

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution à l'étude de la Trichophytie ;

par Arthur DEBLOIS, M D.L. (1)

S'il est une partie importante à connaître dans l'étude des maladies de la peau, c'est assurément celle qui traite des *Dermatophytes* ou *Dermatomycozes*, c'est-à-dire des affections causées par les parasites végétaux. Généralement comprises sous le nom générique de "Teignes," ces maladies, dont la connaissance est, sinon parfaite, du moins beaucoup plus concluante que celle que l'on a sur les affections non parasitaires, sont toutes contagieuses, quoiqu'à un degré différent. Elles sont remarquables encore par leur développement sous tous les climats, et de plus en ce qu'elles sont toutes locales, n'ayant jamais de retentissement sur l'économie.

Ce groupe naturel d'affections, qui ont pour cause commune l'action, sur la peau, d'organismes parasitaires, a été parfaitement étudiée par M. Balzer, médecin à l'hôpital St-Louis (*Archiv. de méd.*, 1881).

On réunit sous le nom de teignes: 1^o le favus ou teigne faveuse, dû à la germination du parasite *Achorion Schönleinii*; 2^o la trichophytie, produite par le *Trichophyton tonsurans*; 3^o le pityriasis versicolore, effet du *Microsporon furfur*.

Nous allons pour le présent traiter la trichophytie, partie de beaucoup la plus pratique et la plus intéressante dans l'histoire des teignes, ayant eu le soin de recueillir avec autant de précision que possible les connaissances les plus actuelles sur l'affection en question. Plus tard, enhardi peut-être par la bienveillance que nous aura accordé le lecteur en considération de notre modique travail, nous oserons attaquer les deux affections connues sous le nom de favus et de pityriasis versicolore.

DE LA TRICHOPHYTIE.

Le champignon de Malmstein et de Gruby, le *trichophyton tonsurans*, détermine sur la peau trois formes cliniques d'une même maladie. Les altérations qu'il produit sont variables, selon qu'elles sont considérées, soit aux cheveux où le parasite donne lieu à la trichophytie du cuir chevelu, soit aux parties glabres où il détermine la trichophytie cutanée ou circinée, soit enfin dans les poils et les follicules pileux où il constitue le sycosis parasitaire ou trichophytie de la barbe. Quoiqu'ayant comme cause commune la présence du *trichophyton*, ces trois modalités cliniques ne se traduisent pas par les mêmes symptômes dans les différentes régions où elles s'établissent, aussi leur traitement diffère-t-il.

Aperçu historique.—Les affections contagieuses du cuir chevelu et des régions pileuses, dont la connaissance importe autant au pathologiste qu'au médecin praticien, n'ont été sérieusement étudiées qu'au commencement de ce siècle.

Alibert, en 1806, décrit sous le nom de dermatoses teigneuses la totalité des affections du cuir chevelu, et Mahon, dans un traité intitulé: "Recherches sur la nature et le traitement des teignes," nous donne une assez bonne description de ces diverses affections.

(1) M. le Dr DeBlois est actuellement à Paris où il suit les cliniques de l'Hôpital St-Louis.

A l'étranger, Bateman et Bielt, rejetant la dénomination jusqu'alors employée, n'admettent que deux variétés de teignes, qu'ils comprennent sous le nom de *Porriigo* : 1^o *Porriigo favosa*, 2^o *Porriigo scutulata*.

Cette opinion fut partagée un peu plus tard par Cazenave, en 1850. Malheureusement, dans son traité sur ces maladies, ce dermatologiste refuse complètement de croire au rôle actif et essentiel du parasite végétal dans sa production. Sa division repose sur le caractère éruptif : 1^o Eruptions non contagieuses comprenant : les achores, l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis et le pityriasis ; 2^o Eruptions contagieuses : herpes tonsurans (teigne tondante), et favus. Malgré qu'il n'eut pu voir le parasite, ce savant médecin fut néanmoins le premier qui constata la présence de vésicules herpétiques dans le processus.

Depuis le commencement de cet exposé historique, nous voyons que la diffusion la plus complète règne dans tous les traités écrits à ce sujet ; les affections parasitaires marchent de pair avec les affections à processus tout à fait différent. Cette diffusion est facile à comprendre en songeant que la base de toute division n'a reposé que sur les symptômes de l'affection et non sur la cause réelle : le parasite.

La découverte du champignon, fait vraiment mémorable dans l'histoire de la dermatologie, nous a été signalée par Gruby, en 1844, et Malmstein, en 1845. Mais à Bazin, de l'école de St-Louis, revient l'honneur de nous avoir éclairés sur la nature des maladies parasitaires. Son livre ayant nom : "Recherches sur la nature et le traitement des teignes," fut l'occasion d'une véritable révolution dans la dermatologie. Il y mentionna, le premier, les altérations de la barbe, le *sycosis*, produites par le parasite. Hebra et Kaposi, de l'école de Vienne, par leurs travaux remarquables, contribuent beaucoup à faire connaître la maladie ; toutefois leur classification, sous le nom d'herpès, est à la fois une erreur de fait et de confusion indéfinie.

La lumière ne fit que grandir, grâce aux recherches incessantes que l'on faisait dans tous les pays. Tilbury Fox, Sir Erasmus Wilson, en Angleterre, Duhring et Bulkley, en Amérique, publièrent des ouvrages où nous pouvons recueillir les renseignements cliniques les plus précis.

M. Hardy, professeur maintenant à l'hôpital de la Charité où il occupe la chaire de médecine, a bien heureusement réuni, sous la dénomination générale de trichophytie, les affections fort différentes d'aspect ayant toutefois la même étiologie, la présence du *trichophyton*.

L'école de St-Louis a adopté la division de son savant maître, rejetant le nom d'herpès, donné par Hebra et Kaposi, comme impropre, les vésicules n'étant qu'accidentelles et symptomatiques d'une dermatite non constante.

Voici la division de M. le professeur Hardy. La trichophytie comprenant :

- 1^o Trichophytie du cuir chevelu ou teigne tonsurante.
- 2^o Trichophytie cutanée ou circinée,
- 3^o Trichophytie de la barbe ou sycosis parasitaire.

TRICHOPHYTIE DU CUIR CHEVELU—(teigne tondante, tonsurante).

C'est l'altération que produit le *trichophyton* dans le cuir chevelu. Elle est caractérisée par la formation de plaques plus ou moins arrondies, de grandeur variable, squameuses, déterminant une calvitie plus ou moins complète. L'altération est surtout visible dans la substance

même des cheveux qui deviennent ternes, irrégulièrement cassés et brisés au ras de la peau. (1) Cette affection est prurigineuse.

D'après M. Laillier, médecin en chef du service des teigneux à l'hôpital St-Louis, la trichophytie du cuir chevelu serait à Paris la plus fréquente et la plus rebelle des teignes. "C'est une maladie de l'enfance, dit-il, ne s'observant jamais chez l'adulte; elle est une véritable calamité pour les écoles d'où elle est à chaque jour importée dans les familles. Contagieuse au premier chef, elle se transmet ordinairement par l'intermédiaire des coiffures, des peignes, brosses, etc." Le riche et le pauvre sont également affectés, mais les enfants mal nourris, chétifs ou malades sont pour elle des sujets de prédilection. Quoique sévissant principalement dans la ville ou les grands centres, il est plus que probable que la trichophytie nous est d'importation rurale; comme toute affection parasitaire, elle doit se transmettre à l'homme par les animaux.

La trichophytie du cuir chevelu est donc une maladie de ville, tandis qu'au contraire le favus n'habite que la campagne.

Les plaques de trichophytie circonscrite, qu'elles soient érythémateuses ou herpétiques—peu importe le degré variable de la réaction produite sur la peau par le champignon—sont fort bien une des causes assez fréquentes du développement d'une teigne tondante. Le fait, relaté par M. Laillier, d'une mère, porteuse d'une plaque trichophytique, ayant inoculé la teigne à son nourrisson ne le démontre que trop évidemment.

Enfin, la teigne tondante est plus commune chez les garçons que chez les filles. Les habitudes des premiers seraient l'explication naturelle de cette diversité.

Duhring et Tilbury Fox, sans vouloir atténuer la puissance de la contagiosité de la teigne, sont d'opinion qu'il faut quelque chose de plus que le contact pour la réceptivité du parasite.

Symptômes.—Le premier phénomène par lequel s'annonce une teigne tondante, est la démangeaison, phénomène subjectif sur lequel insiste avec raison Bazin. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que ce symptôme subjectif soit constant. Beaucoup d'enfants ne s'en plaignent pas. Ce qui nous frappe surtout, c'est cette apparence pityriasique, crasseuse que présentent certaines touffes de cheveux; c'est là le fait d'une production épidermique exagérée en ces endroits. "Sur les plaques, dit M. Laillier, on voit que les cheveux sont mêlés, enchevêtrés comme des buissons, ils se présentent en broussailles." Les plaques du cuir chevelu deviennent érythémateuses et se recouvrent assez souvent à la périphérie, de vésicules et de pustules de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces vésicules ou pustules ont une durée éphémère, et en se desséchant elles se terminent par une desquamation d'aspect furfuracé.

En suivant jour par jour, s'il est possible, les mutations que va présenter la plaque, nous verrons bientôt les cheveux malades devenir plus gris que les cheveux sains. Ils sont littéralement farcis par les spores et les tubes du parasite qui, par son infiltration, a dissocié, par écartement, les fibres de ces cheveux. Ces cheveux qui ont perdu leur brillant normal deviennent ternes et très cassants. Leur friabi-

(1) Duhring. Traité des maladies de la peau.

lité est telle qu'ils se cassent au moindre frottement. Cette cassure se fait inégalement et leur donne l'aspect de barbe mal rasée ou de coupure en balai. On ne peut les arracher. Ces deux derniers symptômes sont considérés comme pathognomoniques à cette affection. Un autre symptôme pathognomonique serait, pour Dühring, cette saillie plus ou moins considérable du cuir chevelu et cet aspect de "chair de poule" le faisant ressembler à la chair d'une volaille mal plumée. Ce phénomène est dû à l'exagération morbide des follicules pileux.

La prolifération trichophytique a une grande tendance à l'envahissement. Il n'est pas rare cependant qu'elle se circonscrive et même reste stationnaire.

La dimension des plaques varie depuis une pièce de 50 centimes jusqu'à la pièce d'argent de 5 francs (piastre française). Isolée, la plaque est rarement plus large que cela; mais on voit quelquefois plusieurs plaques qui en se réunissant peuvent tondre un territoire beaucoup plus grand.

Le vertex et les régions pariétales sont surtout les parties qu'affectionne la teigne tondante; les autres régions ne sont pas pour cela exemptes de l'infection, et nous pouvons dire d'une manière générale que là où le *trichophyton* est inoculé dans le cuir chevelu la teigne se développe. L'extension de l'affection se fait assez souvent à la face, mais alors elle acquiert un caractère un peu différent, celui de la trichophytie cutanée. Ces deux modalités, la teigne tondante et la trichophytie cutanée, comme l'a démontré Dühring, existent souvent en même temps ou se succèdent, ce qui rend le diagnostic beaucoup plus facile.

Anatomie pathologique.—Quelle que soit la certitude relative que nous donneront l'aspect caractéristique des cheveux infiltrés de spores et tubes et leur cassure en balai, ou encore l'exagération morbide qui affecte le follicule pileux, nous ne pouvons établir notre diagnostic d'une manière péremptoire qu'à l'examen microscopique. Nous avons déjà mentionné les travaux récents de M. Balzer sur cette partie de l'anatomie pathologique, aussi ne croyons-nous pas mieux agir qu'en donnant ici le résumé des connaissances que nous avons acquises dans une des leçons faites à St-Louis au mois de juin dernier, par ce savant médecin.

Les parasites végétaux peuvent se diviser en deux classes :

1^o La première comprend les parasites spéciaux, jouant un rôle fondamental et toujours identique dans l'affection cutanée uniquement déterminée par eux.

2^o La seconde renferme les parasites qui jouent un rôle secondaire et peu connu dans les affections cutanées.

Le *trichophyton* de concert avec l'*achorion Schönleinii* (favus) et le *microsporion furfur* (pityriasis versicolore) seraient rangés dans la première classe, c'est-à-dire considérés comme présentant un développement complet. La fermentation qu'ils déterminent est constituée par des éléments de végétation complète : des filaments ou tubes de mycelium et des éléments de reproduction (spores). La spore est l'élément principal; tout dérive d'elle; son évolution due à la segmentation de la substance centrale d'un tube fertile expliquerait les variations que nous observons dans la manifestation clinique des parasites. Tant qu'elles se trouvent sur un terrain propice à leur développement et à

leur mutation en tube, elles évolueront indéfiniment. C'est une explication assez judicieuse de la persistance vraiment alarmante et de la tendance à l'extension que présentent certaines teignes, surtout chez les enfants affectés de diathèse quelconque, scorbutique, arthritique ou herpétique. Ou bien ces spores peuvent rester stationnaires ou inertes après avoir envahi un certain département de la peau, ou bien encore, elles peuvent mourir sur place après avoir eu une évolution complète, explication assez évidente de la guérison spontanée de certaine trichophytie du cuir chevelu.

Le *trichophyton* est donc composé de tubes et de spores qui, vus au microscope, par un procédé ingénieusement trouvé par M. Halzer, apparaissent sous les caractères histologiques suivants : (1)

Les tubes de *trichophyton* se voient surtout dans les squames ; ils sont peu nombreux, très allongés, peu ramifiés, habituellement grêles et peu flexueux. Leur contenu est constitué par des spores ou par une matière granule en voie de segmentation. Les spores sont souvent disposées en séries régulières ; leur volume est très variable ; elles sont elliptiques ou ovalaires.

Les poils constituent évidemment le siège de prédilection de la végétation trichophytique, c'est là que le champignon prend aussi son développement. Il les envahit d'abord par la base, les spores et les tubes respectant le bulbe du poil, s'élève vers son extrémité libre, occupant d'abord le voisinage de la cuticule (épiderme du poil) ; la substance médullaire reste indemne pendant longtemps, mais plus tard le poil entier est envahi par le parasite qui fait éclater la cuticule et dissout complètement les diverses couches du cheveu.

Les spores ont un diamètre beaucoup plus régulier que dans l'*ackerson Schönléinii* (favus), ce diamètre varie entre 31 et 35 millimètres.

M. Charles Robin, professeur d'histologie, a nettement indiqué le processus germinatif du *trichophyton*, qu'il classe parmi les champignons de la division des arthrosporées et de la tribu des torulacées.

Le développement du champignon est beaucoup plus considérable dans la teigne tondante que dans la plupart des autres altérations trichophytiques. Les spores sont très abondantes et les tubes de mycélium sont plus rares que dans la trichophytie cutanée.

On voit quelquefois, en outre des dégâts causés par le *trichophyton*, dans les cheveux, une inflammation assez intense du cuir chevelu. Il y a œdème avec phénomènes inflammatoires et exsudation. Le derme suppure, car le parasite s'y est logé et y déclare des altérations profondes qui sont presque toujours suivies de calvitie définitive. C'est à cette variété de dermite, la plupart du temps provoquée par l'application de topiques plus ou moins irritants et intempestifs, que l'on a donné le nom de *Kerion Celsi*.

Avant que de terminer l'anatomie pathologique de la trichophytie il convient de faire connaître les essais de culture de ce parasite, faites par Hallier d'Iéna et par Nystrom. Malheureusement, ces remarqua-

(1) Ce procédé est réellement excellent, il met en lumière avec une netteté merveilleuse les caractères micrographiques des parasites végétaux. Le voici :

- 1° Dégraissage des parties à examiner, dans l'éther ou l'alcool ;
- 2° Coloration avec une solution alcoolique d'éosine saturée ;
- 3° Lavage à l'eau distillée ou mieux dans une solution de potasse à 40 pour 100 ;
- 4° Montage et conservation dans une solution de potasse à 40 pour 100.

bles travaux ne peuvent pas nous faire admettre que le parasite descendrait du *Penicilium* (moisissure des fromages), non plus que le *trichophyton* serait un dérivé de l'*achorion Schonleinii* (favus), comme l'a soutenu Hébra de Vienne. Nous devons donc considérer jusqu'à expériences plus concluantes, que le *trichophyton* est un champignon d'ordre spécial, produisant des manifestations morbides toujours identiques, c'est-à-dire teigne tondante, trichophytie cutanée et sycosis selon le lieu où est inoculé le parasite.

Diagnostic.—Le diagnostic, en général aisé, devient plus facile lorsque la tonsure est produite. Il doit toujours être assuré par un examen microscopique. Un procédé expéditif, celui en usage dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, est celui-ci :

Prendre un ou deux cheveux ou encore une squame qu'on a obtenue par le râclage ; les placer sur le porte objet du microscope, en ayant fait agir quelques gouttes d'une solution de potasse, à 10 ou 40 pour 100. Avec un grossissement de 200 à 500 diamètres, le parasite se montre à nous avec les caractères qui lui sont propres. Dans les cheveux ce sont les spores qui prédominent (teigne tondante), tandis que dans les squames il ne se trouve que des tubes de mycélium présentant dans leurs ramifications quelques spores isolées (trichophytie cutanée).

Il est inutile d'ajouter que les lames de verre sur lesquelles sont placées les préparations doivent être d'une propreté absolue, de peur de prendre pour des tubes ou spores quelques fibrilles de coton ou grains de poussière quelconques.

Le diagnostic de la teigne tondante doit se faire entre 1^o le favus, 2^o la pelade, 3^o certaines variétés d'eczéma et de pityriasis siégeant au cuir chevelu.

