équivoque de succès.

Nécrologie.—ÉTRANGER: A Vienne, M. le docteur Robert ULTMANN, professeur extraordinaire du cours des maladies des voies génito-urinaires à l'Université de Vienne.

Association médicale du Canada.—Les communications suivantes ont été inscrites à l'ordre du jour des séances :

Dr. A. JUKES, Regina : *De la fièvre endémique des Territoires du Nord-Ouest (fièvre des montagnes).*

Dr. G. A. KENNEDY, McLeod : *Du climat d'Alberta-Sud en rapport avec les avantages qu'il offre aux sujets atteints d'affections pulmonaires.*

Dr. John F. FULTON, St. Paul, Minn. : *Des inflammations traumatiques de l'œil et du traitement qui leur est propre.*

Dr. A. W. WRIGHT, Toronto : *Hématome du vagin et de la vulve.*

Dr. James Ross, Toronto : *Un cas d'empyème traité avec succès par la pleurotomie.*

Dr. L. DUNCAN BULKLEY, New-York : *Du diagnostic précoce et du traitement de l'épithélioma.*

Dr. R. A. REEVE, Toronto : *Traitement de la douleur dans les affections de l'œil et de l'oreille.*

Dr. James STEWART, Montréal : *Le sulzonal.*

Dr. F. J. SHEPHERD, Montréal : *Néphro-lithotomie.*

Dr. J. W. STIRLING, Montréal : *Du vertige comme symptôme des maladies de l'œil et de l'oreille.*

Dr. E. A. PÆEGER : *Résumé de quelques cas de chirurgie.*

Dr WHITTAKER, Cincinnati : *De la Varicelle.*

VARIÉTÉS

A PROPOS D'UNE CAUSE CÉLIBRE

Enfin cette cause est finie
La femme accouche sans douleur,
Et la Faculté réunie,
L'a déclaré sur son honneur.

Pour peu que cela continue
Le sexe fort sera jaloux ;
En effet, plus d'une ingénue
Prétend qu'accoucher est fort doux.

Dans le moment le plus critique
On cause, on rit en liberté,
Rien qui fait mal, point de colique,
Un vrai plaisir en vérité !

Quant au nom de la médecine
Qui produit ce charmant effet
Qu'est-il ? On en fait un secret,
Entre nous, c'est la cocaïne.

Laquelle sous forme d'onguent
Mis sur le col de la matrice
Calmerait merveilleusement
Toute douleur dilatatrice.

Ce n'est pas tout ! Lorsque la tranchée expulsive.
Créant une douleur plus aigue et plus vive.
Reclame un agent qui toute souffrance endort,
Le bromure d'éthyle est donné ; tout s'apaise
Et la femme sourit. . . le mari pâmé d'aise
Reçoit l'enfant et dit : " Nous en aurons encor ! "

Est-on sûr que ce soit le bromure d'éthyle ?
Tout autre anesthésique alors est bien utile
Et calme tout autant le système nerveux.
Mais c'est le moins connu. . . et puis, pour le vulgaire
Très facile à leurrer, on en fait un mystère. . .
Et voilà le secret de l'agent merveilleux.

Malgré cela, jeunes fillettes,
De trop savants docteurs redoutez les secrets.
Et dans vos tendres amourettes.
Songez, songez toujours à ce qui vient après.