

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 possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible,
have been omitted from scanning / Il se peut
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais
lorsque cela était possible, ces pages n'ont
été numérisées. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | |

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

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

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

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

VOLUME XVIII.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME III.



MONTREAL :

CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30 rue St-Gabriel.

1880

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—Traitement des polypes du nez ; nouveau modèle de polypotome, par A. A. FOUCHER, M. D., professeur à l'Université Laval, Montréal.....	5
REVUE DE PÆDIATRIE.—A travers mes livres, par Séverin LACHA- PELLE, M. D., médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.....	12
Quelques remarques sur l'hygiène scolaire et domestique des enfants, au point de vue médical, par M. T. BRENNAN, M. D., professeur agrégé à l'Université Laval, Montréal, médecin interne de l'hôpital Notre-Dame.....	17
Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (electrolyse intra-utérine), par le docteur DELÉTANG, de Nantes.....	23
SOCIÉTÉS SAVANTES.—SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTREAL.—Séances du 22 décembre et du 4 janvier.....	28

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première
qualité.

Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes
nouveaux.

Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les
grands fabricants, au plus bas prix du marché.

Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Li-
mousin ; Pains Azymes.

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

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

PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

J. H. CHAPMAN

2294, RUE STE-CATHERINE, 2294

Au coin de McGill College Avenue,

MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions : Comptant.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE

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

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

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

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

J. H. CHAPMAN.

Le Dr. A. T. BROUSSEAU,

Professeur de Chirurgie et de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,

A TRANSPORTÉ SES BUREAUX

AU No. 78, RUE ST-DENIS,

(Entre les rues Dorchester et Ste-Catherine.)

Le Dr Brosseau rappelle à ses confrères qu'il n'exerce que la chirurgie et se met à leur disposition comme CHIRURGIEN CONSULTANT.

La consultation entre praticiens peut se pratiquer de trois manières principales :

1° Par lettre, le médecin de famille énumérant les causes, les symptômes de la maladie, le traitement déjà commencé et celui que l'on se propose de suivre.

2° Le patient venant lui-même se faire examiner, muni d'une lettre d'introduction de son médecin.

Dans ces deux cas, le chirurgien consultant donne une réponse détaillée et *par écrit* à son confrère.

3° Dans les cas graves, les accidents le médecin appelé en toute hâte peut demander un chirurgien consultant pour l'aider à surmonter les difficultés et partager la responsabilité.

Dans ses nouveaux bureaux le Dr. A. T. Brosseau aura les assistants, les appareils, table spéciale et tous les instruments requis pour pratiquer chez lui les opérations usuelles de la chirurgie.

HEURES DE CONSULTATION :

Le Matin, de 8 à 10 hrs. | Le Midi, de 1 à 3 hrs. | Le Soir, de 5 à 8 hrs.

TELEPHONE 1488.

SOMMAIRE (Suite.)

REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Urémie à forme gastro-intestinale</i> (Jaccoud).....	30
<i>Du régime alimentaire des brightiques</i>	34
<i>Du réflexe tendineux dans l'état de santé et de maladie</i> (Raven)...	35
<i>La fièvre hystérique</i> , (Chauveau).....	36
CHIRURGIE.— <i>De la taille hypogastrique</i> (Campenon).....	37
<i>Accidents causés par le ballon de Peterson</i>	38
<i>Des abcès pulsatiles de la région précordiale</i> (Richet).....	39
<i>Cancer du sein et ganglions axillaires</i> (Trélat).....	41
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>La chlorure de sodium dans les troubles de la grossesse</i> (Greene).....	43
<i>Cancer du sein</i> (Segond).....	43
<i>Durée héréditaire du travail</i> (Auvard).....	45
FORMULAIRE. <i>Angine scarlatineuse.—Blennorrhée nasale.—Brûlure.—Eczéma infantile généralisé.—Alopécie.—Amblyopie nicotinique.</i>	46
BULLETIN.—1889.....	47
<i>Remplacement d'un médecin par son confrère</i>	48
<i>Médecin et pharmacien</i>	50
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	51
CHRONIQUE ET NOUVELLES.	51
VARIÉTÉS.....	54
NAISSANCE.....	56

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

- J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*
- E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire, Professeur de Médecine légale et de Pathologie générale.*
- A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*
- A. DAGENAI, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*
- J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*
- A. T. BROUSSEAU, M.D.; *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*
- N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*
- J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*
- SEVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants.*
- H. E. DESROSIERS, M.D., *Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*
- SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*
- A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*
- AZARIE BRODEUR, M.D., *Professeur de Clinique externe et gynécologique.*
- ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*
- M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, attaché au cours de Chimie.*
- Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 1538, rue Notre-Dame, ou à
- E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nous désirons appeler l'attention de la Profession Médicale du Canada sur le fait que nous avons toujours en main un assortiment considérable

D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

d'après les modèles les plus perfectionnés, comme on peut le voir par l'énumération ci-dessous. Nos importations directes des principales fabriques d'Angleterre, de France, d'Allemagne et des Etats-Unis nous permettent d'offrir nos marchandises à un prix qui rivalise avec avantage avec ceux des autres maisons. Nous sommes aussi disposés à importer, moyennant une modique commission, les instruments dispendieux en usage dans les cas spéciaux. Nous invitons les médecins et le public à venir examiner notre établissement. Toute l'attention possible sera portée aux correspondants et nous nous ferons un plaisir d'expédier, sur demande, notre catalogue de prix. Toutes marchandises garanties, telles que représentées. Nous sommes à préparer un catalogue illustré.

INSTRUMENTS

Pour Amputations, Operations, Autopsies et Dissections.

Pulvérisateurs et Aspirateurs (de Codman et Shurtleff), **Bougies et Cathéters** de toutes espèces, **Thermomètres de Clinique** (Celui de Hicks de Londres, avec verre grossissant, comme spécialité), **Porte-Cautiques, Instrument de Dentisterie et Places à Dents, Instruments pour les Yeux, les Oreilles et le Nez, Instruments de Gynécologie, Seringues Hypodermiques** de toutes sortes, **Laringoscopes, Ophthalmoscopes, Machines Electro-Magnétiques, Batteries Faradiques de Gaiffe.**

INSTRUMENTS D'OBSTETRIQUE.

PESSAIRES de tous modèles, **TROUSSES à PANSEMENTS** et **TROUSSES D'INSTRUMENTS, SPECULUMS** (de l'ANUS, du NEZ, du RECTUM et du VAGIN).

CISEAUX, SOIE à LIGATURE, AIGUILLES, BAS ELASTIQUES en SOIE, SUSPENSOIRES, STETHOSCOPIES (simples et doubles), **SONDES, SCARIFI-CATEURS, SPHYGMOGRAPHES, CLISSES** (de Pratt), **TROCARTS, INSTRUMENTS à TRACHEOTOMIE, BANDAGES HERNIAIRES et CEINTURES ABDOMINALES, THERMO-CAUTERS** (Paquelin), **ABAISSSEURS de la LANGUE, INSTRUMENTS POUR LA CHIRURGIE UTERINE et URETHRALE, TROUSSES à MEDICAMENTS, BOITES et SACOCHES de VOYAGE.**

INSTRUMENTS VETERINAIRES.

Seuls agents pour les célèbres "Bandages Champion" et Ceintures Abdominales de la "Philadelphia Truss Co."

LYMAN, SONS & CO.

382, 384 ET 386, RUE SAINT-PAUL, MONTREAL.

Droguistes en Gros et Fabricants de Produits Chimiques.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et administrateur : Dr. A. LAMARCHE.

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

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

VOLUME XVIII.

MONTREAL, 1889.

(NOUVELLE SÉRIE
VOL. III.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des polypes du nez ; nouveau modèle de polypotome,

par A. A. FOUCHER, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal. (1)

Les différents traitements qui ont été proposés et mis en usage jusqu'à ce jour pour guérir les polypes du nez, sont tous à proprement parler du domaine de la chirurgie. Cependant l'on est convenu de désigner par traitement médical de ces tumeurs, leur destruction à l'aide d'astringents ou de caustiques. De ce dernier mode de traitement, employé d'une manière exclusive, nous avons peu à dire de favorable : les astringents et parmi ceux-là l'acide tannique en pulvérisations ou en injections interstitielles, telles que recommandées par Bryant, resserrent la tumeur et peuvent en produire la dessiccation, mais seulement après un laps de temps considérable.

On peut en dire autant des caustiques ; certains d'entre eux agissent superficiellement tel que le nitrate d'argent ; d'autres sont plus énergiques mais leur action est d'une délimitation difficile, tels sont l'acide acétique, le chlorure de zinc. Nous pourrions cependant établir une distinction en faveur de l'acide chromique. Cet acide, privé de son eau de cristallisation, et appliqué sur une large surface du polype surtout après dilacération, est d'une effi-

(1) Note communiquée à la Société de Médecine pratique de Montréal.

cacité qui rivalise avantageusement avec celle du galvano-cautère et qui ne peut être mise en doute.

L'acide chromique a une grande affinité pour les matières organiques ; il les brûle avec énergie et porte son action d'autant plus profondément que les tissus sont plus mous et plus friables.

Un polype muqueux traité avec cet agent ne tarde pas à se réduire puis à s'éliminer complètement. Chez certains patients pusillanimes, qui se refusent à toute opération franchement chirurgicale, on peut donc se servir de ce moyen et obtenir après un certain nombre d'applications variables, avec la consistance et le volume de la tumeur, arriver à une complète guérison. Cependant son emploi exige certaines précautions qu'il ne faut pas perdre de vue : il faut savoir limiter l'action du caustique au polype et protéger les portions saines de la muqueuse nasale.

Le galvano-cautère peut aussi détruire complètement un polype, c'est même un procédé qui a une indication toute spéciale dans les cas de polypes fibreux ou encore lorsque les fosses nasales très rétrécies s'opposent à l'introduction convenable de tout autre instrument. Mais c'est un traitement long.

Parmi toute la série des caustiques, ces deux derniers méritent donc d'être utilisés, mais ne sauraient constituer un bon procédé habituel. Il faut arriver à l'arsenal de la chirurgie pour trouver un moyen rationnel et rapidement efficace de guérir les polypes du nez.

Ce moyen consiste à arracher ou exciser la tumeur.

Ces deux méthodes, très en usage, ont leur avantage et leur inconvénient, mais avant d'en commencer l'analyse il importe d'établir quelles sont les conditions les plus parfaites de tout procédé opératoire :

1^o Le procédé doit être d'une exécution facile et rapide.

2^o Il doit avoir pour résultat une guérison complète ou au moins une extirpation radicale.

3^o Enfin il doit être le moins douloureux possible et ne pas exposer à de fortes hémorrhagies.

Le procédé le plus ancien consiste à arracher le polype à l'aide de pinces. La tumeur est saisie entre les mors d'une forte pince dentelée et arrachée par torsion.

Une bonne pince ne doit être ni grosse ni petite ; trop petite elle déchirera le polype, trop grosse elle se prêtera difficilement aux efforts de torsion et causera de violentes douleurs au patient en contusionnant les parties environnantes. Si la pince est délicate, en divisant le polype en petits morceaux il se produira une hémorrhagie qui distancera les applications de l'instrument et, comme les morceaux arrachés chaque fois ne sont pas volumineux, il faudra travailler pendant longtemps avant d'obtenir quelque résultat. Si la pince est assez forte pour saisir et retenir une portion considérable de la tumeur, outre les douleurs causées par

le torsion, il y a le danger d'enlever inutilement une portion osseuse au point d'implantation. C'est un accident qui arrive trop souvent et qui peut être suivi de conséquences fâcheuses. Ce procédé, il est vrai, est d'une exécution facile, mais il est rarement radical du premier coup; s'il arrive que le polype est lobulé on ne saisit qu'une portion de la masse polypeuse. Il faut alors renouveler l'opération autant de fois que l'on aperçoit des lobes séparés, et ce sont des douleurs de plus en plus vives, des hémorrhagies de plus en plus abondantes qui voilent les portions qu'il reste à enlever, et le patient cesse d'être docile.

Si le polype est fibreux les inconvénients que nous venons d'énumérer sont autrement graves. L'arrachement par torsion, érigé en méthode, est donc un procédé défectueux.

L'excision nous paraît un procédé plus pratique et plus sûr, à condition d'être faite avec un instrument approprié. L'excision telle que pratiquée par Woakes et Sir Morell McKenzie, à l'aide de ciseaux ou du *punch forceps*, nous paraît exposer à une complication pour le moins gênante : l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie masque immédiatement le champ opératoire, et, si la tumeur n'a pas été enlevée du premier coup, il faut attendre longtemps après chaque application de l'instrument pour pouvoir continuer l'opération.