Le favus, au début, avant la formation des godets, peut être pris pour une teigne tondante. Plus tard, ces incrustations jaunes cupuliformes (godets) et les cicatrices dues à la suppuration du derme, le distinguent plus facilement de cette dernière affection. Il y a de plus l'odeur *sui generis* pathognomonique du favus, odeur de souris, de moisissure. Nous avons déjà dit que le favus était une affection rurale, tandis que la trichophytie sévissait dans les villes et les grands centres, ce serait là un élément de diagnostic qu'il ne faudrait pas dédaigner. Serait-on encore dans le doute sur la nature de l'affection, il suffira alors de placer sur le porte objet du microscope un fragment de croûte (godet), additionnée d'une solution de potasse. Les spores et les tubes sont très variables et très irréguliers ; ces derniers sont beaucoup plus courts que dans le *trichophyton*. Dans le favus, les cheveux qui repoussent sont clairs, minces, mais indemnes de tout parasite ; ils repoussent très lentement. Cela s'explique, car la lésion produite par le champignon n'intéresse pas seulement la tige, mais aussi la racine, qui doit se produire avant que poil puisse émerger de l'épiderme. Dans la teigne tondante, au contraire, la racine restant dans le cuir chevelu, par suite de la cassure de la tige qui seule est infiltrée par le parasite, ne présente aucune altération trophique. Le cheveu repoussera peut-être, mais infiltré par le champignon. Dans le favus le siège du parasite est donc le foyer périfolliculaire, il produit l'atrophie du follicule en même temps qu'il s'accompagne de dermite avoisinante. On pourrait considérer cette dernière affection comme une maladie parasitaire des cou-

elles environnantes du follicule pileux produisant, comme conséquence inévitable, une maladie trophique de ce follicule; la teigne, au contraire, serait une affection parasitaire de la tige du poil, ne s'étendant presque jamais, sans cause provoquée, à son follicule. Ceci donnerait en même temps une explication évidente du symptôme prédominant de cette dernière affection: la cassure des cheveux au ras de la peau. Dans la teigne favique, les cheveux s'arrachent facilement, vu que leur bulbe est atrophié.

2^o *Pelade*.—La différence notable qui paraît exister entre la pelade et la teigne nous ferait croire dès l'abord que tout diagnostic est superflu. Il y a quelques pelades, cependant, qui permettent l'hésitation, du moins pour un certain moment; c'est lorsque le traitement qu'on leur a fait subir a modifié complètement leur aspect lisse, uni et luisant comme l'ivoire, caractéristique de la pelade.

Faisons connaître de suite que, dans la plupart des cas, la pelade ne reconnaît pas d'origine parasitaire.

3^o *Certaines affections psoriasiques* peuvent arrêter un moment le diagnostic de la tondante; nous voulons faire allusion surtout à cette forme de *psoriasis capitis* arrondi et limité, accompagnée ordinairement d'une légère alopecie. Dans ces cas, il n'y a pas de contagion; les squames sont d'un blanc nacré, argenté, couleur pathognomonique de l'affection. De plus la chronicité du psoriasis, l'examen des coudes et des genoux, siège de prédilection de la maladie, nous tireront facilement d'embarras.

Dans l'eczéma, de même que dans l'impétigo et la séborrhée du cuir chevelu, il n'y a jamais de cheveux épaissis, durcis et brisés au ras de la peau, comme cela se voit dans la trichophytie. Le microscope sera toujours là pour nous éclairer sur la nature parasitaire de l'affection.

Durée de la maladie.—Elle varie suivant une foule de circonstances, selon que la maladie est de date récente ou ancienne. Les diathèses ont une action plus que probable sur la durée de la trichophytie en général. Abandonnée à elle-même, une teigne tondante peut durer indéfiniment, mais, par contre, on a cité plusieurs cas de guérison spontanée, sans alopecie. Du reste, d'après M. Laillier, l'alopecie n'est pas une conséquence ordinaire de la teigne tondante, elle serait plutôt commune au favus et à la pelade où l'on voit souvent l'atrophie de la racine du cheveu. (A suivre.)

De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes; (1)

par C. E. LEMPEL, jr., M. D., Québec.

DEUXIÈME PARTIE.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES.

L'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie est justifiée. Si toutefois il n'est pas absolument démontré qu'elle prolonge la vie de ceux qui en sont affectés, il est dans tous les cas prouvé qu'elle fait cesser les hématuries et les douleurs. La rectotomie et la colotomie dans les cas de cancers du rectum, si fortement conseillées par les membres de toutes les sociétés de chirurgie, ont-elles d'autres effets?

(1) Suite.—Voir la livraison d'octobre.

Cette intervention donne de meilleurs résultats sous le double rapport de la durée et des succès quand elles sont pratiquées sur des femmes, et pour s'en convaincre il suffit de jeter les yeux sur le tableau suivant qui indique la durée respective de ceux qui des deux sexes ont été opérés pour des néoplasmes vésicaux par les différents procédés actuellement en honneur.

MALADES-HOMMES.

1 mois
2 "
6 "
8 "
12 "
15 "
1 guérison définitive

MALADES-FEMMES.

1 mois
2 "
6 "
1 an (2 malades.)
2 ans (4 malades.)
4 "
8 "

Mais c'est surtout à l'âge adulte que les succès sont plus marqués :

5 opérés de moins de 5 ans ont donné	5 morts.
3 " de 10 à 20 ans "	3 guérisons.
5 " de 20 à 30 ans "	4 guérisons.
	1 mort.
8 " de 30 à 40 ans "	5 guérisons.
	3 morts.
12 " de 40 à 50 ans "	8 guérisons.
	4 morts.
10 " de 50 à 60 ans "	4 guérisons.
	6 morts.
14 " de 60 à 70 ans "	6 guérisons.
	8 morts.
2 " de 70 à 80 ans "	2 guérisons.

Dans ces tableaux nous ne nous sommes nullement occupé de la nature histologique de la tumeur, persuadé que nous sommes qu'il est à peu près impossible d'en déterminer la nature pendant la vie; aussi cette question ne doit-elle nous intéresser que secondairement. Ce qui doit surtout préoccuper le chirurgien c'est le siège, l'étendue, les connexions et le mode d'implantation de la tumeur en face de laquelle il se trouve.

Si donc on constate l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse mais mobile, pédiculée, et que les parois de la vessie soient sans infiltration, on sera en droit d'agir sur elle même en l'absence d'hématuries abondantes et répétées et même de douleurs intenses. Mais une chose qu'il est bon de remarquer, c'est que ces tumeurs, même lorsqu'elles sont petites et pédiculées, donnent le plus souvent lieu à des hématuries abondantes et à des douleurs insupportables.

Mais si l'on constate l'infiltration des parois de la vessie et que les hématuries fréquentes et abondantes avec douleurs intenses, rétention d'urine épuisent le malade et portent même atteinte à ses jours, dans ces cas non seulement l'opération est justifiable, mais de plus elle est commandée.

L'intervention chirurgicale dans ces cas, il est vrai, n'est que palliative, mais elle a le même résultat que l'anus artificiel dans les cas de cancers ano-rectaux.

Car les faits cités par MM. Guyon et Bazy démontrent amplement que par l'ouverture de la vessie par un procédé quelconque, voire même la simple dilatation du col, les hémorrhagies et les douleurs ont cessé.

Ainsi, en résumé, l'opération est permise dans les cas de petites tumeurs pédiculées ne donnant lieu à aucun accident important; mais

elle est obligatoire dans tous les cas où elle se présente avec des caractères graves, *i.e.* hématuries, douleurs, rétention d'urine et envie fréquente d'uriner.

Mais il n'y a pas seulement à faire attention aux indications, il faut de plus faire la part des *contre indications* parmi lesquelles on range l'*enfance*, car comme on l'a remarqué sur le tableau cité à la page 488, sur 5 opérés avant l'âge de 5 ans, 5 cas de mortalité ont été enregistrés.

La *généralisation des tumeurs* vient en second lieu, mais il faut le dire, ce fait est très rare. La raison de cette contre-indication est facile à déduire, car alors elle agit comme dans tous les autres cas de cancers.

Les *lésions rénales aiguës* devront faire repousser toute intervention, mais il faut distinguer la pyélo-néphrite ascendante de la néphrite suppurée, de la sclérose rénale avancée, des cas où le retentissement rénal ne se traduit que par des symptômes très peu accusés.

Enfin les *adhérences* de la vessie aux organes du petit bassin (l'S. iliaque, rectum chez l'homme, l'utérus et le vagin chez la femme), l'*infiltration diffuse* des parois de la vessie qui rendent les parois du réservoir urinaire rigides et le transforme pour ainsi dire en *conduit* plutôt qu'en *réservoir* viennent compléter le cadre des contre-indications.

Maintenant une question se pose d'elle-même. Doit-on opérer en dehors de toute hématurie, ou peut-on intervenir même pendant la période hémorragique? Il vaut mieux opérer dans la première condition, mais si le cas l'exige, il ne faut pas hésiter à agir même pendant l'hémorragie, en s'appuyant sur les faits qui, rapportés dans les auteurs, prouvent que le meilleur hémostatique dans ces cas est l'ouverture même de la vessie.

Opérations.—Dès le commencement de cette courte étude sur le sujet important qui nous occupe, nous avons dit que l'on pratiquait l'ouverture de la vessie dans deux buts : pour explorer l'intérieur de l'organe et pour intervenir chirurgicalement, si besoin il y avait.

Dans le simple but d'explorer la vessie par le toucher digital ou d'en exposer la face interne à la vue, cette opération est peu justifiable quoique cependant elle rencontre en Angleterre et aux États Unis un grand nombre de partisans. En France, il n'est pas d'habitude, en règle générale, de faire des incisions purement exploratrices, car l'on considère que la symptomatologie des tumeurs vésicales est assez riche pour qu'il ne soit pas nécessaire de recourir à ce dernier moyen.

Les Anglais, depuis que la cystite a reçu non seulement une amélioration mais même une guérison par l'ouverture de la vessie, ne font aucun cas d'explorer *de visu* le réservoir urinaire, mais toute anodine qu'elle soit, on ne doit consentir à cette opération que si le malade doit en retirer quelque bénéfice; et si toutefois on se laisse aller à ouvrir la vessie, il faut que l'incision soit faite de telle manière qu'elle permette un large examen de toute sa face interne et aussi qu'elle puisse servir si l'on juge nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Mais il ne faut pas oublier que le malade, dans tous les cas, bénéficiera de quelque temps de repos, repos qui durera tant que la plaie vésicale ne sera pas fermée.

Si donc on l'envisage sous ce point de vue, nous croyons parfaitement permise l'exploration de la vessie par une opération préliminaire.

Mais quelle sera cette opération ? A risques égaux, il est évident que l'on devra donner la préférence à celle qui permettra une large voie pour l'exploration et aussi un champ opératoire bien découvert dans le cas où l'on devrait intervenir. Mais le mode opératoire varie avec les sexes ; en effet, chez la femme, tout semble plaider pour un seul et même procédé : celui de la dilatation de l'urèthre, tandis que chez l'homme, deux voies se présentent avec des résultats à peu près égaux : la voie péritonéale et la voie sus-pubienne.

Comment doit se faire la dilatation de l'urèthre chez la femme ? Voici ce qui doit nous occuper un moment.

Exploration de la vessie chez la femme.—La dilatation de l'urèthre chez la femme et la petite fille est aujourd'hui une opération courante, elle donne d'excellents résultats et, pratiquée suivant les règles, est une opération peu grave. Cette dilatation peut se faire de deux manières ; elle peut être lente ou rapide. Autrefois, c'était le premier de ces deux procédés qui était en honneur et on y parvenait en introduisant dans l'urèthre des éponges préparées ou des tiges de laminerin. Mais aujourd'hui que le chloroforme met le malade à l'abri de la douleur, il n'y a plus de raison pour lui donner place, aussi a-t-on ingénieusement et uniquement recours à la dilatation rapide qui peut se faire soit avec les doigts soit avec des instruments *ad hoc*.

En effet nous avons à notre disposition les mandrins de Simon (de Heidelberg) qui donnent une dilatation graduelle qui va de 8 à 20 millimètres de diamètre, le dilateur de M. Guyon et celui d'Huguier.

On a de plus inventé des spéculums qui permettent la dilatation de l'urèthre en même temps que l'éclairage de la vessie.

Mais quelque soit l'instrument dont on fasse usage, on doit toujours procéder avec délicatesse, sous l'influence des anesthésiques et après avoir préalablement débridé le méat par quelques petites incisions (3 ou 4) qui ne doivent pas dépasser $\frac{1}{2}$ centimètre en profondeur, ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra agir sans craindre les déchirures et les dilacérations du canal urétral.

Quand la dilatation est complète, c'est le doigt qui peut seul nous renseigner. Stein conseille de faire le toucher de la manière suivante : l'index est introduit dans l'urèthre et le médium dans le vagin et il ajoute que, par ce moyen, l'index peut pénétrer plus profondément dans la vessie et permet ainsi un examen détaillé de toute la face interne de l'organe, et lorsque l'on a le soin de pratiquer en même temps le palper hypogastrique, on amène au contact de la pulpe digitale les parties les plus éloignées et les plus élevées de la cavité à explorer.

Exploration de la vessie chez l'homme.—Quel chemin devra donc suivre le chirurgien qui voudra s'assurer par l'examen digital du siège exact, de la forme, du volume et de l'étendue d'un néoplasme vésical chez l'homme ? Ainsi que nous l'avons déjà dit, les chirurgiens anglais et notamment Sir Henry Thompson et Whitehead (de Manchester) pratiquent l'incision exploratrice en passant par la voie périnéale. Voici la description que Sir H. Thompson donne lui-même de son manuel opératoire :

“ Voyons maintenant, dit-il, la manière de procéder pour arriver à faire franchir, à l'extrémité de l'index gauche, le col de la vessie. Le premier but à atteindre est l'ouverture de l'urèthre au niveau de sa portion membraneuse, par le plus court chemin, qui la sépare de la

surface du périnée, en pratiquant un passage suffisant pour admettre l'introduction facile de l'index, mais pas davantage. Il ne peut pas y avoir de doutes qu'une incision médiane verticale, faite sur la ligne du raphé, remplit mieux cette indication que toute autre. Dans ces conditions, la saillie est formée par les articulations des autres doigts repliés, quand l'opérateur introduit aussi loin que possible son index, se loge dans l'espace situé entre les deux testicules et presse directement sur le centre de la vessie.

Le patient est placé dans la position ordinaire de la lithotomie, un cathéter à bec court et convenablement courbé avec une profonde rainure médiane est introduit dans la vessie. L'opérateur plonge la pointe d'un bistouri long et droit à environ trois quarts ($\frac{3}{4}$) de pouce de l'anus, et fait une incision verticale de la peau se dirigeant en haut et ne mesurant pas plus d'un (1) pouce à un pouce et quart ($1\frac{1}{4}$) en longueur. Il enfonce alors le bistouri profondément, bien parallèlement au rectum, dans lequel l'index gauche doit être placé pour informer l'opérateur de la position relative du cathéter et de l'intestin, jusqu'à ce que la pointe rencontre la rainure du cathéter au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. Il incise à ce moment les tissus qui recouvrent la rainure du cathéter dans une étendue d'un demi pouce ($\frac{1}{2}$) environ; l'index gauche est alors introduit dans la plaie, l'ongle reste fixé à la rainure, et il s'avance lentement dans l'urèthre en le dilatant graduellement. Quand le doigt est arrivé dans l'urèthre prostatique le cathéter est retiré et le doigt est fortement poussé jusqu'à ce qu'il franchisse le col de la vessie. Il devra remplir toute la plaie si l'incision a été bien faite. Ordinairement il se fait une très petite hémorrhagie. À ce moment l'opérateur, maintenant son doigt dans la situation mentionnée, se lèvera, et plaçant sa main droite sur l'abdomen du patient, au-dessus du pubis, il exercera une pression soutenue dirigée vers la cavité du bassin. Il sentira bientôt l'extrémité de son index gauche et combinant les mouvements de ses deux mains il pourra, comme je l'ai déjà dit, examiner à loisir la surface de la vessie, explorer son sommet, ses parois latérales, son bas-fond et son trigone; cette dernière région sera plus complètement explorée, s'il est nécessaire, en plaçant l'index de l'autre main dans le rectum.

Vous observerez que l'opération ainsi décrite est simplement une uréthrotomie externe et non une cystotomie, opération dans laquelle on pratique des incisions du col de la vessie; c'est encore moins une lithotomie. L'incision intéresse seulement une petite partie de l'urèthre situé en avant de la prostate et du col, qui sont complètement respectés. Le résultat de cette incision est de rendre la vessie de l'homme aussi facile à explorer que celle de la femme dans ses conditions naturelles; chez la femme, comme vous le savez, la dilatation de l'urèthre suffit à l'introduction du doigt dans le viscère et à son exploration. Nous supposons maintenant que cette exploration donne un résultat positif et que le doigt de l'opérateur reconnaît la présence d'une masse néoplasique molle et floconneuse implantée sur une partie quelconque de la face interne de l'organe. En l'amenant au contact du doigt par la pression sus-pubienne, il est facile de vérifier la nature du pédicule et voir s'il est étroit ou large,

“ et en même temps se rendre compte des autres caractères appréciables au toucher.” (1)

Comme on le voit, cette opération n'est pas nouvelle, mais le but pour lequel les anglais (Thompson et Whitehead) la pratiquent est nouveau. En somme ce n'est rien de plus que ce que l'on appelle depuis longtemps en France la “ boutonnière périnéale ” que Buisson (de Montpellier) Allarton en Angleterre, et après Dolbeau essayèrent de faire accepter comme méthode de lithotritie par les voies accidentelles.—(Malgaigne et Le Fort, *Manuel de médecine opératoire*, 8e édit. vol. II, p. 642).

Sir H. Thompson reconnaît bien que lorsqu'il y a hypertrophie de la prostate le doigt ne peut pas arriver au col de la vessie, mais il s'empresse d'ajouter qu'alors cette opération est inutile puisque son but est de diagnostiquer les affections obscures de la vessie, ce qui ne saurait être dans ce cas. Le toucher rectal peut bien il est vrai constater l'hypertrophie, mais tel n'est pas le but proposé. Il s'agit de découvrir la cause des douleurs et de l'hématurie qui ne trouvent que très exceptionnellement une explication dans l'hypertrophie de la prostate, et de plus, il est très rare que l'on rencontre une tumeur vésicale en même temps que de l'hypertrophie prostatique.

Whitehead et Pollard sont plus restreints que Sir H. Thompson sur le résultat de l'exploration par la boutonnière périnéale, et selon eux il y a trois contre-indications : 1^o l'embonpoint du malade, qui augmente l'épaisseur du périnée ; 2^o l'hypertrophie de la prostate, qui éloigne encore le col de la vessie ; 3^o l'étroitesse considérable de l'orifice du bassin, qui empêche la main de déprimer le périnée (1).