L'excision à l'aide de l'anse froide échappe en grande partie à ce reproche. Par ce moyen la tumeur est étranglée, écrasée et, la cocaïne aidant, offre peu de tendance à saigner. De plus, l'anse métallique est d'une application facile; pour peu qu'elle soit rigide elle ensère facilement des polypes volumineux et les écrase sans grande douleur.

Pour obtenir de l'anse froide tout ce que l'on est en droit d'en attendre, il faut que le polypotome satisfasse aux conditions suivantes :

- 1^o Il doit être d'un maniement facile ;
- 2^o Le fil doit pouvoir être fixé rapidement et solidement ;
- 3^o L'instrument doit être construit de telle sorte qu'on puisse pendant tout le temps de l'opération voir nettement l'emplacement de l'anse métallique ;
- 4^o L'axe de traction doit être parallèle à l'axe de la tige qui porte l'anse, c'est le seul moyen d'éviter de faux mouvements de l'instrument dans le nez, mouvements qui auraient pour effet de causer des douleurs inutiles, de déloger le polype et nécessiter un nouveau réajustement ;
- 5^o Le polypotome doit être assez fort pour exciser de gros polypes.

Les serre-nez de Jarvis, Sajous et Bryant, offrent un inconvénient commun; lorsqu'on les applique dans le nez, la main cache en partie le champ opératoire. Celui de Jarvis et Sajous a un autre inconvénient, c'est de se déplacer facilement dans le nez pendant que l'on fait mouvoir l'écrasoir destiné à raccourcir l'anse.

Il en résulte des douleurs et de la difficulté à tenir le polype bien fixé. D'un autre côté, la manière de fixer le fil à l'extrémité de l'instrument de Jarvis est défectueux et rend le rechange de fil long et ennuyeux.

Le polypotome de Baratoux nous paraît être un instrument très utile. Avec une anse très petite, il permet d'enserrer des tumeurs volumineuses grâce à l'écartement de ses deux branches dans la fosse nasale. On lui reproche d'être d'une application difficile au-delà des 2/3 antérieurs de la cavité nasale. De plus, la traction ne s'opérant qu'à l'aide d'un seul doigt, nous doutons fort qu'une tumeur volumineuse puisse être enlevée facilement de cette manière.

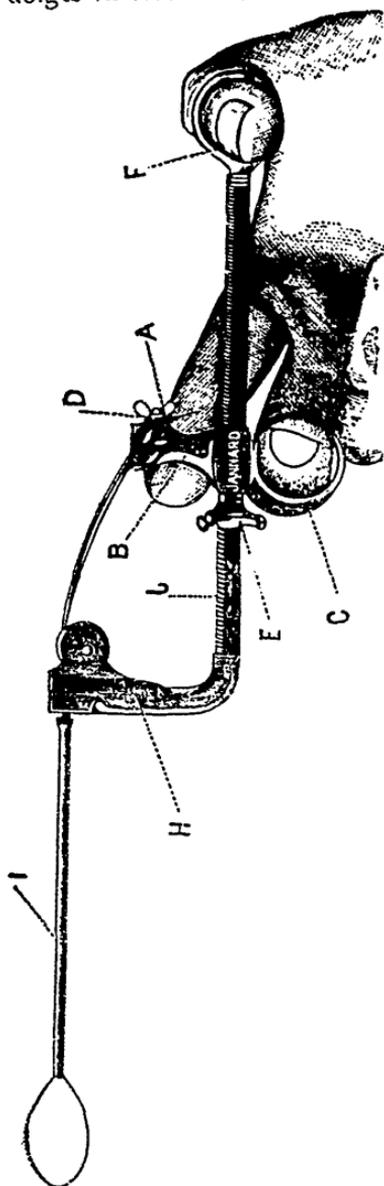
L'instrument de Schroetter est une modification de celui de Sajous, de même que le polypotome de Bosworth est une modification de celui de Blake; ils ont tous l'inconvénient d'être courbés à angle obtus et de ne pas donner une idée exacte du sens dans lequel s'opère la traction.

Delstanche a fait construire deux modèles de polypotome à anse froide; dans l'un la tumeur est excisée par un fil de fer, dans l'autre par un ressort de montre. Le premier est construit d'après le principe des leviers du premier genre, la pression s'exerce à l'aide du pouce. Dans le second, le ressort de montre se développe en anse une fois l'extrémité de l'instrument arrivée à l'endroit où il doit agir. L'anse ne subit pas de mouvement de retrait; lorsqu'on veut en diminuer la capacité, la constriction a lieu par un mouvement d'avant en arrière du tube qui contient l'anse, cette disposition supprime tout risque de déplacement. Ces deux instruments ne nous paraissent pas pouvoir opposer une force assez grande contre les gros polypes.

Sajous a construit un polypotome qui diffère peu de celui de Delstanche, c'est encore un instrument basé sur le levier du premier genre.

Après avoir employé quelques uns des instruments que nous venons d'énumérer et avoir constaté par expérience les inconvénients que nous avons signalés, nous avons cru mieux faire en faisant construire le modèle ci-contre. C'est une modification du polypotome de Bosworth. La modification porte sur la direction des deux tiges *i, j*, sur le mode de fixation du fil et sur la forme de l'anneau destiné à aider l'action de la main. La tige qui contient le fil est parallèle au corps de l'instrument. Le bras *h* qui sépare ces deux tiges est d'une hauteur suffisante pour permettre d'appliquer l'anse sans masquer le champ opératoire. Le fil est fixé de la façon la plus rapide et la plus solide à l'aide d'une vis; il n'est pas nécessaire d'enrouler le fil à plusieurs tours, il suffit de le comprimer sur la tige *a*, à l'aide de la vis *d*. L'instrument est fort et peut résister à l'action des deux mains appliquées sur les points *b, c, f*. Dans le cas où l'on voudrait porter la traction à sa plus

forte limite on peut se servir de l'écrou *c*. Dans le polypotome de Bosworth, cet écrou est rond et quelquefois douloureux à manier. Nous avons remédié à ce défaut en lui donnant la forme d'une croix. Cette modification augmente la force sans que les doigts en soient meurtris.



Voilà donc l'instrument auquel nous donnons la préférence et qui nous paraît le mieux satisfaisant aux conditions fixées plus haut.

S'il y a possibilité d'enlever le polype d'un seul coup, cet instrument peut s'y prêter mieux que tout autre. On peut donner à l'anse une grandeur conforme au volume de la tumeur sans que son entrée dans le nez en soit rendue difficile, il suffit d'amener un retrait passager du fil dans la tige creuse au moment de l'introduction et d'en opérer la sortie d'arrière en avant une fois qu'elle a dépassé le méat de la fosse nasale. On peut donc de cette façon enserrer une tumeur volumineuse.

Il arrive souvent qu'après avoir enlevé ce que l'on croyait être tout le polype on aperçoit encore en arrière ou entre les sinuosités des cornets de nouveaux lobules quelquefois aussi volumineux que les premiers. Il est souvent nécessaire de faire plusieurs applications de serre-cœur, jusqu'à ce que les gros morceaux soient disparus. La cocaïne aidant, la douleur est peu accusée et l'hémorragie, dans les cas de polype muqueux, nulle ou à peu près. Nous avons pour habitude de ne pas trop prolonger la séance opératoire, il faut se guider sur la durée de l'anesthésie que procure une solution de cocaïne de 20 grains à l'once.

Dans ce cas, après avoir enlevé à l'aide de l'onate antiseptique, le sang qui aurait pu s'accumuler dans les fosses nasales, nous cautérisons avec l'acide chromique toute la portion du polype qui reste visible, en ayant soin de ne pas toucher aux portions saines de la muqueuse. Il est rare que le sur-lendemain le polype ne soit pas encore réduit considérablement. Enfin ces applications peuvent être renouvelées à la volonté du patient et du chirurgien jusqu'à ce qu'il ne reste plus rien. C'est surtout le moment le plus important du traitement des polypes, celui de déclarer la guérison complète.

Que de fois n'a-t-on pas enlevé des polypes en une seule séance à l'aide de pinces, en rétablissant immédiatement la respiration nasale de façon à faire croire à la disparition de toute obstruction, alors que le nez en contenait encore en grande proportion.

Pour pouvoir se bien renseigner à ce sujet, il faut examiner les fosses nasales minutieusement à l'aide d'un fort éclairage et porter surtout son attention sur les anfractuosités laissées entre les cornets; bien explorer la voûte nasale, et acquérir la certitude que des portions de polypes ne persistent pas encore au niveau de l'ouverture des choanes. Il arrive souvent que la respiration nasale est parfaitement rétablie, la voûte nasale libre de toute tumeur, et cependant si l'on fait marcher fortement le patient en lui portant la tête en bas, on voit sourdre au méat postérieur un morceau de polype dont on ne soupçonnait pas l'existence et qui se hâte de fuir vers la cavité pharyngienne. Pour des cas de ce genre, et arrivé à ce moment, l'anse froide est d'une application difficile; le moyen qui nous paraît préférable à employer consiste à saisir la tumeur avec des petites pinces *ad hoc*, pendant que le patient se tient la tête penchée en avant, et d'aller fixer cette portion de polype dans l'anse froide. Nous avons eu un cas de ce genre dernièrement où ce procédé nous a réussi.

S'il reste de petits morceaux peu accessibles à l'anse froide, la division ou l'arrachement avec de fines pinces trouve son indication. L'hémorragie qui en résulte prolonge l'opération il est vrai, mais d'un autre côté la dilacération des portions qui restent, permet à l'acide chromique de pénétrer plus profondément et de les détruire plus rapidement.

Depuis que l'électricité est passée dans le domaine pratique de la chirurgie sous forme de galvano-cautère, on a fait usage de l'anse galvanique pour enlever les polypes. C'est un procédé spécial d'excision. En principe, l'idée d'enserrer un polype dans une anse galvanique et de l'enlever en le coupant par un fil rougi est rationnelle et paraît même très expéditive et facile à appliquer. Cependant en maniant quelquefois cet instrument on ne tarde pas à se convaincre que son usage n'est pas aussi utile qu'on est tenté de le croire au premier abord.

Le fil que l'on emploie doit être assez fin pour que la pile électrique puisse le porter au rouge sombre; or un tel fil, avec nos piles ordinaires, sera d'un calibre qui lui enlèvera sa force de résistance. Il arrivera souvent qu'en serrant la tumeur avec le fil rougi, ce dernier se brisera et l'opération sera à recommencer. De plus, l'action de la cocaïne ne sera pas toujours suffisante pour empêcher des douleurs vives de se produire et le rayonnement du calorique se faisant sur une grande surface, il en résultera des brûlures inutiles de la muqueuse nasale.

En dépit de ses inconvénients, l'anse galvanique peut rendre de grands services quand il s'agit de polypes fibreux qui exposent à de graves hémorrhagies. Dans ce cas, maniée avec précaution elle peut nous donner des résultats qu'on ne saurait attendre d'aucun autre instrument.

Il y a plusieurs modèles de serre-nœud galvaniques; celui que nous a paru jusqu'à ce jour être le plus pratique est celui de Char-din, mais nous avons cru y apporter une modification importante en donnant à cet instrument la forme de notre polypotome et en fermant le circuit à volonté à l'aide du pouce. Cette modification nous permet de ne faire usage que de trois doigts et de voir clair dans le champ opératoire.

En résumé, lorsqu'il s'agit d'enlever un polype, il faut en premier lieu en diagnostiquer la nature. Les polypes muqueux s'enlèvent de préférence avec l'anse froide aidée ou non de la dilacération à l'aide d'une pince fine, mais toujours suivie d'une cautérisation au galvano-cautère ou encore mieux à l'acide chromique. Et ce traitement doit être continué jusqu'à parfaite guérison, ce qui ne peut être reconnu qu'après un examen minutieux des fosses nasales antérieures et postérieures.

La parfaite guérison n'exclut pas la possibilité d'une récurrence; ces repullations de polypes sont malheureusement très fréquentes. Mais nous croyons qu'il faut en trouver la cause, dans bon nombre de cas, dans l'imperfection du traitement consécutif, soit que le pédicule ne soit pas cautérisé, soit qu'il reste des portions de tumeur logées dans des anfractuosités peu accessibles à la vue et au toucher.

Les polypes fibreux seront mieux traités par l'anse galvanique comme moyen rapide, et le galvano-cautère comme moyen lent.

Enfin, s'il s'agit de patients pusillanimes qui se refusent à toute opération franchement chirurgicale, l'acide chromique sera parmi les moyens lents celui qui donnera les meilleurs résultats.

Les polypes naso-pharyngiens exigent des considérations qui sortent en dehors du cadre que nous nous sommes tracé ici; leur traitement peut être l'objet d'une étude toute spéciale qu'il serait trop long d'exposer dans le présent travail.

REVUE DE PÆDIATRIE

A travers mes livres,

par SEVERIN LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'Hôpital Notre-Dame.

Jules Simon est une autorité en paediatric, que l'UNION MÉDICALE a souvent cité à ses lecteurs, et que ceux-ci ont pu apprécier avantageusement ; dans l'intérêt de tous je me propose de donner un résumé de ses principales conférences faites à l'hôpital des Enfants-Malades à Paris.

Les conférences de Jules Simon sont intéressantes au double point de vue thérapeutique et pathologique : la partie thérapeutique rend le médecin, indécis si souvent en paediatric, familier avec le dosage des médicaments, dosage que Jules Simon a fixé d'une manière certaine, après de nombreuses expériences ; la partie pathologique nous donne des aperçus spéciaux sur presque toutes les maladies de l'enfance, le tout cependant ne faisant qu'un et rendant ainsi l'étude très attrayante.

Il est une vérité qui doit guider le médecin auprès d'un enfant malade, et qui doit être pour lui comme un axiôme hippocratique. c'est que *chez les enfants, il faut toujours fractionner et échelonner la dose des substances actives*. Avec cette précaution constante, l'enfant peut être médicamenté comme l'adulte, les effets physiologiques seuls étant produits. Ainsi, au lieu de donner une goutte de laudanum de Sydenham, pour un cas de diarrhée, à un enfant au-dessous d'un an, vous obtiendrez d'excellents résultats en donnant cette seule goutte d'une manière fractionnée, dans 24 heures, par exemple, associée à un julep gommeux quelconque. Ainsi de tous les médicaments actifs

Méthode évacuante :— Vomitifs.

Deux vomitifs surtout sont employés, l'ipécacuanha et le tartre stibié.

1o. *Ipecacuanha*.—Il est rarement de bonne qualité. L'émétine étant variable selon les espèces ; il entre dans la composition du sirop de Desessarts, très employé dans la coqueluche, et de la poudre de Dever. On donnera les doses suivantes de la poudre :

Pour un enfant nouveau-né	0 gr. 20.
Jusqu'à un an.....	30.
A partir de un an.....	50.
“ “ “ 2 ans.....	1 gramme.

Mais on la donne plus souvent mêlée au sirop d'ipéca dans la proportion suivante :

Poudre d'ipéca..... 0 gr. 20—0 gr. 30—0 gr. 50—1 gramme.
Sirop..... 30 grammes.

Dans les deux premières années le sirop est suffisant.

Au-dessus de deux ans la poudre d'ipéca pure pourra être administrée dans de l'eau ou dans un sirop quelconque.

L'administration des remèdes ne constitue pas toujours une opération facile ; deux moyens sont à notre disposition, la violence, ou un remède masqué dans un véhicule flattant le goût.

Le moyen violent le plus simple consiste à envelopper l'enfant dans une couverture ; vous le tenez entre vos jambes et vous lui introduisez doucement entre les dents la cuiller à café chargée du médicament, puis vous inclinez l'enfant, le liquide tombe naturellement, et l'opération est finie, un mouvement réflexe de déglutition empêchant l'enfant de rejeter le médicament.

Le sirop de violette, de fleurs d'oranger, le loech blanc du codex No. 1, etc., constituent des véhicules agréables au goût et à l'odorat. Le yerba santa tue complètement l'amertume de la quinine.

2e *Tartre stibié*.—Dans les cas seuls où l'ipéca sera impuissant à provoquer le vomissement, on aura recours à l'émétique.

Pour les enfants de moins de deux ans, on prescrira la formule suivante :

Emétique..... $\frac{1}{2}$ grain ou 0 gr. 0.25.
Eau de tilleul..... 100 gr.

A prendre tiède, en 4 ou 5 fois, de dix minutes en dix minutes.

A partir de deux ans, on peut porter la dose à un grain.

On ne doit pas oublier que l'ipéca et l'émétique n'ont pas seulement une action vomitive, mais qu'ils sont des excitants de la muqueuse digestive, pouvant provoquer un flux diarrhéique considérable, le tartre stibié particulièrement.

Indications et contre-indications.—C'est surtout dans les maladies des voies respiratoires et digestives que les vomitifs sont d'un fréquent usage. Nous allons passer en revue les principales, donnant la mesure d'intervention des vomitifs et traçant le rôle qui leur appartient.

Affections des voies respiratoires —1° Laryngites.—Elles peuvent être : A, de nature inflammatoire (légères ou intenses) ;—B, spasmodiques (laryngite striduleuse, faux croup) ;—C, diphthéritiques (croup) ; les laryngites chroniques ne se rencontrent généralement pas chez les enfants.

A. Laryngite simple, légère.—Une précaution indispensable est ici de rigueur ; pour la laryngite la plus simple, il faut le séjour au lit, le changement de température étant très souvent la cause de complications inattendues. Si les boissons chaudes et le repos au lit sont insuffisants après quelques jours, et si l'enrouement se continue, on aura recours à une dose d'ipéca.

B. Laryngites intenses.—Elles se rencontrent tantôt sous l'influence d'un refroidissement très vif, tantôt sous le coup de fièvres éruptives, et occupent très souvent toute la gorge, épaississant la muqueuse, formant une sécrétion muco-fibrineuse purulente, plus ou moins abondante, infiltrant le tissu sous-muqueux et provoquant enfin des spasmes glottiques.

Quand la laryngite est *essentielle*, il faut calmer d'abord l'élément inflammatoire par des vapeurs émollientes en inhalation, des cataplasmes chauds laudanisés ou sinapisés au devant du cou, par des révulsifs appliqués sur les membres inférieurs (ouate saupoudrée de farine de moutarde et entourée de taffetas gommé ; contre le spasme glottique, l'usage interne des préparations d'alcoolature de racines d'aconit et de teinture de belladone, mélangées à parties égales, et données de deux en deux heures, jusqu'à concurrence de dix gouttes et plus, pour un enfant de deux ans passés.

Après que ces moyens auront été mis en œuvre, les vomitifs débarrasseront la cavité du larynx des mucosités devenues flottantes.

Au contraire, si la laryngite est *secondaire*, l'indication, tout en restant la même, sera subordonnée à la résistance des forces et à la part qu'elles doivent prendre dans la situation du malade ; car on doit se souvenir constamment que l'adynamie est facilement provoquée chez l'enfant et qu'un vomitif, après plusieurs jours d'un état morbide plus ou moins grave, devra être administré avec beaucoup plus de précaution qu'au début.

C. Laryngite striduleuse ou faux croup.—C'est un accès subit, éclatant au milieu de la nuit, une suffocation terrible ; le vomitif est de rigueur, il aura pour effet de chasser les mucosités, entretenant l'excitabilité réflexe dont le spasme est la conséquence ; l'action hyposthésisante de l'ipéca contribuera plus tard à atténuer cette susceptibilité.

On évitera le second accès au moyen de la potion antispasmodique suivante :

Kermès minéral.....	0 à 05
Alcoolature de racines d'aconit.....	5 à 10 gouttes
Teinture alcoolique de belladone.....	5 à 10 „
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 gram.
Eau de tilleul.....	120

Par cuillerées à dessert, d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure.

D. Croup.—Dès que la voix commence à s'enrouer, on aura recours deux ou trois fois aux vomitifs, et l'on cessera dès que l'on aura lieu de craindre que leur action hyposthénisante ne vienne s'ajouter aux effets généraux de l'empoisonnement diphthérique.

La maladie entrant ensuite dans une phase nouvelle, la trachéotomie aura bientôt son indication.

Ici l'auteur émet les propositions suivantes : dans le croup, comme dans la diphthérie, on n'appliquera jamais de sangsues ni de vésicatoires, et on n'aura jamais recours aux mercuriaux et aux opiacés. Les toniques constituent la base de la médication. (1)

2o Bronchites.—Dans la première période des bronchites, des *grosses et moyennes bronches*, les vomitifs sont sans effet, il faut alors employer la chaleur, les antispasmodiques, tels que l'aconit, le kermès, et rarement l'opium, à moins que l'enfant ne présente une grande excitation.

Ce n'est que dans la deuxième période, à l'apparition des râles humides, que les vomitifs auront leur raison d'être.

Lorsque la bronchite est dans les *petites bronches*, il faudra observer de très près l'état du malade avant d'administrer le vomitif qui ne sera donné qu'une ou deux fois; la médication révulsive et tonique le remplacera. Si le mal augmente, on n'hésitera pas à employer l'alcool, selon la formule suivante :

Eau de vie.....	15 à 20 grammes.
Julep gommeux No 1.....	120 “

Si la bronchite devient *capillaire*, avec complication de foyers de broncho-pneumonie, malgré l'apparence de l'indication des vomitifs, il ne faut plus y avoir recours, l'affaiblissement du système nerveux empêche l'action réflexe du médicament. Nous n'avons alors que deux moyens à notre disposition, les vésicatoires volants en avant, en arrière, sur les côtés de la poitrine, les laissant en place trois ou quatre heures, séparant l'application par un intervalle de six à douze heures seulement, puis les préparations alcooliques; la dose suivante pourra être donnée :

Eau de vie.....	20 grammes
Malaga.....	30 “
Potion contenant teint. de digitale....	5 à 6 gouttes

(1) Dans plusieurs cas, en désespoir de guérison, des révulsifs violents ont été employés (mouche noire), et les résultats ont été aussi satisfaisants que surprenants.
S. L.

Au bout de 4 jours on suspendra la digitale.

L'enfant sera maintenu au lit, les jambes entourées d'ouate saupoudrée de farine de moutarde, et nourri avec des liquides réparateurs. La température de la chambre sera maintenue à 18° centigrade.

30 *Pneumonie*.—Ce dernier traitement est le traitement de la *pneumonie franche lobaire* : interdiction des vomitifs, application de vésicatoires ; emploi de l'alcool à haute dose et de la digitale avec la précaution nécessaire.

Les enfants ayant une tendance, après quelques jours d'excitation, à tomber dans l'adynamie, la médication radorienne au moyen de l'émétique doit être proscrite ; que l'on se souvienne que l'alcool abaisse la température, tout en soutenant les forces du malade.

Affections des voies digestives.—Dans les angines inflammatoires, pultacées, herpétiques, on aura recours aux vomitifs en même temps qu'aux gargarismes, émollients pendant la période d'augmentation, et astringents pendant la période de déclin. Nous avons ici diverses affections accompagnées d'un embarras gastrique, d'une excitation nerveuse plus ou moins grande, et d'un mouvement fébrile accentué, les vomitifs exerceront une action déplétive sur toutes les glandes abdominales, une sédation nerveuse favorable, et rappelleront vers la surface cutanée une circulation et une sécrétion plus actives.

Les abcès amygdaliens sont souvent la terminaison des angines inflammatoires et pultacées ; le bistouri alors n'est pas toujours un instrument de succès ; il faut résister aux demandes des parents qui pensent qu'une incision est toujours nécessaire : les vomitifs répétés fréquemment donneront plus de satisfaction ; il suffit d'avoir l'expérience de ces cas pour conclure que les tentatives d'ouverture d'abcès situés dans le tissu amygdalien donnent bien peu de satisfaction.

L'enfant devra être surveillé pendant son sommeil, le pus pouvant faire irruption dans le larynx et donner lieu à une suffocation dangereuse ; une personne attentive pourra le secourir au moment de l'issue du pus.

Embarras gastrique.—L'enfant a de l'anorexie, du malaise, et parfois de vrais accès de fièvre ; les rémittences faciles rendent le médecin indifférent ; vous ne devez pas l'être. Vous avez devant vous une congestion hépatique qui accompagne souvent le trouble de l'estomac. Combattez cet état par un vomitif tout d'abord, puis par un purgatif, vous serez étonné de l'amélioration subite qui suivra cette simple médication.

Votre abstention conduira cet état dyspeptique à l'indigestion, et de l'indigestion aux convulsions il n'y a qu'un pas.

Ajoutons en terminant cette première conférence que le vomissement, au début des fièvres éruptives, facilite l'évolution de l'éruption par la fluxion cutanée qu'il produit.

Quelques remarques sur l'hygiène scolaire et domestique des enfants, au point de vue médical,

par M. T. BRENNAN, M.D.

professeur agrégé à l'Université-Laval, Montréal, médecin interne de l'hôpital Notre-Dame.

Je désire attirer aujourd'hui l'attention sur un sujet qui me semble digne de la considération la plus sérieuse de la part des personnes chargées de l'éducation de la jeunesse. C'est une question qui demande impérieusement une solution, et nuls autres que celles-là ne peuvent la lui donner.

J'ai cru que quelques idées pratiques, énoncées au point de vue médical, contribueraient à fixer les esprits sur cette partie si importante de l'éducation, l'hygiène scolaire et domestique ; car il me semble que les autorités manifestent de la tiédeur, pour ne pas dire plus, à cet égard.