F. Heath rapporte le cas d'un malade de 73 ans chez qui on pratiqua l'uréthrotomie périnéale médiane afin de s'enquérir de la cause des hématuries répétées pendant six semaines consécutives, et ce fut en vain que lui et deux aides tentèrent de franchir le col et d'explorer la vessie à cause d'une hypertrophie prostatique qui empêchait l'introduction de l'index.

Chez les sujets très gras il est non seulement impossible d'explorer la vessie, mais même de se rendre au col.

Dupuytren, dans sa thèse de concours (page 7), dit avoir trouvé, après de nombreuses expériences, que la distance qui sépare la face externe du périnée du col de la vessie était variable de un pouce et quelques lignes à quatre pouces, et comme moyenne il donne 2½ pouces.

En somme, la boutonnière périnéale est inférieure à l'incision hypogastrique comme moyen d'exploration qui, contrairement à ce que l'on pensait pendant les trois derniers siècles, est devenu, grâce aux perfectionnements modernes, une opération relativement bénigne. Mais pour en venir à cette dernière extrémité, il faut que les symptômes soient pressants et que le malade puisse en retirer quelque bénéfice, soit temporaire, soit durable. Ce qui autorise encore cette opération, c'est que c'est la seule voie qui permette au doigt et à la vue de scruter en détail les anfractuosités du réservoir urinaire, et de plus, c'est la voie par excellence pour l'extraction, si le cas l'exige. (A suivre.)

(1) Sir H. Thompson. Leçon professée à *University College Hospital*.—*Lancet*, 3 février 1883, p. 182.

(1) Whitehead et Pollard.—*The surgical treatment of tumors and other obscure conditions of the bladder*, in “*The Lancet*,” 6, 13 et 20 octobre 1883.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Fièvre synoque et fièvre typhoïde.—Clinique de M. HARDY à l'hôpital de la Charité.—Au No 1 de notre salle des hommes, nous avons un jeune homme de vingt ans, qui est à Paris depuis six mois, c'est-à-dire dans les conditions voulues d'âge et de santé pour contracter la fièvre typhoïde.

Lorsqu'il est entré dans le service, il était malade depuis trois jours; il se plaignait de céphalée frontale, de courbature et avait perdu l'appétit; sa température était de 38° degrés et quelques dixièmes, et le pouls avait dépassé 100. Mais le lendemain matin nous étions frappés de voir le pouls tombé à 76 et la température à 37° et quelques dixièmes; la langue était couverte d'un léger enduit blanchâtre, sans sécheresse aucune; l'intelligence était parfaitement nette, le malade avait très bien dormi et nous ne trouvions aucun phénomène particulier du côté du ventre ou de la poitrine. C'est ainsi que, bien que ce jeune homme nous donnât lieu de penser qu'il pouvait être au début d'une fièvre typhoïde, nous réservâmes le diagnostic tant que les accidents ne s'accroissent pas, l'état dans lequel il se trouvait pouvant parfaitement dépendre d'une simple synoque.

Les jours suivants ont justifié notre réserve, si bien qu'aujourd'hui la fièvre a complètement cessé, l'appétit est revenu, et notre malade est assez bien remis et en état de partir.

En résumé, il n'a rien eu d'autre chose qu'une fièvre simple, fièvre éphémère ou fièvre synoque, comme on l'appelle encore.

Il faut donc se rappeler que, dans les trois ou quatre premiers jours, la fièvre synoque présente souvent toutes les allures de la dothiérien-térie; de là le sage précepte de réserver le diagnostic pendant ce temps et jusqu'à ce que les phénomènes se dessinent assez nettement pour se prononcer.

Ce que nous faisons à Paris en agissant ainsi, on ne le fait pas à l'étranger; aussi ne saurait-on comparer, sans danger d'erreurs graves, nos statistiques avec celles de l'Allemagne, de la Russie, etc., pays où dès que la température dépasse 38 degrés, on conclut à l'existence de la fièvre typhoïde; on a recours au traitement par les bains froids et l'on s'en vient dire que, grâce à cette méthode, le chiffre des guérisons de la fièvre typhoïde est beaucoup plus considérable à l'étranger qu'en France. Nous aussi, nous pourrions facilement enfler le chiffre des guérisons, si nous classions des faits analogues à celui dont je viens de rapporter l'observation dans la catégorie des fièvres typhoïdes.

Ceci dit, je passe au second malade, dont je veux aujourd'hui vous parler, et qui, celui-là, a été atteint véritablement de la fièvre typhoïde.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, qui nourrissait depuis six mois un enfant, lorsqu'elle est tombée malade. Le début a été marqué

par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation nocturne, des douleurs de ventre, de la diarrhée, une courbature générale. Huit jours après, elle est entrée dans nos salles, et, en l'examinant, nous avons constaté de la diarrhée, du gargouillement dans la fosse iliaque, une rate hypertrophiée, des taches rosées lenticulaires, quelques râles sibilants dans la poitrine, enfin un certain état de stupeur, en même temps que la température s'élevait à 41°,2 le soir et 40°8 le matin, le pouls oscillait entre 100 et 110, en un mot les signes caractéristiques d'une fièvre typhoïde avérée. Pendant les dix jours qui ont suivi son entrée dans nos salles, cet état avait persisté sans de grandes oscillations, lorsque, tout à coup, pendant notre visite, nous avons été appelé auprès d'elle par la religieuse nous annonçant que cette femme succombait. En effet, nous rendant aussitôt à son lit, nous la trouvons couchée sur le côté droit, la face pâle, les lèvres violacées, et, après deux inspirations, séparées par un assez long intervalle, elle était morte. Cependant la nuit avait été bonne, à son réveil elle s'était senti beaucoup mieux que les jours précédents, elle causait encore très-bien quelques instants avant la syncope léthale qui l'a emportée aussi subitement.

Pendant tout le temps de sa maladie, elle n'avait présenté d'autres symptômes graves que de l'albumine,—ce qui est un signe un peu fâcheux lorsque cette substance s'élève, comme chez elle par exemple, à 3 grammes par litre d'urine,—et qu'une élévation persistante de la température, élévation contre laquelle nous avions cherché à réagir en lui administrant pendant trois jours un gramme d'acide salicylique, et encore avions-nous cessé de lui en faire prendre trente-six heures avant sa mort à cause de la faiblesse et de la petitesse du pouls.

L'autopsie a été pratiquée et nous a donné les résultats suivants : dans l'intestin grêle tous les signes anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde parvenue au septième septénaire, sans la moindre perforation ; rate hypertrophiée et ramollie ; ganglions mésentériques augmentés de volume ; reins congestionnés, décoloration et dégénérescence graisseuse de leur substance corticale ; cerveau intact ; poumons seulement un peu emphysémateux. De plus, le cœur a une coloration brunâtre, sa consistance est anormale, en un mot il est le siège à la fois d'une myocardite et d'une dégénérescence graisseuse prononcée, circonstance importante pour nous expliquer la mort subite de cette femme.

Pendant la vie, cependant, nous n'avions rien trouvé du côté du cœur, si ce n'est une certaine faiblesse d'impulsion, un pouls petit, mou et peu résistant.

La mort subite est rare dans la fièvre typhoïde. Dans cette affection la mort peut reconnaître des causes diverses qui sont : 1° l'adynamie ; 2° des accidents ataxiques ; 3° on meurt quelquefois par le poumon, par une broncho-pneumonie étendue ; mais, dans ces divers cas, la mort peut être prévue quelques jours à l'avance ; 4° la mort peut survenir accidentellement par hémorragies intestinales, mais elle n'est encore que rapide et non pas subite ; il en est de même d'une perforation intestinale donnant lieu à une péritonite suraiguë ; 6° de même aussi de la péritonite par propagation de l'inflammation intestinale ; 7° enfin, nous avons la mort subite, foudroyante.

Cette dernière a été fort peu signalée par les auteurs : Andral en

rapporte une observation ; Louis n'en cite pas un seul cas : Chomel indique un seul fait de mort *prompte* ; Zenker, en Allemagne, qui a décrit avec beaucoup de soin la dégénérescence graisseuse du cœur, a signalé un cas de mort subite par cette dégénérescence chez un typhoïdique. Enfin, en France, c'est à M. Dieulafoy et dans la thèse qu'il a soutenue en 1869 sur cette question que l'on trouve réellement des notions et des faits sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Il rapporte en effet quatorze observations, dont quelques-unes lui sont personnelles. A dater de ce moment, journaux et recueils périodiques ont signalé d'autres faits de mort subite dans la fièvre typhoïde et, parmi les travaux publiés depuis lors, nous devons surtout mentionner ceux de M. Laverand, de M. Huchard, en 1877, de M. Liebermann, médecin militaire, également en 1877.

Néanmoins ces cas sont toujours assez rares, bien qu'ils soient un peu plus fréquents depuis quelques années, ce qui pourrait,—je ne dis pas : *ce qui doit*,—*ce qui pourrait* bien tenir au nouveau mode de traitement expérimenté actuellement. L'observation que je rapporte aujourd'hui est mon premier fait de mort subite dans la fièvre typhoïde. Dois-je en incriminer l'acide salicylique ?

La mort subite, quand elle s'est produite, a presque toujours eu lieu à l'époque où le malade entrait ou allait entrer en convalescence, c'est-à-dire du dix-huitième au vingt-quatrième jour, comme l'a dit M. Dieulafoy. Elle est généralement arrivée par syncope, sauf dans un cas où l'on a constaté des phénomènes convulsifs. Dans deux cas également, rapportés par M. Laverand et par M. Blachez, la mort a eu lieu exceptionnellement au sixième jour ; quant à notre malade, elle a été soudroyée le dix-huitième jour.

Différentes explications ont été proposées. Celle de M. Dieulafoy est assez ingénieuse, mais elle me paraît purement hypothétique. L'auteur explique la mort subite dans la fièvre typhoïde par une action réflexe, l'irritation intestinale se transmettant au bulbe par les filets du pneumo-gastrique, d'où l'arrêt de la respiration et de la circulation ; quelquefois aussi du bulbe gagnant les ganglions spinaux, d'où les convulsions des membres. Si ce fait était vrai, nous devrions observer la mort subite dans bien d'autres affections intestinales graves, où jamais jusqu'à présent elle n'a été signalée.

Quelques médecins ont attribué la mort subite à l'anémie cérébrale ; cela serait peut-être un peu plus plausible, et pourtant combien de malades sont autrement anémiés qu'un typhoïdique et n'ont pas de syncope léthale.

En réalité, la mort subite se produit surtout chez les cardiaques, surtout chez les malades dont le cœur est altéré dans ses fibres. Or ce qui se passe chez les individus atteints de maladie du cœur peut également se produire chez les typhoïdiques atteints de dégénérescence graisseuse de l'organe central de la circulation, surtout quand cette dégénérescence se complique de myocardite.

De tout ce que je viens de dire, il résulte un enseignement clinique. Ce n'est qu'exceptionnellement chez ma malade que j'ai prescrit l'acide salicylique, la dose a été seulement d'un gramme pendant trois jours, et le médicament a été supprimé trente-six heures avant la mort, en raison de l'état du pouls. Y a-t-il eu ici une corrélation de cause à effet ? Toujours est-il que pour moi, si la mort subite dans la fièvre

typhoïde est plus fréquente depuis quelques années, cela pourrait tenir au traitement actuellement employé. D'où je conseillerai,—et c'est par là que je termine,—de se méfier de ces médicaments : acide salicylique, acide phénique et sulfate de quinine à haute dose, ainsi que je le disais à l'Académie dans la discussion sur la fièvre typhoïde.—*Gaz. des hôpitaux.*

Nouveau traitement de l'ulcère de l'estomac.—Dans une intéressante clinique sur ce sujet, M. Debove avoue que, quelles que soient les théories qu'on invoque pour expliquer la formation de l'ulcère simple, *ulcus rotundum*, pas une n'est satisfaisante. Heureusement qu'en thérapeutique, il n'en est pas de même. La diète lactée est devenue en quelque sorte classique. Cependant, ce régime n'est pas infailible et a bien quelques inconvénients. Le principal réside dans la quantité du lait ingéré. Ces doses de trois à quatre litres de liquide ont pour conséquence d'amener la dilatation de l'estomac, bien que l'on ait soin d'éloigner les rations pour ne point charger l'estomac brusquement d'une grande quantité de liquide. La dilatation des parois de l'estomac peut tirailler l'ulcère, provoquer les hémorragies et la perforation. Tel est le véritable danger de la diète lactée. Bien que ce danger ne soit pas absolument démontré, il peut logiquement en être ainsi; or, si la dilatation des parois stomacales est nuisible, il y aura avantage à en assurer le retrait. M. Debove a essayé dans ce but de réduire le volume du lait ingéré en employant le lait concentré et les poudres de lait, mais ce régime sec n'étant pas suffisamment nutritif, l'auteur a adopté le régime sec de M. Bouchard : poudre de viande, purée de viande, etc..., mais avec certaines précautions préalables.

Avant d'instituer le traitement, on pratique le lavage de l'estomac. Il faut avoir soin de surveiller la teinte du liquide qui revient dans l'entonnoir; s'il devient rose, on suspend immédiatement l'opération. Partant de cette idée que, si l'on parvenait à annuler l'action du suc gastrique, on favoriserait la cicatrisation de l'ulcère. M. Debove a fait ingérer à ses malades 30 grammes de bicarbonate de soude en trois prises dans les vingt-quatre heures. Grâce à cet article, les aliments non digérés dans l'estomac passent dans l'intestin avec la réaction alcaline favorable à la digestion intestinale. L'auteur donne à ses malades trois repas composés de :

Poudre de viande.....	25 grammes.
Bicarbonate de soude.....	10 —

Ce mélange désagréable est introduit dans l'estomac à l'aide du siphon.—On ajoute à ces aliments secs un litre de lait que le malade boit en plusieurs fois dans la journée.

Les malades supportent parfaitement cette dose énorme de bicarbonate.—Ce traitement a été employé avec plein succès dans deux cas graves d'ulcère accompagné de crises douloureuses, atroces, d'hémorragies et d'amaigrissement profond.—Tous les autres traitements avaient échoué. Ces résultats sont si frappants, dit le *Progrès médical*, qu'ils ne peuvent manquer de provoquer partout l'essai de cette nouvelle méthode thérapeutique.—*Gaz. méd. de Nantes.*

Constipation.—Nous trouvons dans la livraison de mai de *Squibb's Ephemeris* un article fort bien fait sur la pathogénie et le traitement de la constipation. Nous en offrons à nos lecteurs un résumé succinct. La constipation consiste en une accumulation, dans le tube intestinal, des matières excrémentielles qui doivent être évacuées au moins une fois par jour. La cause immédiate de cette constipation est l'état de sécheresse et de dureté du bol fécal dont la partie aqueuse s'est résorbée trop vite, c'est-à-dire avant que les matières eussent atteint le gros intestin. La quantité d'aliments ingérés par un adulte en bonne santé est d'environ cinq livres et deux onces, dont 79 p. 100 d'eau. La moyenne du résidu est de 5.25 oz. dont 75 p. 100 d'eau. Dans le traitement de la constipation on devra donc chercher à maintenir autant que possible ces proportions. Si la proportion d'eau contenue dans les *excreta* tombe au dessous de 50 p. 100, les intestins ne les feront mouvoir que difficilement; si c'est au dessous de 20 p. 100, les mouvements du bol fécal seront nuls, et il y aura, en conséquence, constipation opiniâtre.

On n'ignore pas que le sang renferme ordinairement 79 p. 100 d'eau. Si les différentes surfaces sécrètent trop d'eau, ou encore si une quantité suffisante d'eau n'est pas ingérée avec les aliments, alors le sang soutire la proportion d'eau qui lui est nécessaire de là où il peut la trouver, et surtout du canal alimentaire. Il faut donc qu'une quantité suffisante d'eau soit ingérée, ou seule, ou avec les aliments, ou encore sous forme de fruits succulents. On sait qu'après les premières phases de la digestion, — environ une ou deux heures après le repas, — la soif se fait sentir; or cette soif doit être étanchée. En outre l'exercice soulage souvent la constipation par le fait qu'il porte le sujet à boire une plus grande quantité d'eau. L'usage de vêtements trop chauds, en favorisant la transpiration favorise aussi la constipation. Tout le traitement peut se résumer à ceci: Prendre une quantité suffisante d'eau simultanément avec les aliments, et de plus, en ingérer un grand verre vers la fin de la digestion. Surveiller et satisfaire la soif qui se ferait sentir entre les repas. Suivre ce régime pendant plusieurs semaines. S'il manque son effet, ajouter à la diète ordinaire l'usage d'aliments laxatifs, v.g. fruits etc, et prendre un exercice actif. Il peut devenir nécessaire de prendre un apéritif, mais seulement à petite dose et dans beaucoup d'eau, au coucher, ou bien une heure après le déjeuner.

L'épaississement trop grand de la bile peut être le résultat d'un manque de liquides dans l'économie. En augmentant la proportion de ceux-ci, on obvie à cette concentration du liquide biliaire en même temps qu'à la constipation. Sinon, un médicament qui agira spécialement sur le duodénum: calomel, taraxacum, podophylline, pris de préférence à l'heure du coucher, deux ou trois jours de suite, aura souvent raison de cette constipation contre laquelle on dirigera en même temps, comme mesure prophylactique, l'usage méthodique de l'eau.

Action du chloral sur l'albuminurie.—D'après le docteur Wilson, le chloral aurait dans la néphrite albumineuse une action directe sur le tissu rénal. Cette assertion est fondée sur deux observations. La première a trait à une femme de 40 ans, qui était atteinte d'albuminurie et à laquelle le docteur Wilson aurait fait prendre du chloral, le soir,

pour remédier à l'insomnie. Le lendemain, il constatait une forte diminution de la proportion d'albumine contenue dans les urines. Encouragé par ce résultat, il continuait l'administration du chloral et arrivait ainsi à voir disparaître l'albuminurie qui recommençait dès qu'on suspendait la médication par le chloral. La seconde observation concerne un vieillard chez lequel le chloral montra la même action sur l'albuminurie et donna des résultats aussi concluants. Ce sont là deux faits très importants à signaler; ils sont de nature à encourager les praticiens qui pourront trouver dans le chloral un médicament précieux dans une maladie aussi grave que la néphrite.—*British Medical Journal*.