Que de belles phrases, que de séduisantes figures ne lance-t-on pas au sujet de patriotisme et de supériorité intellectuelle ! Mais que deviendront bientôt ces gloires si, dans un avenir prochain, il manque des personnages pour les perpétuer ? Nous ne pouvons ici nullement nous faire illusion ; la puissance de la nation canadienne doit se maintenir et cela par sa jeunesse croissante, et celle-ci est-elle aussi vigoureuse que ses prédécesseurs ? Il y a là matière à réflexion. Des réformes sont urgentes surtout dans les classes moyennes et inférieures de la société, et nous ne parviendrons à les créer qu'en instruisant mieux, hygiéniquement surtout, la jeunesse actuelle, du peuple canadien de l'avenir.

Je me garde bien dans ces quelques lignes écrites à la hâte, de blesser les susceptibilités de qui que ce soit, entre autres, celles de ces esprits, je dirais hyperesthésiques, qui, au moindre frôlement lancent des "réflexes" meurtriers. Je crois les remarques vraies et utiles ; je les énonce. Aux autorités compétentes qui pourraient les lire, de juger si le sujet auquel elles se rattachent mérite une pensée sérieuse.

La question du surmenage intellectuel a été soulevée et vivement attaquée dans ces derniers temps par la plupart des peuples, surtout les Français, on y travaille encore et on sollicite des réformes. Le sujet est, je crois, aussi important pour nous que pour d'autres ; je ne m'y arrêterai qu'indirectement cependant.

L'organisme de l'enfant pendant plusieurs années est à se compléter et à se perfectionner, tant physiquement qu'intellectuellement ; en un mot l'enfant croît. Il n'y a que lorsque cet organisme délicat et merveilleux a atteint presque en totalité son

développement requis, qu'il peut être soumis, sans résultats funestes, à des efforts intellectuels ou physiques considérables; j' n'a cette époque, 14 à 19 ans, il ne doit être que guidé, non forcé. Or que fait-on d'habitude? On a à la maison un petit bambin de 4, 5, 6 ans, dissipé, tapageur, il fatigue ses parents qui, jeunes, n'étaient jamais comme lui; on veut s'en débarrasser, on l'envoie à l'école. Ou encore, tel autre est très intelligent; c'est un enfant qui apprend tout; poussons-le au plus tôt, ce sera un grand homme, un génie peut-être.

Vite! à l'école! laisse-là tes jeux et travaille, petit Jean! Les parents, dans ces circonstances, réfléchissent-ils? Non, assurément. Sont-ils coupables? Non, encore, car ils ne savent pas mieux; on ne leur a jamais fait même entrevoir l'inconséquence funeste qu'ils commettaient. Ont-ils su qu'en plaçant les enfants à l'école en bas âge, on les tuait intellectuellement et physiquement et que l'on provoquait chez eux une répugnance et une incapacité pour le travail intellectuel? Savent-ils que cette précocité qu'ils se plaisent à signaler et à enflammer chez leur enfant n'est souvent qu'une pure activité morbide, avant-coureur d'une tuberculose latente ne demandant qu'une cause déterminante pour s'allumer? Non. L'enfant est fait pour jouer, pour crier, pour développer tous ses organes par les moyens instinctifs que Dieu lui suggère; et on l'enferme, on l'emprisonne dans un pensionnat; on le cloue sur un banc pendant des heures consécutives pour *tâcher* de lui inculquer une foule de choses, peut-être utiles, — quand elles ne sont pas nuisibles — mais dont il n'a aucunement besoin pour le moment, et qu'il n'est souvent pas en état de comprendre, bien moins encore de s'approprier.

Mais, crie-t-on de suite, c'est perdre du temps précieux que de n'envoyer l'enfant à l'école qu'à 12, 15 ou 16 ans. Moi, je crois le contraire; c'est une forme de "*perd-gagne*," et l'expérience le prouve. J'ai toujours vu qu'un jeune homme âgé de 16, 17 ans pouvait accomplir, dans 5 ou 6 ans, ce que les enfants placés à l'école à l'âge de 5, 6 ans mettent 15 ou 16 ans à faire; et le bon sens le veut; à 15 ou 16 ans l'organisme est plus en état de supporter physiquement et intellectuellement les fatigues qu'une bonne éducation pratique entraîne; il est en bonne santé, vigoureux, ayant pu jouer et se développer au grand air, le reconstituant par excellence; le jeune homme a faim d'instruction, il saisit les notions avidement et se les assimile rapidement et sans surmenage. Il fera un homme bien équilibré, tandis que les autres, ayant passé des années inutiles à "*piocher*" pour arriver au même but intellectuel, feront des tuberculeux, des névropathes, des dégénérés et parfois des aliénés. Combien d'enfants sont ainsi surmenés, sacrifiés. Aussi Dieu, dans sa bonté, pour les soustraire à ces influences destructrices, couvre-t-il souvent d'"*abrutissement*," et d'hébétude intellectuels protecteurs, l'intelligence

dont plus tard il fera un génie. Les exemples ne manquent pas.

Le temps consacré à l'étude doit être sérieusement considéré et être en rapport avec le développement de l'élève. Que dans nos écoles pour externes, une fois les heures de classe finies, le travail le soit de même. Que l'élève une fois rendu chez lui ne soit pas obligé de s'atteler pendant des heures pour faire des devoirs ou apprendre des leçons pour le lendemain; qu'au moins pour quelques heures l'idée de l'étude obligatoire ne le hante pas; qu'il soit libre et qu'il s'amuse. Que les études soient groupées de façon à créer de la variété et dans l'esprit et dans la position du corps. Qui ne connaît les fatigues d'une tension prolongée de l'esprit, même chez l'adulte. Et quels ne doivent pas être les ennuis d'un enfant, dont la nature est de s'agiter, condamné à occuper pendant un temps souvent trop long, une position quelquefois des plus fatigantes.

Ces fatigues ne sont que passagères, mais je désire attirer vivement l'attention sur leurs abus.

Le médecin est trop souvent témoin des désordres que cause un cours d'études mal conduit hygiéniquement, pour qu'il ne soit pas frappé de l'importance d'une surveillance individuelle de ce côté. Je ne puis entrer ici dans les détails d'hygiène scolaire proprement dite; je ne puis que rappeler les troubles oculaires divers dus à un mauvais éclairage, à des livres mal imprimés, aux recherches continuelles dans les dictionnaires, etc.; les troubles de la voix par des exercices de chant mal conduit, etc.; les troubles produits dans le squelette et l'appareil locomoteur par des positions vicieuses que prend l'enfant sur son pupitre, en classe et ailleurs, et en portant des monceaux de livres sous le bras ou suspendus au dos, de l'école à domicile et vice versa, comme les coxalgies, déviations de la colonne vertébrale, maladie de Pott, relâchements articulaires, poitrines rentrées, atrophies musculaires, etc.

Dans tous les pensionnats une part assez large est elle donnée au sommeil? Autre point à considérer et à vérifier.

Des abus touchant au côté moral de l'éducation sont souvent cause de déchéance physique et intellectuelle. Quel est le médecin qui n'a pas eu à combattre les tristes effets d'habitudes de masturbation contractées et perpétuées dans les maisons d'éducation, et quel est celui qui n'a pas maintes fois déploré le sort de ces nombreux dégénérés qui s'acheminent vers les asiles d'aliénés, victimes d'une plaie que l'on peut à peine signaler sans s'exposer aux plus amers reproches de part et d'autre. L'hygiène n'y pourrait-elle rien par hasard? Et si elle réclame une surveillance des plus sévères, tant médicale que laïque, se récriera-t-on? Je n'insiste pas sur un sujet toujours scabreux pour celui qui ose l'aborder.

Autre point à rapprocher de celui-ci. N'y aurait-il pas avantage d'apprendre pieusement et chrétiennement aux jeunes gens d'un

certain âge le rôle qu'ils sont appelés à remplir dans le monde, comme *hommes*, et les écueils à éviter. Les scrupules mal placés sont, je crois, cause que beaucoup d'entre eux, avec la curiosité naturelle de l'inconnu et du mystérieux apprennent autrement, et plus funestement hélas, non seulement pour eux, mais pour tous leurs descendants, ce qu'ils sont en droit de savoir au sujet des fonctions sexuelles. Tout médecin sait ce que sa pratique journalière lui apprend sur ce sujet.

Les jeux et les amusements doivent recevoir leur part de considération hygiénique. La gymnastique, qui est appelée à occuper une place importante, vu les excellents effets à en retirer, ne devrait pas être, ce me semble, uniforme pour chaque élève, mais s'adapter aux exigences de chaque organisme ; car, mal appliquée, au lieu de produire un bon effet, elle pourrait être des plus nuisibles. Il en est de même de l'exercice militaire et des autres exercices pour le développement physique du corps, qui tous, bien choisis, deviennent de la plus haute utilité à l'élève.

Un mot des punitions ; elles sont dignes d'attention. D'abord, une des plus légères : baiser la terre ! Quelle triste punition ! quel cerveau a pu imaginer une pareille sottise ? et après la deuxième ou troisième fois, quelle influence exerce-t-elle sur l'élève ? C'est un exercice de gymnastique se faisant dans l'espace de quelques secondes ; des lèvres couvertes de poussière et de germes qui, dans un instant, sont transmis à une manche d'habit. Où en sommes-nous dans notre siècle de microbes pour tolérer un jour un acte aussi repoussant et aussi peu hygiénique. Les conséquences de cette pratique sont des plus funestes ; le parquet étant couvert de crachats, de poussière, de boue renfermant des légions de germes pathogènes, la transmission de la tuberculose, de l'anthrax, peut-être de la syphilis et d'autres maladies n'est-elle pas à craindre ? Donc, que de grâce cette punition insensée disparaisse de nos écoles pour ne plus jamais y revenir, même quand les microbes auront fait leur temps. Contraindre un enfant à demeurer à genoux pendant des quarts d'heures, des demi-heures, est-ce une pratique à louer ? Non, certainement, car je suis positif à dire que si l'on questionnait plus minutieusement, on la trouverait souvent en cause dans la production des tumeurs blanches et des manifestations tuberculeuses du genou chez des enfants prédisposés, de même que la station debout prolongée produit la fatigue et par suite la coxalgie lorsque le terrain est favorable à son évolution. Quelle triste habitude que celle de frapper les enfants sur les oreilles ou encore de leur tirer violemment ces organes ; combien de ruptures de tympan, combien d'otites et de surdités à la suite de ces pratiques désastreuses. !

Et que dire de l'action de lever les enfants par la tête et de les laisser retomber sur leurs pieds, de leur infliger des coups sur la tête ? jamais de tels actes ne devraient être tolérés même

avec la main et encore infiniment moins avec des livres, des règles ou autres objets ; et cependant..... Une personne qui ne connaît pas mieux que d'agir de la sorte devrait être reléguée à d'autres charges requérant plus de force brutale et moins d'intelligence.

Je crois, enfin, que toutes les punitions seraient améliorées par une revue hygiénique, médicale et pédagogique.

Autre point méritant une pensée : la nourriture dans les pensionnats et dans les familles est-elle toujours convenable ? Ne vaudrait-il pas mieux payer plus cher, si besoin, et être certain que les enfants sont bien nourris, qu'ils reçoivent des aliments dont les microbes n'occupent pas la majeure partie ?

L'eau potable est-elle toujours saine ? Le système de drainage est-il hygiénique ? Les appartements occupés par les élèves, surtout les salles d'étude et les dortoirs, ont-ils les conditions sanitaires voulues ? Ces questions demandent à être résolues d'une façon *minutieuse* ; le pourquoi ? nul besoin de le développer ; et cependant, dans plusieurs endroits, dit-on, les conditions hygiéniques sont des plus déplorable.

Une chose qui ne devrait pas échapper à la considération des autorités, c'est le surmenage de l'instituteur, du professeur et surtout de la religieuse. Et à ce sujet je me permettrai de dire un mot des couvents ou pensionnats de jeunes filles. N'est-ce pas dans ces maisons que nous pouvons souhaiter voir se réaliser toutes les réformes possibles ? Oui, car c'est ici que la jeune fille, la mère de l'avenir et l'éducatrice par excellence, reçoit son instruction ; aussi, la *sœur*, cette femme de dévouement sans bornes doit elle posséder *parfaitement* l'hygiène scolaire et domestique afin d'inculquer à ces intelligences les principes qui, mis en pratique plus tard, feront la vigueur d'une famille et la force d'une nation.

Le premier pas à faire pour obtenir des améliorations est d'intéresser activement le Bureau d'hygiène à la question, afin que le médecin—car il n'y a que lui de véritablement compétent—puisse avoir toute l'autorité requise pour exiger, sans pitié, une réforme immédiate aussitôt un abus constaté. Alors la position de médecin d'une maison d'éducation ne sera pas une sinécure ; c'est à lui que sera confiée la santé de nos enfants.

En second lieu, il faut à *tout prix* que les personnes qui ont charge de l'éducation : prêtres, ecclésiastiques, frères, sœurs, instituteurs, etc., aient une connaissance pratique de l'hygiène.

3o Des conférences sur l'hygiène pratique devraient être données aux instituteurs par des personnes compétentes.

4o On devrait exiger de chaque instituteur un rapport sur les conditions hygiéniques de son école et de ses élèves.

5o Ces rapports et ces plaintes seraient soumis à la considération et à la discussion des instituteurs réunis en conférence, afin

que des améliorations puissent être suggérées et les autorités averties au besoin.

60 Que l'hygiène soit enseignée dans toutes les écoles, mais d'une façon *pratique*; de grâce, n'allons pas en faire une matière théorique, obligatoire et susciter le dégoût des élèves; que l'on évite bien cet écueil; qu'elle soit *pratique*, ne cessons de le répéter. En passant, l'enseignement d'un peu de physiologie dans nos écoles serait-il désavantageux?

70 Les chefs de familles devraient consulter leur médecin sur l'éducation de leurs enfants; un mot de celui-ci au directeur attirant l'attention sur les points faibles de la constitution de l'enfant serait de la plus grande utilité.

80 Sur les médecins des collèges, couvents etc. devrait retomber la rude tâche de surveiller attentivement la santé et le développement des enfants; il ne faut pas attendre qu'ils soient malades, il faut prévenir la maladie, il faut même tâcher d'améliorer les natures chétives. Les mêmes indications s'adresseraient aux médecins de campagne en ce qui concerne les écoles rurales.

Pour terminer, il découle de ce que j'ai dit que l'hygiène a droit à sa place dans l'éducation de la jeunesse; donnons-la lui donc. Mais ne l'enseignons pas en faisant apprendre des pages de texte, à l'instar d'une charge onéreuse; qu'elle soit *pratique*, aimée des élèves; qu'ils en voient suivre fidèlement les principes autour d'eux et qu'ils viennent à considérer l'hygiène comme essentielle à une bonne santé et à une intelligence vigoureuse. Je crois avoir montré la part active que le médecin doit prendre dans l'éducation; il s'ensuit qu'il faut une entente plus intime entre celui-ci, le prêtre et l'instituteur; il devient urgent que ces trois personnages travaillent ensemble pour atteindre le but désiré: relever le niveau moral intellectuel et hygiénique de l'éducation de la jeunesse.

Souhaitons donc un avenir assuré à l'hygiène scolaire et qu'au commencement de l'année prochaine on la voit enseignée et pratiquée dans toutes nos écoles et maisons d'éducation.

Les spécialités pharmaceutiques en Angleterre.—L'Association pharmaceutique britannique vient de tenir sa 25^e réunion annuelle à Bath. Le président, M. Benger, dans son discours d'ouverture, a déploré l'état dans lequel se trouvait actuellement la pharmacie.

Les médecins, dit-il, prescrivent une quantité considérable de médicaments tout préparés, de spécialités dont l'action est souvent inconnue, et abandonnent trop les vieilles formules dans lesquelles entraient les médicaments dont l'action est nettement établie.

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (Electrolyse intra-utérine),

par le docteur DELÉTANG (de Nantes.) (1)

Depuis l'année 1884, où j'ai suivi pendant un certain temps la clinique du Dr APOSTOLI, j'ai traité par sa méthode 97 malades atteintes de fibromes utérins.

De ces malades, 7 ont subi tout ou partie de leur traitement à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et 32 m'ont été envoyées par les médecins les plus distingués de la région; le reste appartient à ma clientèle particulière.

Je me suis conformé scrupuleusement aux règles indiquées par le Dr Apostoli me reportant à la lettre à celles qu'il m'indiquait en 1884; en effet à part quelques cas isolés, je n'ai pas dépassé les intensités qu'il employait alors. Je me suis servi d'un courant de 110 à 120 milli ampères, quelquefois moindre; les séances ont eu une durée moyenne de 5 minutes, et ont été séparées en général par un intervalle de 4 à 7 jours. J'ai fait la plupart des applications électriques dans mon cabinet. Ainsi que je viens de le dire, 32 de mes malades m'ont été envoyées par des confrères dont elles sont restées les clientes; le traitement a été suivi et contrôlé par eux. Les renseignements que j'ai eus postérieurement sur ces malades m'ont été souvent fournis par leurs médecins. Les résultats qui vont suivre offrent donc un cachet d'authenticité absolu.

Il m'est naturellement impossible de relater ici les observations de ces 32 malades qui feront l'objet d'un travail plus complet. Je dois me contenter d'en tirer quelques déductions générales.

A propos de ces 32 malades, je ferai remarquer trois choses :

1^o A part deux exceptions, je n'ai traité que des femmes chez qui la cavité utérine était resté perméable; j'ai donc employé exclusivement l'électrolyse intra-utérine sans violence et sans ponction.

2^o. Aucune de mes observations ne se rapporte à des tumeurs fibro-kystiques. C'est que je considère dans ces cas le traitement par l'électrolyse comme impuissant. Du moins, après l'avoir employé au début un assez grand nombre de fois contre ces sortes de tumeurs, je n'ai constaté aucun résultat favorable et j'y ai renoncé. Je crois cependant qu'il faut modifier cette appréciation pour les très petits kystes qui se trouvent souvent dans les gros fibromes, et qui ne présentent pas une grande tendance à l'accroissement.

(1) Mémoire lu le 27 novembre 1888, devant l'Académie de Médecins de Paris.

30. Je n'ai point parlé non plus des tumeurs plus ou moins pédiunculées, soit sous-péritonéales, soit intra-utérines. Je serais cependant disposé à croire que l'électrolyse aide à l'énucléation de ces tumeurs; en effet, j'ai constaté, après traitement, la formation de 6 polypes dans ma clientèle. Cette proportion, sur 97 malades, *me semble dépasser la moyenne.*

Le Dr HEURTAUX, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Nantes, m'a envoyé 16 malades.

Le Dr LOUIS FOISSON, professeur suppléant de chirurgie à l'école de Nantes, m'a adressé 2 clientes.

Le Dr BERNAUDEAUX, médecin des Hôpitaux, 3.

Le Dr MÉNAYER, également 3.

Le Dr CHENANTAIS, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine, 2.

Les Drs ATTIMONT et GRUGET, l'un, médecin suppléant, l'autre, chirurgien suppléant des Hospices, chacun 1.

Le Dr ALBERT MALHERBE, professeur à l'école de médecine, 2.

Le Dr P. JORON, membre correspondant de l'Académie de médecine, professeur à l'école de médecine de Nantes, 1.

Enfin, le Dr OLLIVÉ, professeur suppléant à l'école de médecine, également 1.

Sur les 16 malades du Dr. Heurtaux, 10 ont été guéries; je trouve en effet que l'on peut considérer comme telles les femmes chez qui tous les phénomènes morbides ont disparu, lors même qu'il reste un noyau amoindri ne causant plus aucune gêne.

10 d'entre elles avaient des hémorrhagies; toutes les ont vues disparaître, à l'exception d'une seule.

Chez 5 d'entre elles, il a suffi de 3 à 7 séances pour amener la disparition des pertes. Chez les 4 autres, il a fallu plus de 10 séances pour arriver au même résultat.

Chez 5 femmes portant des tumeurs volumineuses, quelques-unes énormes, on a observé une segmentation remarquable de la masse. Il en est résulté une diminution du volume total.

Chez 2 autres, des fibrômes adhérents et immobiles se sont mobilisés en se rétractant.

Enfin, deux de ces malades n'ont éprouvé aucune amélioration.

Je ferai remarquer que chez presque toutes ces femmes, les hémorrhagies ont disparu avant que la tumeur ait diminué d'une façon bien sensible.

Il en a été de même des douleurs, et, en somme, d'à peu près tous les phénomènes morbides, sauf parfois ceux dus à la compression.

Sur les deux malades du Dr. Foisson, l'une, a vu ses pertes disparaître après 11 séances sans que la tumeur ait éprouvé une modification bien apparente. Il est arrivé à la seconde un accident qui a tout interrompu.

Trois malades du Dr. Bernandeaux ; chez la première, les douleurs et les phénomènes de compression ont d'abord disparu, puis la tumeur, d'un volume considérable, s'est segmentée en deux.

Chez la seconde, l'état général absolument mauvais s'est relevé en premier lieu ; ensuite, les règles se sont régularisées après une dizaine de séances ; enfin, plus tard, la tumeur est devenue très dure sans diminuer beaucoup. Chez la troisième, le traitement n'a pas été supporté.

Chez deux des trois malades du Dr Ménager, la tumeur s'est pédiculisée ; chez la dernière, de violentes douleurs ont disparu très vite et la tumeur a beaucoup diminué, en prenant plus de consistance.

Chez les clientes des Drs Chenantais, Attimont et Gruget, on a vu également les pertes cesser et les tumeurs durcir en diminuant.

Deux malades du Dr Albert Malherbe ; chez la première, un petit fibrôme adhèrent durcit sans devenir mobile ; chez la deuxième, un accident étranger à l'électrolyse interrompt le traitement.

Enfin Mlle S..... vue par le Dr Guillemet, a vu ses pertes et ses douleurs disparaître d'abord, et sa tumeur diminuer d'une façon excessive. De même la cliente du Dr Ollivé.

En résumé, les effets du traitement se succèdent généralement dans l'ordre suivant :

1o Les hémorrhagies, après avoir présenté une augmentation passagère, disparaissent dans un espace de temps variable, mais qui peut être très court. On sait que leur fréquence est souvent en raison inverse du volume des fibrômes.

2o Les douleurs, les troubles fonctionnels s'amendent ensuite ; ces phénomènes ne sont point généralement en rapport avec le volume de la tumeur ; ils se rapportent bien plutôt à l'existence de la zone inflammatoire plus ou moins molasse qui entoure si souvent ces productions.

3o Enfin la masse diminue, mais dans cette diminution, il importe de distinguer soigneusement deux phases.

A. La zone inflammatoire, dont je viens de parler, après s'être parfois momentanément congestionnée se résorbe. Le fibrôme mieux dégagé paraît plus petit et plus dur, mais sa rétraction n'est qu'apparente. C'est à cette période que l'on observe la diminution des douleurs, le relèvement de l'état général et la cessation des hémorrhagies, lorsque celles-ci n'ont pas disparu dès les premières séances.

L'aggravation momentanée de tous les symptômes qui se voit parfois au début du traitement, dépend généralement de la congestion de la zone inflammatoire.

B. Le fibrôme enfin se rétracte lui-même, mais cet effet est loin d'être constant, et ne se produit qu'après l'amélioration des symptômes obtenus, et si l'on continue le traitement un temps suffisamment long.

Le courant électrique, on le voit, a bien plus d'influence sur les produits d'inflammation qui entourent le fibrôme que sur le fibrôme lui-même. Chez 8 des malades cités plus haut, on a vu de très grosses masses paraissant d'abord homogènes se segmenter en un nombre variable de fragments; c'est qu'il s'agissait en réalité de plusieurs fibrômes soudés par une véritable gangue, et redevenant libres après la résolution de celle-ci.

Chez deux autres, des fibrômes adhérents aux parties voisines se sont mobilisés pour la même raison. En consultant non seulement les observations citées précédemment, mais encore les autres remarques que j'ai faites dans ma clientèle, je suis disposé à accorder une grande importance à la métrite développée autour du fibrôme et à considérer celui-ci comme presque indifférent quand il est enné de toute zone inflammatoire.

Au point de vue clinique, on serait ainsi conduit à distinguer deux classes de ces productions: les unes tolérantes, entourées d'une zone inflammatoire et signalant leur présence par une foule d'accidents; n'est-ce pas, du reste ce qui arrive dans bien d'autres affections? Quelquefois, mais rarement, le traitement est suivi au bout de quelques mois d'une atésie d'un point quelconque du canal cervical, ou même de la cavité utérine. Ce rétrécissement cède facilement à une dilatation graduelle et n'offre aucune gravité. Il est cependant à propos de prévenir les malades de la possibilité de cette complication, et de les engager à aller trouver un médecin si la sortie du sang menstruel devenait douloureuse.

Tels sont les résultats ultérieurs à l'électrolyse intra-utérine. Pendant la séance elle-même, on observe les phénomènes locaux suivants:

A. Au début, durant ce qu'on pourrait appeler la période d'ascension graduelle du courant, l'on voit parfois une contraction en masse de l'utérus et des tumeurs, contraction lente et très sensible à la main. Ce phénomène s'est montré avec la plus grande évidence chez trois de mes malades, et a reparu à chaque séance.

B. L'on constate ensuite une congestion de tous les organes qui augmentent manifestement de volume. Le col est turgescent. Cette congestion est à peu près constante et persiste généralement plusieurs heures. Elle est accompagnée le plus souvent de coliques dues évidemment à des contractions lentes et partielles de l'utérus, non perceptibles à la main.

B. A la fin de la séance, pendant la période de descente du courant, j'ai constaté quelquefois une contraction, rappelant celle du début, mais bien plus faible.