De l'Aphasie.—Cécité verbale.—Surdité verbale.—Aphasie motrice.—Agraphie.—Les leçons de M. le professeur Charcot ont été analysées par M. Pierre Marie qui a cherché dans son travail à extraire la substance de l'enseignement du professeur.

Prenons d'abord pour point de départ l'étude d'un individu quelconque, normal, muni des éléments nécessaires pour comprendre le langage des autres et exprimer le sien; nous voyons que pour arriver à la *formation du mot* une série de phénomènes se passent en lui, qui sont les suivants :

1^o Phénomènes de *réception* : auditif et visuels.

2^o Phénomènes de *transmission* : parole, écriture.

Phénomènes de *réception secondaire* : mémoire de perception des mouvements de la parole.—Mémoire de perception des mouvements de l'écriture.

Telles sont les opérations par lesquelles se constitue la faculté du langage.

Voyons maintenant comment l'évocation du mot peut être entravée. Tout d'abord deux grandes classes d'aphasie suivant que l'obstacle siègera dans la *réception* ou dans la *transmission*, et dans ces deux classes deux subdivisions :

1^o Aphasie de *réception* : ouïe — surdité verbale;
vue — cécité verbale.

2^o Aphasie de *transmission* : parole — aphasie motrice (Broca)
écriture — aggraphie.

Aphasie de *réception secondaire* : perte de la mémoire de perception des mouvements de la parole.

Aphasie de *réception secondaire* : perte de la mémoire de perception des mouvements de l'écriture.

Voici un exemple de *cécité verbale*. C'est un cas très curieux observé à la Salpêtrière par M. Charcot.

A la suite d'une émotion vive à la chasse, un homme de 45 ans, négociant d'une culture intellectuelle moyenne est pris subitement d'hémiplégie droite avec perte de connaissance. Le lendemain matin, il reprend connaissance, il est toujours hémiplégique et de plus bredouille en parlant et prend un mot pour un autre; quelques jours après, ces troubles de la parole disparaissent, la main redevient assez libre et le malade écrit un ordre qu'il a à donner pour ses affaires, mais il ne peut *retire ce qu'il a écrit*; il lui est aussi impossible de lire un imprimé.

Cinq mois après il vient consulter M. Charcot. Il n'y a plus d'hémiplégie, plus d'aphasie motrice, il peut parler facilement, mais il lui

est impossible de lire l'écriture ou un imprimé. Il a oublié aussi quelques substantifs et noms propres; il n'a pas encore retrouvé le nom des rues qu'il a habitées.

"J'écris, dit-il, comme si j'avais les yeux fermés, je ne lis pas ce que j'écris." On lui fait faire son nom: "Je sais bien que c'est mon nom que j'ai écrit mais je ne puis plus le lire." Pendant qu'il fait des efforts pour lire, il retrace avec son doigt dans l'espace les lettres qui composent le mot à lire.

Donc la *cécité verbale* est caractérisée par ce fait que le malade a perdu la notion des signes du langage écrit au point de vue de la réception, tandis qu'il a conservé les phénomènes de réception auditive et ceux de transmission graphique et verbale.

Voici maintenant un exemple de surdité verbale. Femme de 46 ans. Sans perte de connaissance, sans paralysie elle est obligée d'abandonner son travail, elle ne sait plus ce qu'on lui dit, elle ne répond pas, mais n'a jamais commis un acte déraisonnable.

Voici un passage de son interrogatoire:

D. Votre nom?

Elle relève la tête mais ne répond pas.

Interpellée de nouveau. R. Que dites-vous?

On répète la question. R. Je ne comprends pas. On répète encore: Elle finit par dire son nom.

Si on lui demande depuis combien de temps elle est malade la même difficulté d'intelligence se produit. Elle finit cependant par répondre: Depuis trois mois.

Si on lui demande son adresse: Peut-être depuis trois mois et demi.

Cependant l'ouïe est intacte. Elle entend parfaitement le moindre bruit. La vue est intacte. La malade lit facilement les questions qu'on lui adresse par écrit et elle y répond soit de vive voix, soit par écrit après quelques moments de réflexion.

Donc, dans la *surdité verbale*, le malade a perdu, au point de vue de la réception, la notion des signes du langage parlé, mais il a conservé les phénomènes de réception visuelle et ceux de transmission graphique et verbale.

Nous arrivons maintenant à la 2^e classe d'aphasie motrice et de transmission. Elle comprend deux variétés, l'une *phonétique* c'est le type Broca. L'autre *graphique* c'est l'agraphie.

La phase du type Bouillaud-Broca est la plus connue, c'est de beaucoup la plus fréquente: Après une perte de connaissance et l'apparition d'une hémiplegie droite, un homme perd la faculté d'articuler les mots, et les seules syllabes qu'il prononce quand il peut parler sont: pau, pau.

C'est tout ce qu'il peut dire. Cependant il peut lire et écrire très bien de la main gauche et comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit. Il fait en écrivant quelques fautes d'orthographe mais en relisant il les corrige.

Donc l'aphasie du type Bouillaud-Broca ou *logopédie* est caractérisée par ce fait que le malade a perdu, au point de vue de la transmission la notion des signes du langage parlé, tandis qu'il a conservé les phénomènes de réception auditifs et visuels et ceux de transmission graphique.

Quant à l'agraphie il est facile de comprendre en quoi elle consiste:

les phénomènes de réeption sont normaux; la transmission phonétique est conservée mais la transmission graphique est supprimée.

Mais cette dissociation des phénomènes cliniques de l'aphasie correspond-elle à une dissociation anatomique? L'anatomie pathologique constate-t-elle l'existence de signes différents pour chacune de ces mémoires partielles, pour chacune de ces modalités de langage écrit ou parlé, sensoriel ou moteur?

Dans le type Bouillaud-Broca le siège de la lésion se trouve dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Mais, comme le remarque M. Charcot, les lésions peuvent atteindre la circonvolution soit au niveau de l'écorce, soit au niveau de la *substance blanche* sous-jacente (Pitres).

Dans le premier cas c'est la cellule qui est atteinte; dans le deuxième ce sont les fibres de conduction et dans ce dernier la restitution de la fonction sera plus facile.

La surdité verbale accompagne une lésion siégeant au niveau de la première circonvolution temporale gauche.

La cécité verbale dépend donc d'une lésion du lobule frontal inférieur gauche.

L'agraphie s'observerait à la suite de lésions de la frontale moyenne gauche.

En somme, tous les centres seraient groupés sur les deux lèvres de la moitié postérieure de la scissure de Sylvius. Leur voisinage, en corrélation probable avec le voisinage des points d'origine des branches de la sylvienne, permet de comprendre les cas d'*aphasies complexes* (M. Charcot) où la part de tel ou tel centre est difficile à faire en clinique.

C'est aussi ce qui a fait considérer, par quelques-uns, les subdivisions citées plus haut comme des modifications, non dans la qualité mais dans la quantité des troubles psychiques.

L'intelligence et la mémoire sont-elles peu atteintes, l'aphasie est partielle. Le sont-elles davantage, l'aphasie est complète.

Enfin, il est un phénomène qui, dans la question actuelle, joue un grand rôle: c'est celui de la *suppléance fonctionnelle* des différentes mémoires. Tout le monde a observé sur lui-même ce fait. La mémoire auditive fait-elle défaut momentanément, nous appelons à notre aide la mémoire visuelle et *vice versa*. Dans l'aphasie il en est de même. Le premier malade cité avait perdu l'habitude de lire avec les yeux, il traçait alors les lettres avec le doigt et lisait avec le doigt.

C'est là un phénomène psychique sur lequel a insisté M. Charcot. Le centre de réception visuelle étant hors d'état de fonctionner était remplacé par le centre de réception pour les mouvements de l'écriture. Le malade étant habitué à écrire, ce centre avait pris un remarquable développement et suffisait pour lui permettre de recevoir les communications graphiques centripètes.—*Revue médicale*.

L'anurie et son traitement.—Dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, le Dr Mandrillon arrive à d'importantes conclusions pratiques au sujet de l'anurie :

1^o. L'anurie n'est qu'un symptôme, ne reconnaissant pour causes (en dehors des anuries nerveuses ou hystériques), qu'une oblitération mécanique ou organique des uretères ou une affection des reins.

20. L'anurie n'est grave que par les accidents urémiques qu'elle amène.

30. Sa gravité est en raison des lésions qui la produisent ; mortelle, si les lésions sont permanentes ; curable, si elles ne sont que passagères.

40. L'anurie qui guérit est immédiatement suivie d'une diurèse abondante et de courte durée.

Une indication capitale, primordiale, s'impose d'abord : faire uriner et empêcher l'accumulation dans l'organisme des produits de désassimilation entraînés par l'urine.

Enfin, en second lieu, combattre les accidents urémiques.

Pour obéir à la première indication, nous avons un médicament qui est en même temps un aliment de premier ordre : c'est le *lait*. On devra aussitôt mettre l'anurique à l'usage exclusif de ce liquide. C'est d'abord un puissant diurétique, non parce qu'il possède en lui-même des propriétés dites *diurétiques*, mais parce que, pris en grande quantité, il élève la tension sanguine dans les vaisseaux et favorise ainsi la diurèse ; ensuite parce qu'il réduit au minimum la production des produits urémiques.

Que les causes qui ont produit l'anurie soient d'ordre mécanique ou d'ordre néphrétique (je ne parlerai pas ici des anuries hystériques), ce précieux remède trouve son indication. Dans le premier cas, s'il peut vaincre l'obstacle, il prolongera la vie du malade en réduisant au minimum le chiffre de production de l'urée.

Des médicaments qu'un certain nombre de praticiens sont tentés de donner, la digitale, l'opium et ses alcaloïdes, la scille, etc., doivent être prescrits avec la plus grande prudence, car on ne doit jamais oublier que les médicaments dont la voie d'expulsion de l'économie est la voie rénale déterminent dans l'anurie des accidents graves d'empoisonnement.

L'hydrate de chloral, de tous les hypnotiques, est le seul que l'on doit donner de préférence, parce qu'il s'élimine en très grande partie par la muqueuse pulmonaire.

Les alcooliques, les excitants diffusibles et surtout la caféine sont souvent indiqués.

Ils peuvent, dans certains cas d'anurie, produire d'excellents effets, en élevant sans danger la tension artérielle.

Pour combattre les accidents urémiques, deux indications se présentent :

a. Empêcher autant que possible la formation de l'urée, de l'acide urique, etc.

Pour remplir cette indication : du lait, rien que du lait.

b. Expulser de l'économie les produits urétiques qui l'empoisonnent.

La saignée que M. Landouzy, dans une brillante leçon faite à la Charité, recommande comme un moyen de premier ordre, m'a rendu d'immenses services dans l'asthme urémique, et j'ai vu, dans trois ou quatre cas de ma pratique, cet accident redoutable de l'urémie céder comme par enchantement à une large saignée.

Les purgatifs drastiques sont également indiqués, et nous faisons artificiellement alors ce que la nature accomplit lorsqu'elle provoque soit des diarrhées abondantes, soit des vomissements, soustrayant ainsi une certaine quantité de produits urétiques dont l'excès dans l'organisme détermine ces formidables accidents connus sous le nom d'*accidents urémiques*.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des particularités relatives à la tumeur blanche tibio-tarsienne.—Clinique de M. NICAISE à l'hôpital Laënnec.—Laissant de côté, aujourd'hui, l'étude des fractures, nous allons nous occuper de la tumeur blanche tibio-tarsienne que nous avons opérée l'autre jour. Notre malade, qui est entré à l'hôpital le 11 décembre 1883, est un jeune homme de 31 ans qui va être obligé, par suite de l'opération que nous lui avons faite, de renoncer à son état de fumiste. Les antécédents héréditaires ne nous ont donné rien de précis; mais il n'en est pas de même de ses antécédents personnels, car le malade nous raconte qu'il a eu une entorse de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Il tousse en outre depuis deux ans et a eu quelquefois de la diarrhée.

Son articulation a commencé à le faire souffrir au mois de juillet 1883. Cet état a été en s'aggravant jusqu'en novembre où apparut le gonflement, et comme la marche devenait de plus en plus difficile, il vint dans notre service le 11 décembre. A son entrée, nous constatâmes un gonflement bien manifeste au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. La douleur était très vive à la pression et dans les mouvements de flexion et d'extension, mais il n'y avait pas encore d'abcès péri-articulaire, ni de fistules. L'examen des poumons nous fit percevoir, il est vrai, des craquements et du souffle du côté gauche, mais ces caractères n'avaient rien de bien spécifique.

En face de cet état, mettant de côté toute opération, nous avons essayé l'emploi des agents locaux associés à un traitement général. En même temps qu'on immobilisait le pied dans une gouttière et qu'on faisait des applications de teinture d'iode ou de pointes de feu, on faisait prendre au malade une certaine quantité d'huile de foie de morue et de vin de quinquina. Malgré cela, et comme par le fait même de sa lésion notre malade était maintenu au lit et ne pouvait pas profiter du grand air, l'affection a évolué. Un abcès, qui n'a pas tardé à être suivi d'une ulcération de la peau en arrière du péroné, est survenu derrière la malléole externe.

Voici pour les lésions; occupons-nous maintenant un peu du diagnostic. Il est bien certain que nous avons affaire à une arthrite chronique fongueuse, mais ce qui nous importe de savoir c'est son origine. Est-elle tuberculeuse? Nous ne trancherons pas la question aujourd'hui. Mais en présence de l'amaigrissement et des lésions pulmonaires dont je vous ai parlé plus haut, j'ai une grande tendance à croire que la lésion tibio-tarsienne doit être d'origine tuberculeuse. En attendant que l'examen microscopique nous ait donné le dernier mot à ce sujet, occupons-nous de savoir quelle était l'étendue de la maladie, et si l'affection avait atteint les parties molles et les os, ou si elle s'était cantonnée dans une seule de ces parties. Comme il n'y avait pas de fistules au niveau des os, je croyais qu'ils n'étaient pas malades, ou du moins j'avais la ferme conviction que, dans le cas contraire, il n'y avait là qu'une lésion secondaire. Ce diagnostic, que vous n'arriverez pas le plus souvent à préciser, offre cependant une grande importance, car il vous fera savoir si vous devez avoir recours à une résection ou à une amputation.

La tumeur blanche étant arrivée à la période de suppuration avec communication de l'air extérieur avec l'articulation, par suite de l'ouverture de cette dernière, le pronostic était sérieux, et après toutes les tentatives infructueuses que nous avons faites, nous devions arriver à une opération qui permit au malade de sortir de son lit. J'eus l'intention, tout d'abord, de faire la résection, quoique je ne sois pas très partisan de cette opération parce qu'elle donne lieu en général à des récidives ; mais, après avoir constaté que l'état des poumons n'avait fait qu'augmenter, je rejetai ma première idée pour lui faire l'amputation circulaire du tiers inférieur de la jambe selon le procédé de Lenoir, en y ajoutant, toutefois, le décollement du périoste, que je vous recommande, car je m'en suis toujours très bien trouvé. Il n'a pas eu de fièvre, mange assez bien, et n'a que quelques douleurs produites par l'opération.

Maintenant que j'en ai fini avec ce malade, je vais revenir sur la tumeur blanche tibio-tarsienne en particulier, car je n'ai nullement l'intention de vous faire toute l'histoire de cette affection, vu qu'elle présente un certain nombre de lésions qu'on retrouve dans chaque articulation.

La douleur ne reste pas localisée et s'irradie vers le gros orteil, ou vers la partie postérieure de la jambe, plutôt que vers la région antérieure. Quant au gonflement, l'étude de son siège présente un certain intérêt parce qu'il vous fera prévoir l'abcès et la fistule consécutive. Il ne peut se développer sur les parties latérales, les malléoles s'y opposant ; mais il n'en est pas de même pour la région antérieure où le ligament étant très faible se laisse facilement distendre. Vous verrez alors, au niveau de la face antérieure du cou de pied, un bourrelet qui s'étend d'une malléole à l'autre, et qui est d'autant plus accusé qu'il se rapproche des points où les tendons extenseurs ne passent pas. Les abcès et les fistules se formeront en avant de chaque malléole, et en particulier en avant du péroné.

En arrière, l'articulation est recouverte par un ligament si faible, que les anatomistes ne se donnent pas la peine de le décrire, mais qui existe cependant, car je l'ai pour ma part rencontré assez souvent comme je le dis, du reste, dans un traité d'anatomie qui est resté dans les cartons. Le gonflement se fera donc sentir surtout vers la partie moyenne où il n'est pas entravé par les groupes musculaires qui existent latéralement, car il ne rencontre que l'aponévrose profonde et le tendon d'Achille. La perforation de la synoviale se fera à la partie moyenne, le pus s'épanchera alors dans le tissu cellulo-graisseux et viendra se faire jour entre les malléoles et le tendon d'Achille qui le limite en arrière.

Où sera maintenant le siège des abcès péri-articulaires ayant leur origine dans l'articulation, c'est à dire des abcès migrants ? Dans les points que le gonflement affecte. En avant, ce sera principalement devant la malléole externe, et en arrière, il y aura de l'empâtement en avant du tendon d'Achille, et l'abcès, dont la saillie est appréciable de chaque côté, viendra s'ouvrir soit en dedans, soit en dehors. Chez notre malade il y eut deux ouvertures ; la première existait en dehors, derrière la malléole externe, et la deuxième fusée eut lieu au-dessus. Ce n'était pas tout ! le pus avait perforé la gaine du long fléchisseur du ponce, et était venu émigrer jusqu'à la plante du pied.

Quant aux sièges des fistules, qui varient selon les cas, et qui peuvent

être tantôt en avant ou en arrière, et tantôt au niveau de la plante du pied, nous laisserons ce sujet de côté pour examiner s'il y a des attitudes spéciales du pied. L'articulation tibio-tarsienne subit-elle des déformations comme la hanche, par exemple? Oui, le pied s'abaisse, quitte l'angle droit, et tend à se mettre en continuité avec l'axe de la jambe. On a décrit, il est vrai, une foule d'autres déviations, mais elles ne sont que secondaires, dépendent du décubitus du malade, et ne présentent, quoique bien décrites par Bonnet, aucun intérêt pour le chirurgien, car il lui est toujours très facile de les corriger.