Voici les principaux phénomènes immédiats et lointains qui résultent de l'électrolyse intra-utérine. Quelques considérations physiques démontrent facilement, je crois, que ces résultats sont en rapport avec ce que l'on doit attendre du passage d'un courant à travers les organes en cause, mais cela demanderait trop

de développements. Il est cependant possible d'expliquer on peu de mots les deux actions principales du courant galvanique ; ses effets hémostatiques, et ses effets de résolution de la métrite circonvoisine d'abord, de rétraction du fibrôme ensuite.

Lorsqu'un courant suffisamment énergique traverse un tissu vivant, il se produit plusieurs phénomènes dont voici les principaux.

1o Dans l'intimité même du tissu, une décomposition et une recomposition successive de chaque molécule aboutissant à un afflux des composés acides au pôle positif. Cette action chimique, qui est peut-être la base de la puissance résolutive des courants, qui constitue peut-être à elle seule cet ensemble un peu hypothétique de phénomènes que REMAK, père, a rassemblés sous le nom d' "*action catalytique* " est moins énergique dans l'épaisseur du fibrôme, organe plus résistant, au point de vue électrique, que dans les tissus ambiants gorgés de liquides conducteurs, et présentant naturellement une résistance moindre.

2o Une action secondaire au pôle positif ; production d'une eschare sèche et dure dans la cavité utérine ; puis d'un tissu cicatriciel peu perméable et rétractile, d'où un effet hémostatique souvent très prompt.

Je terminerai là ces considérations ; cependant quelques remarques viennent naturellement à l'esprit.

Les effets caustiques et électrolytiques augmentent avec l'intensité du courant. En est-il de même des effets curateurs ? A quelle dose le courant cesse-t-il d'être thérapeutique, et devient-il dangereux pour les malades, soit en produisant des eschares trop profondes, soit en causant dans l'intimité des tissus des modifications trop brutales tendant à se juger par l'inflammation ? Je ne suis pas en mesure de trancher cette question ; je me suis presque toujours servi de courants dans les environs de 100 à 120 milliampères ; les résultats ayant été favorables avec cette dose, je n'ai cru utile de la dépasser que dans quelques cas rebelles. Ce que je puis assurer, c'est qu'avec cette intensité modérée, et à la condition de suivre les précautions antiseptiques sur lesquelles a tant insisté le Dr APOSTOLI, le traitement des corps fibreux par l'électrolyse intra-utérine opérée sans violence est absolument sans danger.

Dans environ 1100 séances d'électrolyse pratiquées sur 97 patientes, je n'ai observé qu'un seul accident : (Une menace grave de phlegmon chez une des malades du docteur Foisson.) Encore convient-il de dire que cette dame impotente était, malgré ma défense, sortie de chez moi presque immédiatement après la troisième séance, et qu'elle s'était péniblement traînée dans la neige jusqu'à son domicile assez éloigné.

La tolérance individuelle est du reste le véritable baromètre à consulter ; et, comme l'a recommandé le docteur Apostoli, il faut toujours commencer par des doses faibles avant d'arriver au

maximum du courant que l'on veut atteindre, et surtout ne jamais s'opiniâtrer. Quant aux questions relatives à la durée du traitement, au nombre de séances à faire, et à l'intervalle qui doit les séparer, les cas sont trop variés pour qu'il soit possible de donner à ce sujet aucune règle précise. En général, le traitement doit être long, durer souvent plusieurs mois; les séances assez espacées, une ou deux par semaine. Souvent l'amélioration est bien plus sensible quelque temps après la fin du traitement que pendant la durée de celui-ci.

Une observation encore pour finir: tant que l'on constate un gonflement notable de la tumeur au moment des règles, la malade n'est pas guérie et l'on doit craindre de nouvelles pertes. Je cesse le traitement à l'ordinaire lorsqu'une ou deux périodes se passent sans congestion anormale, et lorsque je puis croire que la tumeur est devenue un simple corps étranger bien toléré.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTREAL.

Séance du 22 décembre 18

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur GUERIN rapporte un cas d'empoisonnement par l'acide phénique au cours duquel le coma dura environ huit heures. Le malade est encore sous observation. Le tube de Faucher fut introduit dans le but de pratiquer le rejet du poison ainsi que le lavage de l'estomac.

Le docteur MIGNAULT est d'avis que le coma, dans ces cas, doit être rapporté au fait que l'acide phénique supprime alors la sécrétion urinaire d'où urémie et coma urémique.

Le docteur CLÉROUX dit que vû le peu de temps qui s'est écoulé entre l'ingestion du poison et la production du coma, il croit que celui-ci a plutôt été occasionné par l'action de l'acide carbolique sur le cerveau que par l'urémie.

M. le PRÉSIDENT rapporte un cas d'hémorrhagie mortelle survenue à la suite d'une opération sur l'utérus. Dans le but de juger de l'efficacité de la méthode recommandée par Koeberlé qui remplace les sutures par des pinces appropriées, laissées en places pendant 24 heures, il remplaça une des sutures par une pince, il eut le chagrin de voir une hémorrhagie rapidement mortelle survenir chez sa malade peu de temps après l'ablation de cette pince.

Séance du 4 janvier 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur A. A. FOUCHER lit une note relative au traitement des polypes du nez et présente un nouveau modèle de polypotome. (Voir plus haut, page 5.)

Le docteur BRUNELLE emploie plusieurs instruments tour à tour basés sur le principe de l'arrachement et de l'excision. Il signale l'utilité du doigt indicateur dans le traitement des polypes nasopharyngiens.

Le docteur ROLLAND se déclare partisan de l'anse froide qui lui a donné de bons résultats. Il indique les dangers de l'arrachement par torsion et cite des cas où les cornets ont été enlevés inutilement.

M. le PRÉSIDENT ne redoute pas les dangers de la cautérisation, entre autres, les adhérences entre la cloison et la muqueuse des cornets. Le nouveau modèle de polypotome présenté à la Société lui paraît être une modification importante des instruments du même genre. Il croit cependant qu'il y a di-proportion entre la force du fil qui forme l'anse et la force de traction obtenue à l'aide des doigts et de l'érou. Il préférerait que le pas de vis fut plus étendu afin d'obtenir un maximum de vitesse.

En réplique, le docteur FOUCHER ajoute que les différents procédés opératoires resteront toujours discutables, et que la guérison pourra toujours être obtenue bien que par des voies différentes. Relativement à la force de l'instrument qu'il présente, il ne la croit nullement disproportionnée, attendu que, étant donné le numéro de la corde à piano utilisée dans ce cas, cette corde peut supporter une tension équivalant à 770 livres.

Le docteur LAMARCHE présente à la Société, de la part de M. le docteur AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris, trois volumes intitulés : "*Travaux d'obstétrique.*" Ces ouvrages sont acceptés avec reconnaissance.

Sur proposition des docteurs LAMARCHE et BRUNELLE, M. le docteur AUVARD est, à l'unanimité des voix, élu membre correspondant de la *Société de médecine pratique*.

Les femmes-médecins en Russie.—D'après la Gazette officielle du gouvernement de Turkestan, les dames médecins qui exercent dans cette province doivent soutenir une lutte des plus pénibles contre les préjugés de la population mahométane. Les femmes sartes ne consentent à se faire soigner par les femmes médecins que moyennant un pourboire ou un cadeau. On trouve des mœurs analogues dans certaines parties de la Sibérie. C'est ainsi qu'il n'y a pas longtemps encore, il était d'usage de faire un cadeau de deux ou trois roubles à chaque femme qui entraît à la maison d'accouchement cosaque, à Omsk.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Urémie à forme gastro-intestinale.—Clinique de M. le professeur Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui, depuis le 19 janvier, occupe un lit dans nos salles. Il est digne d'intérêt, à divers points de vue. Il présentait, à son entrée, les mêmes caractères qu'aujourd'hui. Il est très pâle, très amaigri. Si on l'examine complètement, on voit que les membres sont plus amaigris encore que la figure. Il tousse, et déclare sans hésitation que du début de sa toux date sa maigreur.

Tout d'abord on a vraiment la pensée qu'on est en face d'un tuberculeux avancé. Mais l'examen pratiqué par suite de ce diagnostic d'impression ne le confirme que faiblement.

Le malade a bien en effet des signes de tuberculose, mais de tuberculose initiale, signes physiques assez peu prononcés du reste.

En avant, à la percussion, on ne trouve rien de notable; à l'auscultation, rien non plus.

En arrière, si l'on percute les fosses sous-épineuses, on perçoit de la submatité à droite, submatité assez marquée pour se faire apprécier par elle-même sans comparaison avec l'autre côté. Dans cette fosse on reconnaît, à l'auscultation, que les vibrations vocales sont exagérées.

Si l'on percute des deux côtés au-dessous de l'épine de l'omoplate, l'auscultation fait entendre à droite une respiration un peu rude à timbre vaguement soufflant. Dans la fosse sous-épineuse droite, en faisant faire au malade de grandes inspirations, en le faisant tousser, on découvre quelques petits craquements rares, peu intenses, mais c'est tout. Vous voyez que si l'on peut dire que le diagnostic d'impression est juste, cependant il faut reconnaître que ce diagnostic est démenti par l'examen. Ce n'est pas la tuberculose qu'il faut rendre responsable de la détérioration organique profonde du malade. Il doit y avoir une cause plus puissante, plus réelle.

Quand on dirige ailleurs les investigations, voici ce qu'on apprend :

Il faut tout d'abord fixer la date de cette tuberculose. Le malade tousse depuis le mois d'août 1887, ce qui est en rapport avec la légèreté des signes physiques. En cherchant ce qui a pu

si rapidement altérer sa santé, nous apprenons qu'à peu près en même temps que se déclare cette bronchite, surtout au moment où elle s'améliore, cet homme a eu des vomissements et de la diarrhée.

Ces vomissements n'avaient aucune relation avec les quintes de toux, ils étaient indépendants de l'alimentation, enfin ils n'ont pas été continus. Les vomissements et la diarrhée ont procédé par périodes. Le malade avait huit à dix selles par vingt-quatre heures.

Je vous le demande, à l'ouïe de ces renseignements, quelle est la conclusion qu'on est enclin à tirer ? C'est que le malade est atteint de tuberculose abdominale.

Mais si on tient compte des nuances des symptômes, la conclusion est tout autre. Les vomissements sont indépendants de la toux, de l'alimentation, ils ne sont pas continus, avons-nous vu. Devant cette réunion de particularités, et étant donné que les deux symptômes coexistent, on doit de suite penser à des accidents urémiques. Cela ne veut pas dire que l'urémie soit ici démontrée. Il faut contrôler ce jugement, c'est certain, mais il ne faut pas l'oublier.

Les symptômes gastro-intestinaux sont des symptômes qui, par leur caractère propre, et en présence des autres conditions de l'examen du malade, doivent faire soupçonner l'urémie.

J'ai eu maintes fois l'occasion de vous dire que l'urémie n'est pas toujours accompagnée de symptômes nerveux comme on est généralement tenté de le croire.

Nous avons là un type parfait de la forme gastro-intestinale de l'urémie. J'insisterai plus tard sur sa longue durée.

Avant d'avoir recours à l'examen des urines, trouverons-nous que notre malade est sous le coup d'une néphrite ?

Il est difficile d'avoir une réponse à ce sujet ; cependant quand on pousse le malade, on apprend que dans les mois qui ont précédé la bronchite, et pendant six mois au moins, il avait, le matin au réveil, la face et les paupières enflées. Il mettait cette bouffissure sur le compte de la fatigue, quoique, par parenthèse, son métier fût peu pénible, et comme elle se dissipait peu de temps après, il n'y fit aucune attention. En le poussant encore plus avant, il nous dit qu'il a eu, pendant cette période, des douleurs de reins.

Donc, très vraisemblablement, notre malade est depuis un an au moins sous le coup d'une néphrite. Nous nous expliquons presque déjà la diarrhée et les vomissements.

Quant à l'urine, elle est vraiment des plus notables dans l'ensemble de ses altérations.

Il y a déjà cinq jours que le malade est entré dans notre service et les caractères physiques de son urine ne se sont aucunement modifiés.

D'abord, elle est excessivement rare. Du 19 au 20 au matin, il n'en a rendu que 320 grammes (toutes les précautions nécessaires ont été prises pour qu'il n'y en ait point de perdue) ; pendant les vingt-quatre heures suivantes, 390 grammes ; dans la journée d'après, on gagne quelque peu, 525 grammes. Pour la période d'hier, 400 grammes. Je crois qu'aujourd'hui nous en aurons encore moins.

Ce qui fait la gravité de l'état du malade, c'est cette rareté persistante. Il est en effet permis de rendre passagèrement une aussi petite quantité d'urine ; mais quand, après un traitement énergique, cette situation se maintient, cela devient excessivement grave.