Ceci dit, passons à l'examen des lésions de voisinage. Si la tumeur blanche se développe sur un enfant dont le squelette n'est pas encore développé, elle réagira sur les épiphyses et en particulier sur celle du tibia. Si l'arthrite survient avant 18 ans, c'est-à-dire avant la soudure de l'épiphyse à la diaphyse, il survient des modifications dans l'accroissement de l'os. Ce n'est pas tout, et vous aurez, outre cela, des lésions de voisinage dans les articulations environnantes. Les articulations sous astragaliennes peuvent être prises à leur tour. A la face externe, en effet, la surface articulaire tibio-tarsienne se prolonge jusqu'à la face inférieure de l'astragale, et en arrière, la synoviale se prolonge très-bas. Voilà pour les lésions par continuité, mais il y en a encore ici, comme partout ailleurs, par contiguïté, et vous pourrez voir sur la pièce que je vous montrerai tout à l'heure que la synoviale des autres articulations est rouge et injectée. Vous voyez donc qu'il faut examiner non seulement l'articulation primitivement malade, mais qu'il est encore nécessaire de passer en revue les sous-astragaliennes et médio-tarsienne.

Quelques mots maintenant à propos du diagnostic. Le plus difficile, ce sera de savoir si les gaines tendineuses sont attaquées, ou bien si elles sont restées saines. Quand elles sont fongueuses, vous trouverez que le gonflement est moins rapproché du tendon d'Achille, qu'il recouvre davantage le bord postérieur des malléoles, et qu'il siége, dans l'arthrite tibio-tarsienne, un peu plus en arrière. Voici les différentes particularités qui ont trait à l'arthrite fongueuse tibio-tarsienne, et, après avoir laissé de côté avec intention les caractères généraux, je vais arriver à la description de la pièce que vous avez sous les yeux.

Cette arthrite fongueuse a débuté par la surface articulaire et n'a envahi que secondairement les parties molles. Il n'y a aujourd'hui presque plus qu'une théorie. C'est que la tumeur blanche est d'origine osseuse. C'est vrai, mais il y en a aussi qui débutent par les parties molles, et je suis très surpris quand j'entends dire que la tumeur blanche ne peut pas débiter à la suite d'une synovite fongueuse. Ces affirmations étranges sont en opposition absolue avec la pathologie générale, et, si l'arthrite d'origine osseuse épiphysaire est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, il n'en est pas moins vrai qu'elle prend plus souvent son origine, chez ce dernier, dans les parties molles. La néomembrane qui tapisse les surfaces articulaires est plus mince sur les os que sur la synoviale. On ne retrouve aucune trace de cartilages, et il n'y a pas de séquestres. La partie supérieure de l'astragale paraît saine. Il en est de même pour l'extrémité inférieure du tibia sur lequel nous trouvons une ostéite qui monte le long des parois du tissu compact, qui fuit le tour de l'os sans occuper la partie centrale et arrive jusque sur le périoste qui est épaissi. Les ligaments sont infiltrés, et

quant à l'abcès qui siège en dehors sur la face postérieure, à leurs ouvertures, et aux lésions des articulations par continuité ou par contiguïté, je vous ai suffisamment entretenu sur ce sujet pour n'avoir pas à y revenir.—*Praticien.*

Des corps étrangers dans les voies aériennes, par le Dr J.R. WIDTS.

1^o Quand un corps étranger a pénétré dans le larynx, la trachée ou les bronches, il ne faut pas avoir recours à l'emploi des vomitifs ou autres moyens semblables qui ne font qu'augmenter les souffrances du malade sans le guérir.

2^o L'inversion et la succussion sont dangereuses et ne doivent pas être mises en usage, à moins que la trachéotomie ait été pratiquée au préalable.

3^o La seule présence d'un corps étranger dans le larynx, la trachée ou les bronches ne rend pas la bronchotomie nécessaire.

4^o Quand un corps étranger ne donne lieu à aucun symptôme indiquant danger, la bronchotomie ne doit pas être faite.

5^o Lorsqu'un corps étranger demeure fixé dans la trachée ou dans les bronches, on ne doit pas, en règle générale, pratiquer la bronchotomie.

6^o S'il y a des symptômes de suffocation, il faut avoir recours sans délai à la bronchotomie.

7^o Quand le corps étranger est dans le larynx, et qu'il n'y amène pas des paroxysmes de strangulation mais une grande gêne dans la respiration par inflammation ou œdème de la glotte, la bronchotomie devient nécessaire.

8^o Il faut encore faire la bronchotomie, quand le corps étranger est mobile dans la trachée et occasionne de fréquentes attaques de strangulation.—*Weekly Medical Review.*

Dangers des injections de teinture d'iode répétées à courte distance dans le traitement de l'hydrocèle.—Diagnostic de l'hématocèle et du sarcome du testicule.—Traitement.—Il y a quelques jours à peine, M. Tillaux, dans son service de l'hôpital Beaujon, prévenait ses élèves contre le danger de trop se hâter à faire une nouvelle injection de teinture d'iode dans une hydrocèle déjà opérée. Ce n'est qu'au bout de six semaines à deux mois qu'on peut juger du résultat de la première intervention. Se presser davantage, c'est s'exposer à provoquer dans la tunique vaginale la formation de ces fausses membranes si vasculaires qui saignent au moindre choc, c'est s'exposer à produire une hématocèle, c'est-à-dire faire perdre le testicule à son client. C'est ce qui est arrivé à ce malheureux homme de 60 ans. Il y a deux ans il avait une hydrocèle gauche; quinze jours après une injection de teinture d'iode, son médecin lui en fait une seconde plus forte, et nous sommes aujourd'hui en présence d'une hématocèle.

Ces anamnétiques bien précis, et la fluctuation qu'une palpation très attentive permet de constater dans la tumeur, nous ont rendu ce diagnostic facile. Parfois, il n'est pas commode de distinguer l'hématocèle du sarcome. Quand les renseignements sont défaut, que la fluctuation est douteuse, et que le testicule est confondu dans la masse de la tumeur, il est permis d'hésiter. Cependant l'absence de modifications dans le volume du cordon, l'absence ou le peu d'intensité des dou-

leurs, la marche lente, l'impossibilité de trouver des ganglions dans la fosse iliaque et en dernier lieu l'issue d'un liquide épais, couleur de chocolat, obtenu par une ponction exploratrice, feront pencher pour l'hématocèle.

Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas de doute possible. La décortication sera d'abord tentée. Mais elle ne sera pas réalisable si les fausses membranes sont trop épaisses et les adhérences trop intimes. Chez un jeune sujet, alors qu'il y a grande importance à conserver le testicule, au prix même d'une longue suppuration, M. Tillaux passerait un drain. Mais chez un homme de 60 ans, il ne faut pas courir les risques de semblables plaies ouvertes; si la décortication est impossible, il vaudra mieux faire le sacrifice de la glande spermatique et pratiquer la castration.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Coxalgie inflammatoire passagère.—Extrait d'une clinique de M. TERRILLON à l'hôpital de la Charité. — Dans la salle Ste-Catherine repose une femme qui, en tombant presque de sa hauteur, s'est tordue la cuisse. A son entrée dans le service, elle présenta des phénomènes douloureux tellement intenses que nous ne sûmes pas, tout d'abord, s'il n'y avait pas de fracture. Jusqu'ici, rien d'anormal; mais voici qui devient bizarre, et qui va nous conduire à l'étude de la coxalgie hystérique. Le membre inférieur droit, le douloureux, est dans l'abduction, en rotation externe, et a, enfin, une longueur beaucoup plus grande que celui du côté opposé. En présence de pareils symptômes, nous nous demandâmes s'il n'y avait pas quelque chose du côté de la hanche; mais, comme le fémur était intact et qu'il n'existait seulement qu'une douleur assez vive au niveau de la hanche, nous avons mis la malade au repos et nous avons attendu. Quatre ou cinq jours après, nous constatâmes un raccourcissement apparent, de l'adduction, et de la rotation en dedans, tous phénomènes qui, en présence d'une femme nerveuse, ne pouvaient me faire penser à autre chose qu'à la contracture d'un certain nombre de muscles survenue à la suite d'un traumatisme; aussi eus-je recours immédiatement au chloroforme, afin de ne pas avoir l'ombre d'un doute. Mon expérience fut couronnée de succès, car vous avez été à même de voir qu'à mesure que la malade s'endormait, le genou se redressait et la jambe reprenait sa position normale.

Voilà un premier point qui nous prouve déjà amplement que nous avons bien affaire à une contracture. Passons maintenant à un second et examinons la femme endormie. Tous les mouvements qui, auparavant, étaient très difficiles, devinrent alors extrêmement aisés. Quant à la troisième et dernière partie de notre expérience, elle se produisit d'elle-même. A mesure, en effet, que la malade se réveillait, sa jambe se raccourcissait, et se mettait en rotation en dedans et en adduction petit à petit.

Si le chloroforme n'avait pas été employé, on aurait très bien pu faire le diagnostic de coxalgie. Il est bon, toutefois, de bien s'entendre sur la valeur de ce mot. Généralement on donne ce nom à la lésion avec ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Ici, nous n'avons pas du tout affaire à une pareille affection, mais seulement à une variété. On décrit, en effet, trois espèces: la coxalgie vraie ou tumeur blanche, qui est de beaucoup la plus fréquente, la coxalgie hystérique dont le diagnostic est très difficile, et enfin reste encore pour moi, la coxalgie inflammatoire passagère que présente notre malade.

Voilà, en effet, une femme qui, après une chute, a eu des attitudes passagères. Or, la coxalgie vraie ne présente jamais ces deux phénomènes. L'attitude, il est vrai, peut bien changer, mais elle se fait alors très lentement, en un mois, tandis qu'ici les phénomènes inverses ont eu lieu en une nuit. J'élimine donc cette première variété. Restent alors les deux autres. L'hystérique est à peu près semblable à celle qui nous occupe. Ayant, en effet, sous l'influence du chloroforme, l'abolition des symptômes, nous serions, par conséquent, autorisés à faire ce diagnostic. Quelle est donc la différence? La voici: sous l'influence du traumatisme s'est déclarée une arthrite légère qui a été le point de départ de la contracture. Voilà le troisième exemple que je vois. Cela n'a du reste rien qui doive vous étonner si vous vous rappelez que les arthrites du coude ou de l'épaule donnent très fréquemment lieu à des contractures avec attitudes vicieuses. Cette malade, il est vrai, est prédisposée, de sorte qu'on pourrait presque dire qu'il y a eu deux choses: une contracture hystérique et une arthrite légère. Le point douloureux, de plus, dans la coxalgie hystérique, est soit sur le trochanter, soit sur le pubis; mais on ne le rencontre jamais au niveau de l'interligne articulaire.

Je tenais beaucoup à attirer votre attention sur ce fait; malheureusement il peut très bien se faire que les choses ne tournent pas bien. Supposez, en effet, que nous ayons affaire à une jeune fille qui soit disposée à faire de la tuberculose; cette coxalgie deviendra une coxalgie vraie. Quoiqu'il en soit, je crois que, sur vingt troubles de la hanche, vous n'en trouverez certes pas un qui présente les curieux phénomènes qui viennent de vous être décrits.—*Praticien.*

Luxations et fractures.(1)—Extraits d'une clinique de M. Jonathan HUTCHINSON, F. R. C. S., au *London Hospital*.—On doit distinguer deux variétés de fractures:

A.—Fractures avec déplacement.

B.—Fractures sans déplacement.

Il ne faut pas oublier que, bien que se montrant sur le même os ou portant le même nom distinctif, savoir, fracture de Pott ou de Colle, cependant les fractures sont aptes à présenter une foule de variétés; il ne faut donc pas s'attendre à ce que deux cas donnés de la même variété de fracture se ressemblent en tous points.

Comme dans les cas de décollements épiphysaires, plus la fracture est située près d'une articulation, moins il y a de chances de déplacement, lequel n'est la plupart du temps que partiel. Il peut y avoir pénétration, et alors la bonne position des fragments, telle que constatée après la guérison, doit être attribuée non pas tant à l'habileté du chirurgien qu'au hasard qui a fait que, lors de l'accident, les fragments ont pénétré l'un dans l'autre. C'est pour cette raison qu'il ne faut pas trop se hâter d'appliquer les appareils de contention dans ces cas, car on pourrait de la sorte augmenter le mal par l'effet d'une pression intempestive. M. Hutchinson dit avoir souvent traité des fractures de Colle sans faire usage d'aucune attelle. Chaque cas, dit-il, doit être traité suivant ses exigences particulières.

Dans la fracture de Colle, il n'y a la plupart du temps que peu de

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

déplacement; par exception cependant il peut arriver qu'il en soit tout autrement, et alors le traitement présente de sérieuses difficultés.

Dans une fracture avec déplacement, il faut de toute nécessité opérer une réduction complète; dans ces cas il vaut toujours mieux mettre le malade sous l'influence d'un anesthésique avant de commencer les manœuvres de réduction. Aidé de la sorte, le chirurgien ne doit tenir pour satisfait que quand il a pu réussir à mettre les fragments en exacte juxtaposition, sauf pourtant dans les cas où il y a pénétration, celle-ci étant parfois telle qu'elle rend la juxtaposition à peu près impossible.

Une fois que les fragments ont été remis en place, cependant, ils n'ont pas de tendance à reprendre la position vicieuse première; de là le peu de nécessité qu'il y a d'entourer d'attelles le membre fracturé. Le traitement par les attelles devra cependant s'appliquer à un certain nombre de cas. Mais M. Hutchinson estime que les quatre cinquièmes des cas de fractures des membres peuvent être traités avec beaucoup de succès sans l'application d'aucune attelle dont les avantages sont du reste effacés par le mal que cause la pression. S'il faut absolument faire usage d'attelles, les plus simples seront toujours les meilleures, surtout les plus droites qui permettent de faire une meilleure extension et qui peuvent le mieux être tenues en place. Suivant M. Hutchinson une attelle ne doit pas rester en place plus de quatorze jours, si on ne veut courir le risque d'une roideur *rhumatismale* de l'articulation.

Pour prouver combien sont inutiles les appareils compliqués inventés par plusieurs pour le traitement des fractures, M. Hutchinson rapporte le fait d'un instrument de ce genre, inventé par le Dr Gordon, de Belfast, et destiné à être d'un usage général parmi les chirurgiens. Or, dans un ouvrage publié par un chirurgien éminent, cet instrument est représenté *sens dessus dessous*; on peut en conclure que le chirurgien susdit n'avait guère compris l'appareil.

Il n'y a pas que la fracture de Colle qui puisse être traitée avec succès par l'extension pratiquée au moyen d'une simple attelle droite; toutes les autres fractures sont aussi dans ce cas. Les attelles doivent être munies de coussins fort épais, surtout quand il s'agit de fractures du fémur. M. Hutchinson dit qu'il a vu beaucoup plus de cas d'union vicieuse résulter du traitement des fractures par les nombreux appareils modernes, qu'il n'en a vu par suite de l'usage des bonnes vieilles attelles droites.

Les fractures du col du fémur revêtent une grande variété de formes. On a voulu les diviser en intra et extra capsulaires, comme si le col du fémur était toujours fracturé exactement en dehors ou en dedans de la capsule. Comme question de fait il en est rarement ainsi. Ainsi le grand trochanter seul, ou les deux trochanters peuvent être brisés et la fracture elle-même siéger partiellement en dehors de la capsule. Cependant, quand la déformation est considérable, on peut soupçonner l'existence d'une fracture extra capsulaire, et si, en saisissant fermement les deux hanches, on constate que celle du côté malade est plus épaissie, on peut tenir pour certain que la fracture ne siège pas exclusivement en dedans de la capsule. Dans tous les cas de fracture du col du fémur, l'union osseuse doit être le but constant du chirurgien, et M. Hutchinson est d'avis qu'il est toujours permis d'espérer un semblable résultat.

Traitement des abcès froids par les injections éthérées d'iodoforme. — Le professeur Verneuil obtient la guérison rapide de presque tous ses abcès froids, abcès ossifluents, par congestion, etc., au moyen des injections éthérées d'iodoforme au 1.20. La poche purulente, préalablement vidée avec l'aspirateur Potain, reçoit à l'aide du même instrument, de 100 à 300 grammes de la solution iodoformique. En ne dépassant pas cette quantité (15 à 20 grammes d'iodoforme), on n'a jamais à craindre d'accidents d'intoxication. Le liquide pénètre ainsi dans toutes les anfractuosités et diverticules de l'abcès, l'éther est absorbé ou se vaporise et l'agent antiseptique se dépose en couche uniformément étendue sur la membrane pyogénique, qu'il modifie. Un des élèves du savant chirurgien de la Pitié vient de faire ressortir dans sa thèse inaugurale l'excellence de cette méthode, bien supérieure au grattage et à l'ablation de la paroi de l'abcès. Outre que cette enveloppe n'est pas toujours et complètement accessible, le procédé d'ablation que préconise M. Lannolongue expose à des accidents inflammatoires et à la mort. Les injections de teinture d'iode, qu'on a recommandées, ont l'inconvénient de provoquer dans les foyers purulents une irritation parfois très vive, qui se propage aux parties; elles laissent souvent après elles des fistules intarissables. Bref, dans cinq observations relatées dans cette thèse, de très vastes abcès costaux, etc., ont été guéris en trois mois, par 3 ou 4 injections éthérées d'iodoforme. Ce traitement si simple, si exempt de dangers, si facile à appliquer, sera vite adopté par tous les praticiens. — *Revue de thérap. méd. chirurg.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Les déchirures du périnée. (1). — Lorsqu'une déchirure du périnée survient, elle peut-être plus ou moins étendue : consistant parfois en une simple éraillure de la fourchette, elle intéresse assez souvent une certaine épaisseur du tissu compris entre le sphincter et la vulve ; dans d'autres cas, plus rares, le sphincter lui-même est lésé plus ou moins complètement ; il suffit de signaler les cas exceptionnels de déchirure centrale du périnée, le sphincter et la commissure restant intacts.

Quelle est la conduite à tenir suivant ces diverses circonstances, ? — Rien constater d'abord, après un lavage antiseptique sérieux, l'étendue des lésions du périnée : ce qui n'est pas toujours facile à la suite d'un accouchement laborieux, lorsque les parties atteintes sont violacées, contuses. S'il n'y a qu'une légère déchirure, il suffit de tenir les jambes de la malade rapprochées au moyen d'un drap qui lui maintienne les genoux, puis redoubler les soins de propreté ; la réunion immédiate a lieu presque toujours.

Mais les auteurs ne sont plus d'accord sur ce qu'il faut faire dans le second cas, lorsque, sans entamer le sphincter, la déchirure a intéressé une bonne partie du périnée. pour le plus grand nombre des auteurs, il faut agir, soit immédiatement, soit seulement au bout de quelques jours ; pour quelques-uns, il est inutile de faire la moindre intervention. C'est ainsi que M. Charpentier rejette l'emploi des sutures métalliques

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

ou autres, des serres-fines même ; il se contente " la plaie étant bien lavée, de faire affleurer aussi bien que possible les bords de la déchirure, de façon à ce qu'ils soient absolument de niveau." Il applique sur le périnée une compresse trempée dans une solution au 100^e d'acide phénique, et il rapproche les jambos de la malade en maintenant les cuisses réunies à l'aide d'une serviette assez serrée pour empêcher tout mouvement d'écartement des cuisses. Afin d'éviter la défécation, il administre à la malade de 5 à 10 centigr. d'extrait thébaïque dans les vingt-quatre heures, par pilules de 0,01 centigr. Les jours suivants c'est-à-dire pendant quatre jours, il prend les plus grandes précautions pour empêcher l'écartement des deux lèvres de la plaie. J. Moses est du même avis ; il pense de même que la guérison de ces déchirures est toujours possible, simplement en bandant les genoux et en maintenant les parties lésées en contact et parfaitement propres.

Cette pratique n'est pas adoptée cependant par la majorité des accoucheurs : la plupart préfèrent maintenir solidement en contact les lèvres de la solution de continuité, les uns intervenant immédiatement après la délivrance, les autres plus tardivement. Quelle est la meilleure méthode ? Roux condamnait l'intervention immédiate ; Velpeau, revenant un peu plus tard sur ce point, arrivait aux mêmes conclusions ; MM. Verneuil, Blot, Trélat, Polaillon, veulent différer également toute intervention chirurgicale jusqu'après le troisième ou quatrième mois après l'accouchement. Ces divers auteurs redoutent, les uns le gonflement qui va s'emparer des parties malades, et l'étranglement des tissus compris dans la suture ; les autres incriminent l'écoulement des lochies comme devant empêcher la cicatrisation de la plaie. D'autres enfin, avec Moses, pensent que le choc supporté par la parturiente fait qu'elle se trouve dans des conditions d'opération défavorables.

Les partisans de l'opération immédiate, Dieffenbach, Bérard, Danyau, Demarquay, Barnes, Sims, Simpson, sont aussi nombreux et non moins autorisés que leurs adversaires ; de plus, les raisons qu'ils font valoir en faveur de leur manière de faire, semblent meilleures et plus concluantes. M. Eustache, après avoir réfuté la plupart des objections des adversaires de l'intervention immédiate, examine la plus sérieuse, l'état puerpéral de la femme : " Chez une femme, dit-il, qui vient à peine d'être délivrée, on n'entreprendrait certes pas volontiers une opération quelconque ; mais est-ce bien une opération que la suture pratiquée dans ces circonstances, et pour une solution de continuité déjà produite ? " N'est-il pas à craindre que ces déchirures ne deviennent le point de départ des accidents liés aux larges plaies ? La périnéorrhaphie, pratiquée dans ces conditions, supprime cette complication en obstruant la solution de continuité et la mettant, par conséquent, à l'abri de tout danger d'absorption purulente ou putride, et cela sans traumatisme nouveau. En effet, ce n'est pas une opération sanglante que l'on pratique alors, ce n'est en quelque sorte qu'un simple pansement. Il faut également repousser l'intervention retardée de six à huit jours ; l'opération primitive, outre qu'elle amène souvent une guérison complète, facilite et simplifie toujours les interventions ultérieures, lorsqu'elles sont nécessaires.

C'est donc avec raison que G. Simon (de Liège) recommande d'avoir toujours sous la main tout ce qu'il faut pour faire une suture du périnée, il est bon également d'avoir quelques serres-fines qui, dans nombre de cas, peuvent suffire et donner d'excellents résultats.

Lorsque les lésions paraissent assez sérieuses pour nécessiter l'emploi des sutures, on fait placer la femme dans la position de la taille, en travers du lit : puis, après avoir lavé soigneusement la plaie périméale, on place les sutures.

Nous ne pouvons ici que signaler les nombreux procédés de sutures sans entrer dans leurs descriptions : suture en cheville (Roux), suture entortillée (Dieffenbach) suture en surjet (Maisonneuve), suture en 8 de chiffre (Keppner), suture entrecoupée (Langenbeck, Bouisson, Demarquay), suture continue de Pelletier, etc., etc..

Diverses espèces de fils ont été employés pour les sutures : fils de lin, de chanvre, de soie, de fer, de plomb, d'argent, etc. ; beaucoup d'accoucheurs emploient de préférence les fils d'argent qu'ils laissent au moins cinq ou six jours en place lorsqu'il n'y a pas d'élévation de température. Baker-Brown conseille de les enlever dès le troisième jour : Th. Smith pense qu'il vaut mieux les laisser en place une semaine. Le catgut est employé volontiers par certains auteurs : c'est ainsi que D. Mollière, le Dr Brose préconisent tout particulièrement cette substance. Si la déchirure n'est pas très étendue, on se contentera de sutures simples et directes ; mais, lorsque le sphincter est largement intéressé, il faut recourir à la suture entrecoupée du rectum et du vagin et à la suture enchevillée du périnée.

Du reste il sera intéressant de revenir ultérieurement sur le meilleur procédé de périnéorrhaphie immédiate ou tardive, sur les procédés d'avivement dans le cas d'opération consécutive, et sur les précautions à prendre pour favoriser la consolidation. Qu'il nous suffise d'avoir rappelé dans quelles conditions surviennent volontiers les déchirures du périnée ; par quelles précautions on pouvait diminuer les chances de voir la rupture se produire. Quant au meilleur procédé à employer pour réparer les dégâts, il serait trop long de discuter ici les différentes méthodes préconisées, tant en France qu'à l'étranger.—*Concours médical.*

De l'influence de l'âge sur le travail, chez les primipares.—Après une étude sérieuse de cette question, Kleinwaechter s'appuyant sur les rapports de 920 cas observés à la clinique d'Innsbruck, en vient aux conclusions qui vont suivre. Il commence par établir trois groupes distincts de malades :

I	Primipares jeunes	— 16 à 19 ans
II	“ d'âge moyen	— 20 à 29 “
III	“ âgées	— 30 à 41.

1° Les complications accidentelles étrangères à la grossesse se montrent rarement chez les primipares jeunes, et le plus souvent chez les primipares âgées.

2° Les troubles divers attribuables à la grossesse sont plus fréquents chez les âgées, puis chez les jeunes.

3° C'est chez les jeunes que les hémorrhagies se montrent le plus souvent, au cours de la grossesse ; c'est chez les plus âgées qu'elles sont les plus rares.

4° Le travail se prolonge surtout chez les âgées ; les jeunes viennent ensuite.

5° L'inefficacité des douleurs est très rare chez les primipares de 20 à 29 ans, la plupart du temps elle se rencontre chez les plus âgées.

6° Conséquemment, c'est chez ces dernières que l'on est le plus souvent obligé d'appliquer le forceps

7° Seule, la première période du travail subit l'influence de l'âge, chez les primipares. La seconde période s'en ressent à peine. La troisième pas du tout.

8° Le chiffre de la mortalité chez les primipares auxquelles on a dû appliquer le forceps augmente avec l'âge des parturientes.

9° Plus âgée est la primipare, plus grand est le danger de déchirure du périnée.

10° De même, plus la primipare est âgée, plus elle est exposée aux hémorrhagies puerpérales. Ces hémorrhagies ne sont cependant pas aussi fréquentes qu'on le croyait autrefois.

11° Avec les progrès de l'âge s'accroît la prédisposition des primipares aux affections rénales.

12° Il en est de même de la fréquence de l'œdème sans troubles rénaux.

13° Plus la primipare est âgée, moins il y a de danger de mastite; moins aussi il y a de chance que la femme puisse nourrir.

14° Ce sont les âgées qui sont les plus sujettes à la fièvre puerpérale et à la manie puerpérale, ce sont les primipares d'âge moyen qui le sont le moins.

15° Le chiffre de la mortalité est plus élevé chez les primipares âgées. C'est chez celles d'âge moyen qu'il l'est le moins.

16° On rencontre les accouchements spontanément prématurés surtout chez les âgées. Ils sont bien rares chez les primipares d'âge moyen.

17° La fréquence des positions anormales du fœtus s'accroît avec les progrès de l'âge.

18° Plus la primipare est âgée, plus il y a de chance qu'elle donne naissance à un garçon, il faut en excepter les parturientes entre vingt et vingt-un ans qui ont plus de filles que de garçons.

19° La prédisposition aux grossesses gémellaires augmente aussi avec l'âge.

20° Plus la primipare est âgée, plus l'enfant est posant et long, et plus tôt tombe le cordon ombilical; chez les jeunes le cordon tombe bien plus tard.

21° Avec l'âge diminue chez la primipare la fréquence des naissances d'enfants difformes.

22° La mortalité des enfants nouveaux nés augmente avec l'âge de la mère.—*Boston Medical and Surgical Journal*.

Chirurgie abdominale et hystérectomie.—*Extraits d'une communication de M. Lawson TAIT, F. R. C. S. Eng., à l'Association médicale canadienne.* (1).—Une autre variété de cas que nous rencontrons souvent est constituée par les malades souffrant d'affections chroniques et incurables des annexes de l'utérus : ovarite chronique, salpingite chronique avec obstruction des trompes, celles-ci étant en conséquence distendues par du sérum, du pus ou du sang. Ce n'est que depuis quelques années que ces cas sont bien connus et bien étudiés. La faute en est aux théories mécaniques mises en honneur par Simpson et son école, pour qui les déplacements utérins constituaient la plus grande partie des maladies de la matrice, et qui les combattaient au moyen de la sonde.

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

exploratrice et du pessaire, Aujourd'hui un grand nombre de ces soi-disant cas de déplacements utérins sont reconnus consister en inflammations chroniques des trompes et des ovaires, justiciables de l'intervention chirurgicale seulement.

Ici vous allez me demander à quels signes on reconnaît ces maladies, et je réponds que le diagnostic en est et en sera probablement toujours incertain. Elles débutent en général par une attaque aiguë de quelque inflammation des organes du bassin et c'est de là que la malade fait dater le début de son malaise ; avec de tels symptômes commémoratifs, soyez toujours sur vos gardes. La maladie primitive a pu être, par exemple, une attaque de gonorrhée, une périmérite consécutive à un accouchement ou à un avortement, une fièvre éruptive etc. En certains cas le point de départ reste incertain, ce qui rend le diagnostic plus difficile. Bien qu'assez positifs par eux-mêmes, les symptômes ne sont cependant pas caractéristiques. La douleur en est un des principaux. Cette douleur est persistante, s'aggrave sous l'influence de la marche ainsi que durant tout le temps de la menstruation et pendant les quelques jours qui précèdent et qui suivent celle-ci. La menstruation est ordinairement plus fréquente et plus profuse. Dans la grande majorité des cas, l'utérus est plus ou moins immobilisé et l'on peut sentir une tuméfaction assez douloureuse, soit d'un côté soit de l'autre, soit même des deux côtés à la fois, soit enfin en arrière de cet organe. Quand les trompes et les ovaires sont en arrière de l'utérus et y ont contracté des adhérences, ce qui est le plus souvent le cas, le diagnostic devient très difficile pour un commençant. On croit tout bonnement à une subinvolution et à une rétroflexion et on applique un pessaire qui n'a d'autre effet que d'aggraver les douleurs. C'est alors que la malade va de médecin en médecin, en quête de nouveaux pessaires, jusqu'à ce qu'elle finisse par devenir incurable ou par succomber à une attaque de péritonite aiguë.

Dans quelques uns des cas les plus marqués que j'ai eus, il n'y avait aucun signe physique et je ne me suis cru justifiable d'intervenir qu'en vue des souffrances de la malade.

Disons un mot, en passant, des symptômes subjectifs. Tout le monde connaît l'histoire que racontait Liston. Une fille hystérique l'avait un jour persuadé de lui amputer une jambe saine, pour une prétendue maladie de l'articulation du genou. Connaît-on quelque autre histoire de ce genre ? Oui, je l'ignore. Nous rencontrons certainement des femmes qui nous font des récits aussi extraordinaires qu'incroyables de leurs souffrances ; mais ces récits sont tellement contradictoires et décousus qu'il n'est pas facile d'y ajouter foi. De plus, aucun signe physique ne vient les appuyer. Une femme dont le récit est véridique tient un langage plus suivi et se soumet de bonne grâce au traitement tandis qu'une trompeuse n'a rien de plus pressé que de prendre la fuite aussitôt qu'il est question d'une opération pouvant mettre sa vie en danger. Je n'ai jamais pratiqué d'opération sans avoir trouvé que celle-ci fut nécessaire, même dans des cas où, avant l'opération, l'opportunité de celle-ci me paraissait fort douteuse. Les opérations de ce genre sont fort difficiles, vu les nombreuses adhérences que l'on rencontre, et l'opérateur n'a pour se guider que la délicatesse et la perfection de son toucher. Quelques uns de mes critiques ont prétendu que dans les cas d'occlusion et de distension des trompes, la ponction

pouvait remplacer la section abdominale. Mais l'expérience m'a appris que cette ponction est inutile. Quant à l'histoire subséquente de ces cas, je puis dire que la plupart de mes malades sont immédiatement et parfois même complètement soulagées par l'opération. Chez quelques unes persiste, pendant plusieurs mois, une certaine sensibilité du pédicule. Dans quatre mauvais cas j'ai vu s'établir des fistules fécales, mais dans deux les sinus ont guéri, et les patientes sont aujourd'hui parfaitement bien. Dans le troisième cas, la fistule s'ouvre encore de temps à autre. Enfin, dans le quatrième cas, le pire de tous ceux que j'ai rencontrés, la fistule persiste encore, douze mois après l'opération, mais l'état général de la malade s'est tellement amélioré que j'espère encore en une guérison, en temps opportun. Je termine en vous disant un mot de l'opération au moyen de laquelle le Dr Rowland Battey a voulu, en provoquant artificiellement la ménopause, mettre fin à certains troubles nerveux plus ou moins intimement liés à la fonction menstruelle. Pour décider de l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans des cas de ce genre, il faut une extrême réserve et une extrême prudence. Quand, pour la première fois, j'entendis parler de ce genre d'opérations, je résolus d'appliquer ces vues purement théoriques au traitement d'une maladie qui, en beaucoup de cas, est intimement liée à la menstruation, je veux dire l'épilepsie. Chez beaucoup de femmes épileptiques l'attaque survient à l'époque menstruelle seulement, chez d'autres les manifestations épileptiques sont plus intenses lors de l'apparition des règles. Je choisis donc, au hasard, six cas d'épilepsie menstruelle, et je pratiquai, chez eux tous, l'opération de Battey, l'ovophorectomie. Le résultat fut que toutes ces malades supportèrent on ne peut mieux l'opération et furent bientôt en convalescence. Dans deux de ces cas l'épilepsie était si grave que la vie en avait été sérieusement menacée; aujourd'hui les malades sont presque tout à fait guéries de ces attaques épileptiques, outre que leur santé générale s'est considérablement améliorée. Chez une autre malade, l'épilepsie fut arrêtée pendant plus de dix huit mois, et bien qu'elle se soit manifestée de nouveau, il n'en est pas moins vrai que la patiente est devenue une femme forte et robuste, de faible et de chétive qu'elle était auparavant. Chez deux autres enfin la maladie s'est améliorée de même que la santé générale.

Après tout, cependant, je ne suis pas en principe fortement porté à recommander cette opération de Battey, bien qu'en certains cas je la crois éminemment utile et recommandable. De fait, si j'avais une fille dont la santé aurait été compromise par l'épilepsie menstruelle, je n'hésiterais pas à conseiller l'opération. Celle-ci doit aussi être conseillée à un autre point de vue; en la pratiquant chez les épileptiques, on oppose une barrière infranchissable à l'hérite de la maladie. Il ne faut donc pas se hâter de la condamner tout à fait. Appliquée au traitement de l'épilepsie, l'ablation des annexes utérines ne tuerait probablement pas plus de une malade sur cent, et en soulagerait certainement cinquante sur cent. Elle aurait pour effet d'améliorer sensiblement la santé générale du plus grand nombre et, dans tous les cas, n'aggraverait certainement pas la maladie.—*Canadian Practitioner.*

Du sulfate de cuivre en obstétrique.—M. Charpentier en propose l'emploi et voici ses conclusions :

Le sulfate de cuivre employé en solution au centième est un antiseptique

tique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés ;

Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très-puissant, celui d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané ;

Qu'il soit employé sous forme d'injection intra-vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue ;

La sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles qu'il pourrait être substitué, comme hémostatique, au perchlore de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies.

La solution à employer doit être la solution au centième chauffée à une température de 36 à 38 degrés ;

L'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable.

Les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique qui, dans un certain nombre de circonstances, et, en particulier, dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

—*Bulletin de l'Acad. de médecine. — Paris médical.*

Traitement de la fièvre puerpérale.—Depuis quelques années, la pratique des *injections vaginales et utérines* désinfectantes est devenue la base du traitement prophylactique et curatif de la fièvre puerpérale, comme les pansements antiseptiques se sont substitués aux autres moyens préventifs contre l'infection purulente des opérés. Il y a seulement divergence dans le mode d'emploi. Ainsi certains, à l'exemple de M. le professeur Depaul, pensent que les injections vaginales, dans les cas d'endométrite puerpérale, pénètrent parfaitement dans la cavité du col utérin, à cause de la béance de celui-ci. Pour le plus grand nombre des accoucheurs, au contraire, les irrigations vaginales sont insuffisantes, et l'injection doit être pratiquée dans l'utérus lui-même, au moyen d'une canule en gomme élastique ou en caoutchouc, ou d'une sonde à double courant.