Cette urine est tout à fait trouble et tellement rouge qu'à l'œil ou diagnostique facilement qu'elle contient du sang. En effet, au microscope, on voit de nombreux globules. Au sens chimique et microscopique, il y a vraiment hématurie.

La densité est très élevée. Le premier jour, 1022 ; le deuxième, 1025. Cette densité n'est pas en rapport avec la quantité d'urine émise. Le lendemain, le jour des 525 grammes, malgré cette amélioration passagère, vous êtes sûr que la composition de l'urine est aussi fâcheuse. Hier, avec 400 grammes, nous avons 1010. Cette densité de 1010 avec une diurèse ne dépassant pas 400 grammes en vingt-quatre heures, constitue un danger immédiat, malgré l'accumulation des moyens thérapeutiques les plus énergiques.

Vous voyez d'ici l'importance de la densimétrie en clinique.

Pour ce qui est de l'urée, l'urine en contenait 8gr, 07 le premier jour, 9gr, 49 le second, 10 gr, 08 le troisième ; la journée de 400 grammes d'urine, avec 1010 de densité, 4gr, 63 d'urée.

Les chlorures sont effroyablement diminués, ils oscillent entre 2 et 3 grammes.

L'albumine n'est pas en aussi grande quantité qu'on pourrait le croire. Elle se maintient entre 0gr, 75 et 1gr, 86 par vingt-quatre heures. La considération de cet élément faiblit devant les autres, et c'est à l'altération de l'urine qu'est lié l'état du malade.

L'urine contient des cylindres granuleux.

Depuis plus d'un an cet homme est donc en possession d'une néphrite chronique. Les seuls inconvénients qu'il a éprouvés ont été l'enflure du visage et les douleurs de reins. En août il s'enrhume, et quand il est amélioré, la néphrite s'annonce par des vomissements et de la diarrhée, vomissements et diarrhée urémiques qui ont permis au malade, malgré sa cachexie avancée, de vivre jusqu'à aujourd'hui.

Si, au lieu de cette forme d'urémie, il avait eu des accidents nerveux ou dyspnéiques, il y aurait beau temps qu'il serait mort. Il y a eu, par ces deux voies, soustraction des éléments toxiques.

Il faut ajouter que depuis quelques jours il s'est joint à son

état de la dyspnée. Il a un certain degré d'insuffisance respiratoire.

Depuis qu'il est dans notre service nous n'avons rien gagné. Le premier jour il n'a pas eu de vomissements, mais il a eu de la diarrhée, ce qu'il ne faut pas regretter, vous le savez. Les vomissements sont revenus le second jour, alimentaires ou muco-biliaux. Sept à neuf garde-robes par jour ; hier, trois seulement, mais très abondantes. S'il y avait une diminution de la diarrhée, il faudrait la rappeler.

Le malade est peut-être plus fatigué encore qu'à son arrivée. Ce matin, il y a quelque chose qui fait penser à un peu d'obnubilation cérébrale ; c'est peu sensible, mais il semble y avoir un peu de stupeur, et il ne faudrait pas s'étonner de voir bientôt apparaître des accidents d'ordre cérébral.

Je désire appeler votre attention sur la durée de cet état urémique. Voyez combien est erronée l'opinion qui voit dans l'urémie un état soudain. On admet l'*urémie aiguë* et l'*urémie lente* à laquelle on accorde de quatre à six semaines. Mais cette division ne suffit pas pour épuiser le sujet, et je dirai qu'il y a non seulement une urémie aiguë et une urémie lente, mais une urémie *chronique* dont la durée peut dépasser plusieurs mois, avec des oscillations en rapport avec la composition de l'urine. Très chronique quand elle revêt la forme intestinale, elle permet alors de vivre, grâce à l'élimination continuelle des éléments toxiques.

Sachez donc reconnaître l'urémie *chronique* et l'urémie *lente*, comme vous savez reconnaître l'urémie *aiguë*.

Pourquoi cet homme a-t-il une néphrite ? A-t-il une néphrite tuberculeuse ? On manque d'éléments pour juger la question. Il n'y a pas notamment de bacilles dans l'urine. Mais cet homme a bien d'autres raisons d'avoir droit à une néphrite. En 1886, il a eu une variole grave, une infection palustre contractée en Algérie et ayant duré trois ans, deux érysipèles, sans compter les refroidissements accidentels. La tuberculose rénale serait donc ici une pure hypothèse, quand il y a autant de conditions pathologiques différentes.

J'ai dit que nous avons agi avec énergie. Le malade a été mis au régime lacté absolu, cela va sans dire ; quatre litres par jour, soixante litres d'oxygène pur par vingt-quatre heures. Comme il y avait chez lui un phénomène inquiétant, un affaiblissement rare du cœur, je lui ai donné 1 gramme à 1gr, 50 de caféine. Le premier jour, il a semblé que sous l'influence de ce traitement on gagnait en énergie. Mais ce ne fut que passer. Je lui ai alors fait prendre de la digitale. Il n'y a pas à lui donner de drastiques puisqu'il y a de la diarrhée ; je n'ai pas plus le droit de lui faire d'émission sanguine avec son état de détérioration. J'ai tout accumulé pour rétablir l'urine et je n'ai pas réussi, et je crains de ne pas gagner davantage dans les jours qui vont suivre.

Pourquoi cet insuccès total ? C'est qu'il y a de l'imperméabilité rénale : les tubuli sont obstrués pour une grande partie. C'est cette imperméabilité qui, pouvant se déclarer d'un jour à l'autre chez les malades atteints de néphrite, menace à chaque instant leur existence.

Il est vrai, j'ai vu la sécrétion urinaire se rétablir chez ces malades après sept ou huit jours ; mais, passé ce délai, la terminaison est toujours fatale. Et si chez le malade qui nous occupe aujourd'hui et que j'ai cru digne de fixer votre attention, l'urine ne reparait pas d'ici un ou deux jours, l'événement ne tardera pas à justifier mes craintes.—*Praticien.*

Du régime alimentaire des brightiques. — I. RÉGIME CLASSIQUE.—Les *prescriptions climatériques* consistent à éviter l'humidité et les brusques changements de température.

Pour *prescriptions diététiques*, éviter les mets épicés ou irritants, —supprimer les œufs,—suivre le régime lacté intégral ou mixte, défendre le vin, l'eau-de-vie, les liqueurs et même la bière.

II. RÉGIME DE SÉNATOR.—Il consiste à autoriser les viandes blanches et la viande de porc ; à défendre les viandes rouges et à conseiller les aliments féculents et herbacés, les fruits, les graisses et le lait. Senator permet pour boisson l'usage du vin coupé d'eau.

III. RÉGIME DE SEMMOLA.—Il consiste dans l'observation des prescriptions précédentes et dans l'usage comme boisson à ingérer dans les vingt-quatre heures, de la solution ainsi formulée :

Iodure de potassium.....	.....	• 1 gramme.
Phosphate de soude.....	.....	2 —
Chlorure de sodium.....	.....	5 à 6 —
Eau .....	.....	1000 —
F. s. a.		

RÉGIME DE RAMBERGER.—Il consiste à compléter l'alimentation lactée par l'usage des toniques et des ferrugineux. Il recommande les préparations suivantes :

1^o *Pilules de perchlorure de fer.*—Ces pilules sont administrées à la dose de 3 à 1 par jour en deux ou trois prises. Elles contiennent chacune :

Perchlorure de fer.....	.....	0,02 cent.
Menyanthe pulv.....	.....	0,05 —
Extrait de taraxacum.....	.....	q. s.
F. s. a. pour une pilule.		

2^o *Pilules de sulfate de fer.*—M. Ramberger les formule ainsi d'après M. Wiëthe :

Sulfate de fer.....	5 grammes.
Bicarbonate de soude	5 —
Extrait de pissenlits.....	q. s.
T. s. a. 60 pilules. 6 par jour, 3 le matin et 3 le soir.	

3^o *Potion à l'écorce de quinquina.*—Il prescrit aussi une infusion de quinquina obtenue avec :

Ecorce de quinquina gris concassé 20 gr. que l'on fait infuser pendant une demi-heure dans :

Eau bouillante.....	200 grammes.
et que l'on édulcore avec :	
Sirop d'écorce d'oranges am.	20 grammes.

D'après M. Wiethé, cette potion s'administre à raison d'une cuillerée à bouche de deux en deux heures.—*Lyon médical.*

Du réflexe tendineux dans l'état de santé et de maladie.—Thomas F. RAVEN in *Practitioner*, a trouvé que dans l'état de santé la production de ce réflexe présente des variations d'un jour à l'autre sans cause appréciable, et qu'il est très accusé chez les nerveux, les hystériques, moins vif chez les phlegmatiques. Il a étudié l'effet de l'âge, et de 54 sujets des deux sexes qui dépassaient 70 ans, 12 ne présentèrent jamais le phénomène du genou, et de ces 12 sujets privés de ce réflexe, 10 étaient porteurs d'une maladie sans cause appréciable de l'anomalie, tandis que deux n'avaient pas de maladie apparente. L'effet de la vieillesse physiologique serait nul, puisque l'auteur a trouvé le réflexe rotulien aussi bien marqué chez les octogénaires que chez les sexagénaires.

La goutte chronique et le rhumatisme abaissent le réflexe rotulien, parce qu'ils produisent des névrites périphériques; souvent aboli à la suite de la diphthérie, même sans paralysie marquée, et aboli parce qu'il se produirait des névrites, ce phénomène servirait et au diagnostic rétrospectif et au pronostic. Les parésies ou atrophies musculaires seraient après la diphthérie d'autant plus opiniâtres que l'absence du réflexe rotulien est plus nettement accusée.

L'absence du réflexe rotulien est signalée chez les buveurs invétérés, et sa réapparition accuse une période de tempérance. L'absence a été constatée régulièrement deux fois dans la paralysie des aliénés. S'il est souvent absent dans le diabète, même quatre ans avant la terminaison, cela tient à la cachexie et aussi aux névrites périphériques fréquentes des gouteux.

L'auteur a constaté la présence du réflexe rotulien dans un coma diabétique peu avant la mort. La réapparition du réflexe, aboli dans un cas de diabète, coïncide aussi avec une amélioration; sans diagnostiquer au début la méningite tuberculeuse,

l'absence de ce phénomène sera importante, parce que ce réflexe ne manque pas dans la typhoïde.

L'absence du réflexe a été aussi constatée dans des états cérébraux assez obscurs qui avaient suivi, chez un malade, un coup au front et chez l'autre l'excès d'études. Enfin, son absence est signalée dans l'intoxication chloroformique, et nous avons passé sur l'étude si connue de ce symptôme dans le tabes, dans la sclérose en plaques.—*Lyon médical.*

La fièvre hystérique, par le Dr. CHAUVEAU.—Bien que la fièvre hystérique ait été longtemps discutée, elle est cependant maintenant généralement admise, sous des formes d'ailleurs assez variables. M. le Dr. Chauveau en décrit dans sa thèse plusieurs types cliniques constituant une forme lente, une forme intermittente et une forme courte, cette dernière comprenant un type typhoïde, un type pseudo-méningitique et un type franc.

Dans la forme lente, on observe souvent un état régulier, prolongé, entrecoupé d'accidents nerveux, et malgré la durée fort longue de cet état fébrile, la nutrition générale ne paraît pas souffrir beaucoup. L'observation rapportée par M. Debove en est le type le plus parfait. Dans ce cas, la température resta élevée pendant plus de trois ans, avec quelques rémissions, il est vrai, mais aussi avec des exacerbations où le thermomètre montait jusqu'à 40° et 41°. Le début fut celui d'une fièvre paludéenne; on crut ensuite à une fièvre tuberculeuse, puis il se produisit une série de périodes fébriles intermittentes.

La forme intermittente vraie paraît d'ailleurs très rare et le plus souvent, bien qu'on observe quelquefois des accès avec les trois stades de frisson, chaleur et sueur, la température ne s'élève cependant pas assez pour être qualifiée de fébrile.

La forme courte, qui paraît plus fréquente qu'on ne le suppose, peut revêtir tout d'abord un type typhoïde. La courbe thermique, ni les phénomènes cliniques ne présentent que peu d'analogies avec la fièvre typhoïde; mais ce qui rapproche surtout les deux affections, c'est l'habitus extérieur des malades.

Un type plus important peut-être est le type pseudo-méningitique qui a été étudié dans la thèse de M. Macé. Dans ce cas, ou bien les symptômes surviennent graduellement, ou bien ils s'installent avec brusquerie. La température qui oscille, en général, entre 38° et 39°, peut cependant dépasser 40°.