Les craintes que l'on pouvait théoriquement concevoir, au sujet des accidents que cette pratique aurait pu faire naître, s'effacent devant la statistique des grandes maternités ; M. Joanny Rendu consigne dans sa thèse que, sur un total de plus de vingt cinq mille lavages utérins, on n'a constaté que des accidents insignifiants. Les objections qui avaient été soulevées contre les lavages intra utérins étaient : la possibilité d'injecter du liquide dans le péritoine par les trompes, de provoquer des hémorrhagies ; de faire pénétrer de l'air dans les veines utérines et, par suite, dans les cavités cardiaques et les capillaires du poumon ; enfin de déterminer la thrombose des sinus utérins par suite de l'introduction dans ceux-ci de liquide coagulants. L'inanité des trois premières objections est aujourd'hui démontrée ; la dernière sera toujours écartée si l'on a la précaution de n'employer que des solutions

étendues, détersives et antiseptiques, et non pas styptiques et coagulantes. L'opération sera toujours exempte de dangers si le col de l'utérus est assez dilaté pour permettre la sortie des liquides injectés, si on n'a pas injecté d'air avec le liquide, si l'injection a été poussée lentement et sans violence, si le liquide n'est ni trop caustique, ni trop astringent, et si sa température est un peu moins élevée que celle du corps, enfin si l'accoucheur exécute toujours l'injection lui-même et ne la confie jamais à des mains inexpérimentées.

En revanche, les bénéfices obtenus par ces injections sont incontestables. Si on les a pratiquées dès que les lochies sont devenues fétides et que les accidents fébriles se sont montrés, au bout de deux ou trois jours, les lochies perdent leur fétidité et la température ne tarde pas à s'abaisser de 40° à 38° et même 37° , après quelques injections ; le sommeil revient, des sueurs parfois abondantes sont suivies d'une sensation de bien-être accusée par la malade. Un abaissement de température considérable ne doit pas suffire pour rassurer, tant que les lochies restent odorantes et que les observations thermiques varient beaucoup entre le matin et le soir ; il faut une apyrexie persistante de deux ou trois jours et des lochies normales, pour écarter toute crainte de résorption,

Quant à la nature du liquide à employer pour pratiquer les injections vaginales et utérines, elle varie suivant les accoucheurs. Le plus grand nombre préconisent les *injections phéniquées* à 20 p.100 : une solution plus concentrée, à 5 p. 100, est caustique, et doit être rejetée, car son usage peut être suivi d'accidents nerveux réflexes, dyspnée, convulsions, pouls filiforme, menaces de syncope, ou simplement d'urines noires avec tendance au collapsus, attestant un certain degré d'intoxication phéniquée.

L'acide salicylique, le permanganate de potasse sont aussi très employés ; le dernier a l'inconvénient de tacher d'une façon indélébile les linges et les pièces de literie. On a encore utilisé la teinture d'iode et le perchlorure de fer à petites doses.

Mais il faut se garder de croire que l'on a tout fait pour le bien des malades qui présentent des symptômes de puerpérisme infectieux, en désinfectant les liquides utéro-vaginaux ; l'expérience des praticiens les plus renommés nous apprend qu'il faut instituer un traitement à la fois général et local, pour combattre à la fois le poison dans l'organisme où il a pénétré, et ses localisations sur les organes.

Le traitement général comprend l'administration des toniques les plus énergiques, l'alcool, l'extrait de quinquina, et les médicaments antiseptiques et antipyrétiques, aucun ne vaut mieux, croyons-nous, que le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour au minimum ; et qu'on poussera jusqu'à deux grammes sans inconvénients. M. Siredey emploie l'acide phénique.

Comme stimulant dans les cas de puerpérisme adynamique, nous ne saurions trop recommander de petites injections hypodermiques d'éther, faites par quart de seringue de Pravaz, et répétées plusieurs fois en vingt-quatre heures.

Quand c'est la forme péritonitique ou métrô-péritonitique que l'on voit apparaître, le traitement local antiphlogistique est parfois suivi d'admirables résultats : sangsues ou ventouses scarifiées sur l'abdomen, vésicatoire volant très ample, mais fortement camphré, pour éviter tout

accident de cantharidisme, onctions avec la pommade mercurielle belladonée, ou applications permanente d'un sac de caoutchouc plein de glace pilée sont d'excellents moyens.

Lorsqu'un état nettement saburral de la langue existait, j'ai vu M. Hervieux administrer successivement un émétique et un purgatif salin, et toujours le résultat était favorable.

On devra chercher aussi à provoquer une diaphorèse et diurèse constantes, bien que modérées, afin de hâter l'élimination de l'agent infectieux par tous les émonctoires, sans cependant affaiblir trop l'organisme.

Enfin il faut toujours entretenir une aération active, et sans exposer bien entendu la malade à des courants d'air, la placer dans une pièce vaste, cubant le plus d'air possible, sans rideaux à son lit, afin qu'elle ne respire pas à nouveau l'air vicié par ses expirations, et l'odeur de ses sécrétions.—*Concours médical.*

Troubles oculaires pendant la grossesse et l'accouchement.—

Les altérations de l'organe de la vision dans le cours de la grossesse sont relativement assez fréquentes, bien qu'on n'ait pas fait jusqu'ici de statistique à cet égard, car bien souvent elles restent inaperçues. M. le docteur Métaxas les a passées en revue dans sa thèse et en a fait une étude intéressante.

Les ulcères de la cornée sont au nombre des accidents qu'on peut voir se produire. Ils peuvent provenir d'une cause quelconque ou bien survenir spontanément. Ils sont observés le plus souvent sur des femmes faibles et délicates, et le meilleur des traitements à leur égard se résume en deux mots : repos et toniques. Pendant la lactation, chez les femmes qui sont considérablement affaiblies, une petite érosion peut amener une inflammation très intense de la cornée, et si l'affection est traitée inopportunément, il peut en résulter un hypopion. On peut voir encore, comme à la suite de la suppression des règles, ainsi que le docteur Dagueneu en a cité un cas, la suppuration des deux cornées.

L'iritis gravidique a été signalée par M. Galewski.

L'asthénopie accommodative, déjà indiquée par Desmarres père, attribuable à une fatigue du muscle ciliaire, est beaucoup plus fréquente. La malade se plaint, tandis que sa vue était auparavant parfaitement bonne, que depuis sa grossesse elle ressent des douleurs chaque fois qu'elle essaye de lire ou de coudre, que son œil s'injecte de sang, et qu'il s'écoule des larmes abondantes. L'affection est surtout marquée chez les hypermétropes, la contraction du muscle étant plus forte encore pour la vision rapprochée. Les toniques, l'exercice, la strychnine à petites doses constituent les meilleurs moyens à employer dans cette affection.

On a signalé également l'irido-choroïdite suivie de la suppuration du globe oculaire, ainsi que le glaucome hémorragique.

La rétinite peut se montrer dans deux conditions différentes : tantôt elle est en rapport avec l'albuminurie et présente les mêmes caractères que la rétinite albuminurique ; tantôt la rétine est le siège de suffusions sanguines sans qu'il y ait d'altération rénale. Ces variétés de rétinite peuvent d'ailleurs s'améliorer et même guérir.

Dans certains cas encore on voit survenir de l'hémipopie ou des

scotomes sans qu'on rencontre de lésions ophthalmoscopiques qui puissent les expliquer; ils doivent être rattachés alors à des lésions encéphaliques ou à un simple trouble du système nerveux cérébral.

L'amaurose enfin peut se montrer chez les femmes enceintes, mais dans des conditions variées. Chez quelques-unes, elle peut se montrer à la suite de l'éclampsie. Elle éclate alors en général subitement, on est aperçue au sortir d'un état comateux et s'accompagne de photopsie de mydriase, de céphalalgie ou de douleur. Le rétablissement complet de la vue a lieu de six jours à quelques semaines après l'accouchement. Un fait remarquable dans cette forme d'amaurose est qu'elle peut se répéter à chaque grossesse. M. Litzman rapporte un cas dans lequel, pendant neuf grossesses consécutives, l'urémie se révéla sous la forme grave de convulsions et d'amaurose. Santesson cite aussi le fait d'une femme atteinte d'amaurose complète des deux yeux pendant les cinq derniers mois de huit grossesses successives et dans un laps de dix années. Après chaque délivrance, elle récupérait complètement la vue, mais chaque grossesse la rendait de plus en plus faible et elle tardait davantage à se remettre.

La grossesse, enfin, peut exercer une certaine influence pour oblitérer les canalicules lacrymaux, le sac lacrymal ou le canal nasal; mais, lorsqu'une de ces conditions existe, l'inflammation peut se développer dans le sac et produire une dacryocystite suppurée. Il serait difficile de trouver la raison de la fréquence très grande des affections des voies lacrymales se développant soit avant, soit après l'accouchement. Le larmolement simple est la forme la plus fréquente que l'on rencontre chez les femmes après la délivrance; il se déclare ordinairement chez ces malades d'une manière instantanée et sans être précédé d'aucun signe précurseur; peu à peu il devient très intense et se transforme en une dacryocystite si l'on n'intervient pas; il porte plus fréquemment sur l'œil gauche seul. Le traitement ne diffère en rien du traitement ordinaire.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

Vomissements incoercibles de la grossesse guéris instantanément au moyen des irrigations d'éther sur l'épigastre, par le Dr. A. GALCEDAN.— Il s'agit d'une jeune femme primipare d'une faible constitution, ayant de fréquents vomissements depuis le second mois de la grossesse. Au cinquième mois, les vomissements devinrent plus persistants et s'accompagnèrent, dans l'intervalle, de nausées, d'évanouissements et de malaise général. En quelques heures, ils devinrent si fréquents qu'ils se succédaient sans interruption, provoquant des syncopes, une prostration absolue des forces, du bruit dans les oreilles, du refroidissement de la peau, des sueurs froides et abondantes, un pouls fréquent et filiforme, etc. La vie était manifestement en danger.

Les moyens les plus variés furent mis en usage sans résultat. On essaya, tour à tour, les antispasmodiques (éther, valériane, musc), les opiacés, le chloral, les boissons gazeuses et glacées, etc.

Vers le soir, on convint d'essayer les irrigations d'éther sur l'épigastre.

L'effet fut instantané; une seule irrigation suffit pour couper court aux vomissements. La malade fit quelques profonds inspirations, disant qu'elle était guérie et qu'elle se trouvait parfaitement. — *Paris médical.*

FORMULAIRE.

Asthme.—*Huchard.*

R.—Pot. iodid.....	ʒii
Tinct. lobeliæ.....	} ʒʒ
Tinct. polygalæ.....	
Extract. opii.....	gr iss
Aq. destill ad.....	ʒviii

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe matin et soir.

Dyspepsie.

R.—Rhæi. cont.....	ʒii ss
Gentianæ. cont.....	} ʒʒ
Cardamom. cont.....	
Aquæ.....	ʒvi
Spt. vini gall.....	ʒii

M.—Faites macérer 48 heures. Filtrez, puis ajoutez une drachme de carbonate de potasse.

Dose : Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, une demi-heure avant les repas.—*Quart. Compend of Med. Science.*

Gonorrhée.

R.—Zinci sulph.....	} ʒʒ
Extr. belladon.....	
Mucilag. acaciæ	ʒi
Aquæ ad	ʒviii

M.—Une cuillerée à thé en injection. En même temps on pratique des frictions sur le périnée au moyen d'un onguent d'opium et belladone.—*Canada Lancet.*

Hémorrhoides.—*L. Duval.*

R.—Pommade camphrée.....	ʒi
Poudre de noix de galle.....	} ʒʒ
Extrait de Saturne.....	
Extrait de belladone.....	gr vi

M.—Pour faire des onctions de 2 à 4 fois par jour, selon la gravité de l'affection.—*Rev. de thérap. méd. chirurg.*

Goutte.—*Scudamore.*

R.—Magnes. sulph.....	ʒss
Magnes. ustæ.....	ʒiiss
Syrup. simpl.....	ʒi
Aq. menth virid.....	ʒv
Vin. colchici.....	m xl

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les trois ou quatre heures.—*Quart. Compend of Medical Science.*

Hyperidrose des pieds.—*Duhring.*

R.—Oléate de zinc.....	ziii
Amidon.....	} aa 3iii
Talc.....	

M.—En saupoudrer les pieds qu'on aura préalablement lavés à la teinture de belladone.—*N.-Y. Med. Record.*

Séborrhée.—*G. H. Fox.*

1° R.—Sulphur. lot.....	part	8
Balsam peruv.....	"	2
Petrolat.....	"	40

M.—Usage local.

2° R.—Zinci sulph.....	part	3
Pot. sulph.....	"	2
Spt. vini.....	"	10
Aq. rosæ.....	"	100

M.—En applications au coucher.—*Nashville Journ. of Med. and Surg.*

Eczéma.—*Dr H. E. Dykeman.*

R.—Hydrarg. chlorid. mit.....	gr xxx
Adipis.....	5i

M.—Faites un onguent. Usage local.

Urticaire.—*Dr. J. B. Johnson.*

R.—Ammon. bromid.....	ziii
Aquæ.....	5vi

M.—Dose : Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Alopécie.—*Dr. Rose.*

R.—Ammon carb.....	3i
Tr. capsici.....	3i
Spt. vini.....	} aa 3i
Glycerinæ.....	
Aq. rosæ.....	5viii

M.—En lotions, matin et soir.

Prurit localisé.—*Duhring.*

R.—Ung. cetacei.....	5i
Hydrarg. chlorid. mit.....	3ss
Extr. belladon.....	3i

M.—Usage local.—*Canadian Practitioner.*

Poudre escharotique.—*Esmarch.*

R.—Acide arsénieux.....	1 partie
Sulfate de morphine.....	1 "
Calomel.....	8 parties
Poudre d'acacia.....	48 "

M.—À appliquer sur les tumeurs superficielles, verrues etc., ayant soin de mettre, au préalable, la surface à nu au moyen d'un bistouri ou d'un vésicatoire.—*Southern Practitioner.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, NOVEMBRE 1884.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retenti ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve "prima facie" d'intention de fraude.

AVIS DE L'ADMINISTRATION.

Plusieurs abonnés, en retard de deux années ou plus avec l'administration du journal, restent sourds à toute réclamation et n'accusent pas même réception de nos lettres.

L'expérience nous a prouvé que souvent tel abonné qui est d'un flegme stoïque en face de nos humbles demandes répétées avec patience, devient violent et irritable à l'extrême quand nous donnons une forme pratique à nos procédés de collection.

Pour éviter tout ennui et rester de part et d'autre dans les bornes d'une aimable modération, nous conseillons à nos abonnés de payer leur abonnement annuel.

C'est notre droit de le demander et nous nous en prévalons.

L'affaire Lynam et les asiles d'aliénés.

On a, dans ces derniers temps, fait beaucoup de bruit autour du nom d'une dame Lynam internée à l'Asile de la Longue-Pointe comme aliénée. A la prière du Sieur Lynam, son mari, cette dame avait été, préalablement à son admission à l'asile, examinée par des médecins qui s'étaient prononcés pour l'aliénation mentale. Un des amis de la dame croyant devoir mettre en doute la justesse de ce diagnostic, a

réussi à provoquer, à ce sujet, une enquête judiciaire au cours de laquelle un certain nombre de médecins ont, après examen, déclaré que cette prétendue aliénée était en pleine possession de son intelligence et qu'on devait la mettre immédiatement en liberté. A cette opinion s'est rangé le médecin résident de l'asile. D'autres, en plus petit nombre, ont affirmé que dans leur âme et conscience, ils croyaient la dame Lynam aliénée, et que par conséquent il n'y avait pas lieu de lui donner son *exeat*. Le médecin visiteur officiel de l'asile, M. le Dr Henry Howard, était, entre autres, de cet avis.

Ces contradictions des médecins, jointes au verbiage des avocats, n'ont pas peu contribué à embrouiller les choses. Aussi l'hon. juge Jetté, qui présidait la cour, a-t-il cru devoir confier le cas à un expert, M. le Dr Vallée, de Québec, avec instruction de faire rapport. L'affaire en est là pour le moment, et il est plus ou moins difficile d'en prévoir le résultat final.

Il y a dans toute cette affaire plusieurs points à éclaircir. Un, entre autres, sur lequel il sera besoin de jeter quelque lumière est le suivant: Comment a-t-il pu se faire que cette femme, supposant le cas où elle ne serait pas aliénée, ait nonobstant été internée sur certificats de médecins, et ait continué de l'être en dépit du diagnostic de *non-folie* portée par le médecin résident de l'asile? Puisqu'il y avait conflit d'opinion entre le médecin visiteur et le médecin résident, comment s'est-il fait que personne ne l'ait su avant l'enquête, et que les autorités n'en aient pas été averties plus tôt? À qui appartenait-il, en réalité, de faire cette déclaration? Sur qui le blâme doit-il être jeté?

On se plaint beaucoup, parfois, dans le public, de l'extrême difficulté qu'il y a à faire admettre les aliénés dans un asile, vu les nombreuses formalités légales à remplir. Il faut employer plus d'une journée, et la plupart du temps plus d'une semaine en marches et démarches, promener souvent le malade de cour en cour, de l'hôpital à la prison etc., avant que d'obtenir du gouvernement l'ordre d'admission à la maison de santé. Ces retards et ces difficultés, si regrettables qu'ils puissent être, ne sauraient entrer en ligne de comparaison avec le peu de soin que l'on accorde bien souvent à l'examen médical de l'individu soi-disant aliéné.

Aux termes de la loi, cet examen peut être fait par tout médecin licencié, si peu compétent qu'il puisse être. Malgré le respect et la considération que nous avons pour nos confrères, nous ne pouvons croire que tous soient également compétents à juger de l'état mental d'un sujet soupçonné de folie. Nous concevons que, en de certains cas bien évidents, bien palpables, le diagnostic de folie soit des plus faciles à poser et que le premier praticien venu puisse le faire. Mais des cas surviennent qui présentent de réelles difficultés, et au sujet desquels un spécialiste seul pourrait se prononcer surabondamment. Nous en avons eu une preuve dans le cas de la dame Lynam. Ici le diagnostic ne devait pas être des plus faciles puisque le médecin visiteur et le médecin résident de l'asile, tous deux censés être compétents en la matière, ont différé d'opinion à ce sujet. Il est permis de croire qu'un médecin ordinaire n'y eut vu que du feu.

La première mesure à prendre pour faciliter et assurer l'admission, à l'asile d'aliénés, de toute personne atteinte de folie, doit donc être l'examen de cette personne par des aliénistes compétents. Sans cela, on

s'expose à voir l'affaire Lynam se répéter un plus ou moins grand nombre de fois, au détriment de la liberté individuelle et de la justice.

Mais si, d'un côté, il faut prendre de grandes précautions pour éviter le danger de déclarer aliénés et de traiter comme tels des individus sains d'esprit, d'un autre côté il importe, advenant le cas de folie, de donner aux malheureux qui en sont frappés tout le traitement qui convient à leur état.

Nous n'entreprendrons pas de discuter ici les divers modes de traitement des aliénés; nous laissons aux spécialistes cette tâche plus ou moins difficile. Qu'on nous permette de dire seulement qu'en principe nous sommes peu en faveur de l'affermage des asiles d'aliénés, soit à des individus, soit même à des corporations, religieuses ou laïques. À notre sens le gouvernement lui-même devrait prendre la haute direction des institutions de ce genre et en faire sa propre affaire, même si cela devait coûter à la province quelques milliers de piastres de plus. Le traitement des aliénés n'est pas une chose sur laquelle on doit lésiner.

L'espace nous manquant aujourd'hui, nous nous réservons de continuer dans une livraison subséquente, l'examen de cette question importante. Nous profiterons de l'occasion pour examiner la lettre que M. le Dr Hack Tuke, de Londres, a adressée, sur la question qui nous occupe, au rédacteur du *Canada Medical and Surgical Journal*, lettre qui a fait le tour de la presse et qui a si fort ému les esprits. Le Dr Tuke peut être, en ce qui concerne certains détails assez secondaires, influencé par des préjugés de race et de croyance, mais au fond, il a touché la véritable note, et mis le doigt sur le point le plus faible de notre système de traitement des aliénés.

Falsification des aliments et des médicaments.

Nous avons là, sous les yeux, " l'Acte concernant la falsification des aliments et des médicaments " tel qu'adopté à la dernière session du parlement fédéral, et nous estimons qu'il devra être d'un grand avantage pour le public, si on peut seulement en presser vigoureusement l'exécution. Il est bien probable que l'on s'occupera tout d'abord de l'adultération des denrées alimentaires, boissons, etc., et que les inspecteurs-analystes auront là amplement de quoi s'occuper. Si nos informations sont bonnes, le thé, entre autres, est abominablement falsifié, et la quantité de thés de qualité très inférieure (et conséquemment vendus à bas prix,) que l'on a réussi à introduire dans nos campagnes est réellement énorme. Heureusement que le thé vert, si apprécié naguère de nos cultivateurs, cède rapidement la place au thé non coloré du Japon. On nous informe aussi que des thés de qualité inférieure, et indubitablement falsifiés sont achetés par quelques unes de nos institutions publiques. C'est là un point des plus importants, et nous attirons spécialement l'attention de nos analystes sur les marchands qui ne rougissent pas de se livrer à semblable trafic.

Les épices, telles que le poivre, le clou de girofle, la cannelle etc sont, nous dit-on, falsifiées dans la proportion de la moitié de leur poids, et il est devenu actuellement impossible à Montréal de se procurer une quantité quelconque de poivre noir moulu *pur*. La crème de tartre est

également falsifiée sur une grande échelle au moyen de terre blanche, d'alun, de phosphate acide de chaux, et se vend en détail, chez quelques uns de nos épiciers, à un prix inférieur au prix de revient de la matière première.

Quant aux médicaments eux-mêmes, il n'y a pas de doute que la compétition a eu pour effet d'en amener l'adulteration, surtout pour certaines préparations pharmaceutiques, telles que les teintures et les extraits fluides (1), cependant, il ne paraît pas que cette sophistication se pratique sur une bien haute échelle dans notre province, et le meilleur moyen de l'empêcher est de faire pour ainsi dire appel à l'honneur même du droguiste en lui demandant un article pur, ayant le degré de force *officinal*, et de ne pas hésiter à payer un prix en rapport avec la valeur réelle de l'article. Celui qui va de pharmacie en pharmacie, cherchant partout à se procurer un article à aussi bonne composition que possible, se trouve par là même à offrir pour ainsi dire une prime à la sophistication.

L'achat et la vente des médicaments est une affaire de confiance mutuelle entre le vendeur et l'acheteur. Il est pratiquement impossible de soumettre à l'analyse et aux réactifs tout ce que nous achetons, or il est, selon nous, extrêmement difficile de découvrir, par exemple, une addition de 20 p. 100 d'eau à une teinture, ou encore d'indiquer la proportion exacte de quinine dans le premier échantillon venu de citrato de fer et de quinine. Nous dirons donc aux confrères : n'ayez affaire qu'à des pharmaciens bien posés et dont la réputation n'est plus à faire (et il y en a beaucoup comme cela à Montréal) et ne lésinez pas sur le prix. Prenons pour exemple le citrato de fer et de quinine. Il existe, à notre connaissance, diverses qualités de cette préparation, que nous pouvons nous procurer à 33 centins l'once. Il est évident pour tous que si un droguiste met en vente un article dont la formule et la force ne répondent pas à celles indiquées dans la Pharmacopée Britannique, son intention doit être de frauder le client.

Les médicaments qui sont les plus sujets à être adulterés sont la crème de tartre, l'iodure de potassium, la morphine, le baume de copahu, la scammonée, la poudre de rhubarbe et celle de quinquina et plusieurs autres. On nous a dernièrement mis en garde contre la sophistication du tartre énétiqne par l'acide oxalique, sophistication dont se rendraient coupables les fabricants allemands.

Nous le répétons, les médicaments adulterés ne sont pas importés ici en bien grande quantité. Si peu qu'ils le soient, c'est déjà trop assurément. Au reste, en général, les drogues que l'on nous offre à un bon marché excessif doivent *primâ facie* être soupçonnées d'adulteration.

Tous les médicaments d'importation étrangère devraient être examinés à la douane, par des analystes compétents, comme la chose se pratique à New-York. Ici nos analystes officiels nous semblent jouir du degré de compétence voulu. Entre leurs mains, le *bill* de l'hon. Dr Paquet, recevra, nous l'espérons, une application aussi impartiale que judicieuse.

Mais il ne devra pas suffire d'examiner scrupuleusement les articles importés de l'étranger. Il faudra aussi soumettre à l'analyse la plus

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, vol. XIII p. 233.

rigoureuse nos produits indigènes. Un assez bon nombre d'articles de première importance sont fabriqués au milieu de nous, v.g. le chloroforme, l'éther, l'extrait fluide d'ergot, etc. Le public médical sera anxieux de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur réelle de ces produits qu'on nous assure être d'une qualité égale sinon supérieure à celle des produits étrangers.

L'Hôpital Notre-Dame.

Le quatrième rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame, que nous venons de recevoir, accuse en faveur de cette institution un remarquable progrès sur les années dernières. Le nombre des malades admis durant l'année a été de 1089, ce qui, joint aux 41 malades restant à l'hôpital à l'expiration de l'année précédente (30 juin 1883), forme un total de 1130 patients traités durant l'année. Sur ce nombre, sont sortis guéris: 602; améliorés: 288; non-améliorés: 124; morts à l'hôpital: 59; restaient au 30 juin 1884: 59. Au dispensaire général on a donné des soins à 3515 malades, et à 1026 au dispensaire pour les affections des yeux et des oreilles. Le tout forme un grand total de 5671, soit un surplus de 1550 sur l'année 1882-83' et de 3021 sur la première année (1880-81).

Le nombre de lits dans les salles publiques a été augmenté, de même que le nombre des chambres privées, celui-ci étant actuellement de seize.

Comparé à celui de l'année dernière, le tableau des maladies et accidents traités à l'hôpital en 1883-84 présente quelques différences notables. Le rhumatisme articulaire aigu et sub-aigu a été beaucoup plus fréquent. Les cas de syphilis ont augmenté du double. Il en est de même des cas d'alcoolisme aigu, de tuberculose pulmonaire et de pneumonie. Comme on peut le voir par les chiffres qui précèdent, la proportion des morts a été de un peu plus de 5 p. 100. Nous remarquons, entre autres, 3morts par fièvre typhoïde, 2 par débilité sénile, 1 cas de méningite, 1 de delirium-tremens, 2 d'hémorrhagie cérébrale, 3 de myélite, 6 d'affections vulvaires du cœur, 1 de péricardite, 16 de phthisie pulmonaire, 5 de pneumonie, 1 de déchirure du foie, 1 de mal de Bright, 2 de kystes de l'ovaire, 1 de cancer utérin, 1 de fracture du crâne, 1 de fracture du bassin, et 2 de blessures par arme à feu.

Le tableau classifié des maladies nous fait voir quel soin l'on a apporté à la détermination exacte du diagnostic. Mais tout en constatant la grande variété des cas traités à l'hôpital Notre-Dame, nous ne pouvons qu'exprimer le regret que les rapports de la plus grande partie de ces cas ne soient pas mis sous les yeux du public médical. Les quelques leçons cliniques que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir publier parmi nos travaux originaux ne représentent guère qu'une partie de l'abondante cueillette qu'il y aurait à faire dans le champ scientifique que l'on semble si bien cultiver à Notre-Dame. Aussi espérons-nous voir nos chefs de clinique se mettre à l'œuvre et nous faire une part aussi large que possible de la moisson dont ils sont les heureux ouvriers.

Au point de vue financier, l'hôpital Notre-Dame se trouve actuellement dans une position très prospère. Grâce à l'aide que lui a apporté

la *Kermesse*, plus du tiers du prix d'achat de la propriété a été payé, et diverses améliorations urgentes ont été faites. Nous croyons savoir que l'on est actuellement à prendre les mesures nécessaires pour l'installation d'un musée d'anatomie pathologique. Ce ne sont certes pas les matériaux qui manqueront.

Pour nous, le succès de l'hôpital Notre-Dame n'a jamais présenté le moindre doute, et aujourd'hui plus que jamais nous croyons à l'avenir de cette institution. Il est pénible d'avoir à le constater, l'hôpital a eu ses détracteurs et ses adversaires, on petit nombre il est vrai, qui en ont bien cordialement souhaité la ruine et qui n'ont pas rougi de s'y employer d'une façon aussi active que déloyale. Cette petite lutte n'a servi qu'à affermir davantage sur ses bases une œuvre qui rend actuellement de si importants services. Au reste, le public montréalais aime l'hôpital Notre-Dame et il le prouve bien en permettant aux amis de cette institution de s'adresser à lui et de mettre largement à contribution sa généreuse libéralité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BELL (Clark) Esq. — *Madness and crime.*—*A paper read before the Medico Legal Society of New York, september 24, 1884.* — *Reprint from the Medico Legal Journal.*

Quatrième rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, année 1883-84—1 vol. in-12, p. p. 40.—Montréal, Beauchemin et Valois libraires-imprimeurs—1884.

Physician's Visiting List, 1885.—(LINDSAY and BLAKISTON'S).—Nous ne saurions trop conseiller à nos lecteurs de se procurer ce petit livret qui leur rendra de réels services dans la pratique de chaque jour. Les cahiers sont de petit format (in-12) d'épaisseur variable, et arrangés sous forme de calendrier ou almanach, de manière à ce que le praticien puisse y enregistrer les noms, résidence, etc. de 25, 50, 75 ou 100 malades par semaine, le nombre de visites faits et à faire, les consultations, etc. pour chaque jour de l'année. Des pages blanches spéciales sont réservées pour les adresses des malades, gardes-malades ou autres, les comptes envoyés, les engagements pris à l'avance pour accouchements, etc. Au cahier sont annexées diverses informations générales d'une utilité journalière: liste des différents poisons et leurs antidotes, une table très complète indiquant les doses de tous les médicaments et de leurs préparations, une liste des remèdes les plus nouveaux, etc. Le tout constitue un aide mémoire très portatif et des plus commodes.

La partie matérielle de l'ouvrage ne laisse rien à désirer. Reliure élégante en cuir de couleur, typographie très nette, papier de qualité supérieure, crayon monté en nickel. Dans le genre, c'est ce que nous avons vu de mieux. Ceux de nos abonnés qui désirent se le procurer, peuvent s'adresser à P. Blakiston, Son & Co. 1012 Walnut St. Philadelphia U.S.

NOUVELLES MÉDICALES.

Notre jeune ami M. le Dr J. W. PRÉVOST est de retour de Paris depuis la mi-octobre.

—M. H. Vanderbilt, le millionnaire new-yorkais, vient de faire cadeau au *College of Physicians and Surgeons of New York*, de la somme de \$500,000.

—On dit que la *Therapeutic Gazette* va bientôt se publier à Philadelphie et que M. le prof. Horatio C. Wood, de l'Université de Pensylvanie, en deviendra le rédacteur en chef.

—Le directeur de l'Assistance publique à Paris, M. Ch. Quentin, a donné sa démission qui a été acceptée par le ministre de l'intérieur. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne regretteront guère l'ex-directeur qui a su se rendre des plus impopulaires et dont les mesures vexatoires sont connues de nos lecteurs.

—Le *Journal des sciences médicales de Lille* nous apprend que la ville d'Auxerre qui, la première, avait chassé les Sœurs du chevet des malades et transformé son Hôtel-Dieu en hospice laïque, vient de trouver qu'elle en a assez de la laïcisation. La commission administrative de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre a tout récemment adopté à l'unanimité le remplacement des infirmiers et infirmières laïques par des Sœurs.

—M. le Dr Osler a accepté la chaire de clinique médicale qui lui avait été offerte par l'Université de Pennsylvanie, et est parti le 10 octobre dernier pour aller prendre son poste. Avant le départ du Dr Osler ses amis lui ont offert un dîner à l'hôtel Windsor. Le 31 octobre le Dr Carl Seiler a donné, à Philadelphie, en l'honneur du nouveau professeur, une réception qui a réuni plus de 200 invités.

Le "*Journal d'Hygiène Populaire*."—M. le Dr DESROCHES vient d'acquérir la propriété de ce journal. Il sera, dans la publication de cette intéressante revue, assisté d'un comité de collaborateurs. Nos meilleurs souhaits de succès.

Université de Heidelberg.—Un habitant de Heidelberg a offert à l'université de cette ville la somme de 100,000 marks, à condition que désormais les femmes soient admises à suivre les cours des différentes Facultés. Le sénat de l'université a refusé ce don, ne croyant pas devoir consentir à l'innovation demandée.

Société médicale de Montréal.—Cette société a repris les cours de ses séances le 17 octobre. Ont été élus officiers pour l'année 1884-85 :

Dr N. FAFARD, Président; Dr J. I. DESROCHES, 1er Vice-Président; Dr A. A. FOUCHER, 2me Vice-Président; Dr H. E. DESROSIERS, Secrétaire-Trésorier; Dr I. CORMIER, Assist-Secrét-Trés.

Comité de Régie: Drs A. LAMARCHE, L. DUQUETTE, A. LAPORTE, A. TRUDEL et L. J. V. CLÉROUX.

Hopital Notre-Dame.—M. le Dr A. JOYAL, interne à l'hôpital Notre-Dame est parti dernièrement pour Paris où il se propose de suivre les hôpitaux et les cours de la Faculté. En conséquence de ce départ, M. le Dr A. DAVID, ci-devant assistant interne, a été nommé médecin interne, et deux places d'assistants internes ont été créées et mises au concours. Ce concours a eu lieu le 25 octobre. Sont sortis victorieux : MM. Gaston SMITH, M. B., et Joseph HOULE, M. B.

La St. Luc.—MM. les élèves de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal (Faculté de médecine de l'Université du Collège Victorien de Cobourg), ont, le 23 octobre, célébré avec la pompe accoutumée la fête de leur patron, St Luc. La messe a été chantée à Notre-Dame par M. l'abbé Tallet, chapelain de l'Hôtel-Dieu.

Tous les professeurs de l'École y assistaient, ainsi que l'Hon. F. A. A. Trudel, directeur de l'*Etendard*, les sénateurs Bellerose et Laviolette, M. Beaudry etc.

Un nouvel enseignement pratique de l'anatomie pathologique à l'Hôtel-Dieu de Paris.—La Faculté de médecine de Paris a décidé, sur la proposition de MM. les professeurs Cornil et Germain Sée, que les autopsies du service de clinique médicale seraient faites par le professeur d'anatomie pathologique, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Bichat.

Des autopsies seront donc faites par M. Cornil devant les élèves, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours à dix heures du matin et à la sortie de la clinique médicale, les jours de clinique.

Le choléra.—D'après les renseignements que nous fournissons l'*Union médicale* et la *Gazette des hôpitaux*, le choléra continue à être en décroissance, tant en France qu'en Italie et en Espagne. Quelques cas se seraient montrés à Paris, mais sont restés isolés. Dans les départements, le chiffre de la mortalité est des plus réduits. On espère la disparition prochaine de l'épidémie. En Espagne, même décroissance. En Italie, du 8 au 14 octobre, la mortalité cholérique totale a été de 1234 cas dont 496 à Naples et 43 à Gênes.

MARIAGES.

SMITH-BUNTIN.—A Montréal, le 9 octobre, par le Révd. James Barclay, recteur de l'église St-Paul, A. Laphorn Smith, M. D., M. R. C. S. Eng., à Mademoiselle Jessie-Victoria Buntin, troisième fille de M. Alexandre Buntin.

DUQUET-QUINN.—A la Longue-Pointe, le 22 octobre, E. E. Duquette, M. D., de la Longue-Pointe, à Mlle Rosie A., fille de feu Edward Quinn.

BARIL-CODERRE.—A Montréal, le 28 octobre, G. E. Baril, M. D., d'Hochelega, à Mademoiselle Zéphyrine Coderre, fille aînée de M. le Dr J. Emery Coderre.

NAISSANCES.

PHENIX.—A St-Sébastien, le 19 septembre, la dame du Dr T. Phénix, une fille.

BOUCHER.—A St-Dominique, comté de Bagot, le 9 octobre, la dame du Dr L. G. E. Boucher, un fils.