Puis surviennent les vomissements et la céphalée qui ont tous les caractères de ce que l'on observe dans la méningite. Les malades redoutent la lumière, le bruit; le moindre attouchement est douloureux; il y a hyperesthésie de la sensibilité générale et spéciale, avec myosis, diplopie, bourdonnements d'oreilles: mais il n'y a pas de paralysies partielles, comme cela s'observe dans la tuberculose méningée pour les muscles de l'œil, la constipation.

est habituelle, le ventre est rétracté. Cet état, si grave on apparence, persiste quelques jours, puis brusquement tout ce cortège de symptômes alarmants disparaît et le malade revient à la plus parfaite santé.

Enfin, il existe un type que l'on peut appeler franc, qui ne dure que quelques jours et qui diffère du précédent par l'intensité beaucoup moindre des phénomènes cérébraux.

En somme, dans tous ces types, quelle que soit la forme, quelle que soit la violence des accidents, on sent, comme le fait remarquer M. Debove, que les malades ne sont pas profondément atteints ; et, de fait, cette fièvre n'est pas identique à celle que l'on observe dans les états pathologiques ordinaires, puisqu'il ne se produit pas de troubles de nutrition.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

CHIRURGIE

De la taille hypogastrique.—Clinique de M. CAMPENON à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.—*Préliminaires.*—Pendant les deux ou trois jours qui précéderont l'opération de la taille hypogastrique, on administrera de légères purgations au malade.

Le jour de l'opération, et avant de le porter dans la salle où il sera opéré, on rasera soigneusement le pubis et on procédera à tous les lavages antiseptiques nécessaires de façon à rendre le champ opératoire absolument aseptique.

On aura le soin d'envelopper les membres inférieurs du malade dans une épaisse couche de ouate ou de flanelle.

Ceci sera fait dans le but d'éviter le frisson violent qui suit presque invariablement toute opération qui porte sur les voies urinaires. C'est pour éviter ce refroidissement que M. le professeur Guyon opère tous ses malades dans leur lit.

Opération.—1er temps.—On commencera par laver et relaver la vessie jusqu'à ce que l'eau qu'on y injecte en ressorte absolument claire. C'est alors qu'il faut distendre la vessie. Mais il ne faut pas oublier que cette distension varie absolument suivant que l'on a affaire à tel ou tel individu, et pour chaque cas particulier, le chirurgien seul pourra juger si la distension est suffisante suivant le plus ou moins de résistance qu'éprouve le doigt qui presse sur le piston de la seringue.

La vessie est pleine de liquide, elle est distendue à point, il s'agit alors de la relever contre la paroi abdominale. Pour ce faire, on dilatera le rectum, grâce au ballon de Peterson. On comprend facilement que la grosseur du ballon, sa capacité, doit être en raison directe de l'âge du patient. Si l'on opère sur un vieillard, il faudra se servir d'un ballon de 500 grammes, tandis que si c'est

un adulte, le ballon devra varier entre 250 et 300 grammes. Pour un enfant un ballon de 100 grammes suffira amplement, et si l'enfant a trois ou quatre ans, on peut même le supprimer complètement.

IIe temps.—On procède alors à l'incision de la peau et du tissu cellulaire. Cette incision devra s'étendre depuis trois doigts au dessous de l'ombilic jusque sur le pubis. On procède à ce moment à la ligature des petits vaisseaux sous-cutanés. On incise ensuite les muscles sur la ligne blanche, si c'est possible.—La ligne blanche, qui est très apparente chez la femme, n'existe pour ainsi dire pas chez l'homme.—Et l'on incisera jusqu'à ce que l'on rencontre une couche de graisse jaunâtre d'aspect lobulé.

La place ainsi faite est lavée à la solution forte d'acide phénique, et l'on pince les vaisseaux. Alors on décolle doucement cette graisse avec l'index gauche et la sonde cannelée, sans plonger derrière la symphyse et en procédant de bas en haut, ce qui permet de refouler vers le haut le cul-de-sac péritonéal. En ayant soin de ne pas plonger son doigt derrière le pubis, on ne décolle pas le tissu cellulaire lâche qui remplit la cavité de Retzius, cavité toute prête pour l'infiltration de l'urine.

IIIe temps.—La vessie apparaît alors, elle est bien en vue. On la ponctionne avec un bistouri et on y fait une incision ayant une étendue d'environ 2 ou 3 centimètres. Par l'ouverture ainsi faite, on plonge rapidement un doigt pour accrocher la vessie et l'empêcher de s'affaisser en se vidant du liquide qu'on lui a injecté et qui la maintient en distension.

C'est à ce moment de l'opération que M. le professeur Guyon fait la manœuvre appelée suspension de la vessie. Elle consiste à passer un fil dans chaque lèvres de la plaie vésicale, fil que l'on confie à un aide qui tient de cette façon la vessie béante au niveau de l'incision de la paroi abdominale.

On procède alors à l'extraction du calcul. On peut se servir soit des doigts, soit des tenettes, soit des pinces.

En général, on n'a pas d'hémorrhagies, la vessie saigne peu. Si cependant on avait une perte de sang anormale, on ne devrait pas quitter le malade sans avoir reconnu exactement la provenance de cette hémorrhagie.

IVe temps.—Dans le quatrième et dernier temps de cette opération, on vide le ballon rectal, puis on pose les tubes-siphons de Guyon ou de Perrier. On procède aux sutures de la vessie et à celles des parois abdominales, et l'on termine l'opération par un pansement antiseptique.—*Praticien.*

Accidents causés par le ballon de Peterson.—La taille sup-pubienne entre de plus en plus dans la pratique du traitement des cystites et des calculs volumineux: cette opération est singulièrement facilitée par l'introduction dans le rectum du ballon de

Peterson dont le gonflement a pour but de refouler en haut la partie supérieure de la vessie et le cul-de-sac péritonéal. Toutefois, il faut se servir avec prudence de ce ballon. M. Nicaiso rapporte à la Société de chirurgie un cas de mort causé par la déchirure de la paroi antérieure du rectum par suite de la pression exercée par le ballon de Peterson; il n'avait cependant injecté que 280 gr. d'eau boriquée. M. Routier a observé un fait presque analogue. Ces accidents sont rares et sont peut-être dus à ce qu'il existe une altération primitive des parois rectales. (Le Dentu).— Quelques chirurgiens (T. Auger, Després, etc.) sont d'avis qu'en présence de ces accidents, il faut abandonner l'usage de ce ballon sans lequel on peut mener à bien une opération de taille sus-pubienne. Tel n'est pas l'opinion de la plupart des membres de la Société de chirurgie qui pensent que, malgré les faits malheureux qu'on vient de rapporter, l'usage du ballon de Peterson a plus d'avantages que d'inconvénients: comme l'a fort bien dit M. Périer, "il faut avoir soin de ne pas pousser trop loin la détension et ne pas faire pénétrer une quantité d'eau qui puisse mettre en jeu sa force élastique; on peut le distendre, à la condition de ne pas faire d'efforts, de ne pas chercher à vaincre une résistance qui doit servir d'indications pour s'arrêter."—*Concours médical.*

Des abcès pulsatiles de la région précordiale.—Il existe dans la région précordiale des collections purulentes qui peuvent présenter le phénomène de l'expansion et offrir des battements. Ces abcès présentent comme condition anatomique essentielle l'existence d'une poche retro-pariétale communiquant avec la collection sous-cutanée par un orifice plus ou moins long: ce sont donc des abcès en bissac.

La poche retro-pariétale peut être de formation primitive ou secondaire: dans le premier cas, ce sont de véritables médiastinites suppurées, d'origine variable, venant faire secondairement saillie à l'extérieur; dans le deuxième cas, ce sont des abcès diverticulaires de la paroi, semblables à ceux que M. Duplay a décrits au niveau des côtes. La situation de la poche par rapport au péricarde n'a pas suffisamment attiré jusqu'à l'heure l'attention des observateurs et les rares autopsies qui en ont été faites sont muettes à cet égard. Il est permis de supposer que cette poche est en rapport avec un point quelconque de la partie ventriculaire du péricarde; le choc du cœur n'est pas particulier à la pointe, toutes les parties du ventricule donnent la même sensation au moment de la systole, il doit se produire alors une compression de la poche retro-pariétale, compression amenant le passage d'une certaine quantité de pus dans l'abcès extérieur, ce qui se traduit par de l'expansion et des battements.

Le diagnostic de ces abcès, difficile *a priori*, est cependant facile à établir, car jamais les anévrysmes du cœur, avec lesquels ces

abcès ont été le plus souvent confondus, ne perforent les parois thoraciques.

Le pronostic ne diffère pas de celui des abcès diverticulaires, il est entièrement subordonné à l'étendue du diverticule, à ses connexions et naturellement, dans tous les cas, à la cause première de la suppuration.

A ce résumé du travail intéressant de M. Henry Malet, nous joindrons l'observation inédite qu'il a recueillie dans le service de M. Richef et qui est rédigée par M. Picqué.

Louhin Auguste, 49 ans, camionneur, entre, le 10 novembre 1884, à l'Hôtel Dieu, salle Saint-Laudry; bonne santé habituelle.

Signes de strume infantile: gomme sous-cutanée. Il y a dix-huit mois, il sentit des douleurs vives à la région précordiale. Il consulta le docteur Martin, qui lui fit mettre des ventouses. Il y a deux mois et demi qu'une tumeur lui est apparue à la région précordiale. Comme il appartient à la compagnie d'Orléans, M. Gaillard l'adressa à M. Richef avec le diagnostic anévrisme du cœur. Cette tumeur, petite au début, augmenta rapidement. Elle est placée à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, s'étend jusqu'à la ligne médiane du sternum et jusqu'à deux travers de doigt de la ligne axillaire; elle est piriforme à base large. Cette tumeur a des pulsations isochrones aux battements artériels et une expansion des plus manifestes. Réduction légère de la tumeur à la pression, indolence presque absolue.

Bruits du cœur sourds mais très forts sans bruit de souffle manifeste, rien du côté de la plèvre; à la surface de la tumeur, la peau est rouge, tendue, amincie, chaude, on croirait à un abcès. MM. Richef et Le Dentu admettent un abcès, M. Richef déclare que si c'est un anévrisme, ce ne peut être que de l'artère mammaire interne ou de l'intercostale; or, premier point, il n'existe pas de bruit de souffle, de plus, l'aorte est située plus haut; la mammaire interne et l'intercostale sont trop petites pour donner des tumeurs aussi volumineuses; de plus, M. Richef n'a jamais vu d'anévrismes de la pointe perforer la paroi, et il y a en faveur d'un abcès vu l'existence de douleurs antérieures. M. Richef se trouve amené à diagnostiquer une périostite costale avec abcès en bouton de chemise.

Pour assurer le diagnostic, une ponction capillaire est faite à la base de la tumeur, là où la peau est saine; il sort une notable quantité de pus. M. le professeur Richef décide alors d'ouvrir largement la poche avec le thermo-cautère et de chercher s'il existe une collection sous-costale communiquant avec l'abcès extérieur et de constater ensuite si les côtes sont malades. C'est ce qui fut fait. On trouve la perforation, mais bien difficilement. Elle est située au niveau de l'union du cartilage intercostal avec la sixième côte et faisait communiquer la collection purulente.

antérieure avec une autre collection située derrière la paroi thoracique : c'était un véritable abcès en bissac ; le pus qui sort de l'abcès postérieur est de même nature que celui de la poche superficielle, on trouve des fausses membranes.

On explore avec le stilet : pas de dénudation osseuse. Le cœur propulsait le liquide, par conséquent, cet organe avait des rapports intimes avec le foyer postérieur, ce qui faillit d'ailleurs amener un accident pendant la chloroformisation.

En effet, après quelques inspirations, cinq ou six, pas davantage, le malade fut pris de syncope ; mais grâce à la respiration artificielle, pratiquée énergiquement, la respiration se rétablit ainsi que les mouvements du cœur qui s'étaient suspendus ; jamais il n'y a eu de la pâleur de la face.—Persistance après l'opération des trajets fistuleux ; au bout de trois mois tout était cicatrisé sans qu'il ait été nécessaire de faire de résection.—*Paris médical.*

Cancer du sein et ganglions axillaires.—Le professeur TRÉLAT insiste sur ce fait clinique que tout cancer du sein bien constaté, si petit et localisé qu'il soit, doit être traité par l'extirpation totale de la glande et du curage de l'aisselle, dès que le diagnostic a été fait. Rien ne révèle, en effet, les véritables limites d'un cancer ; aussi toute section faite dans l'épaisseur de la glande risque de tomber en plein tissu pathologique. D'autre part, dans le cancer alvéolaire du sein, les ganglions de l'aisselle sont très rapidement envahis ; si le diagnostic de la tumeur est exact, l'état des ganglions est certain ; ils sont cancéreux même quand ils sont petits et paraissent de couleur normale. C'est en opérant promptement et complètement qu'on diminue les craintes de récurrence et qu'on augmente les chances de survie ; ces résultats peuvent être maintenant d'autant plus facilement espérés que la mortalité opératoire a beaucoup diminué. Si on respecte, en effet, les contre-indications tirées de l'état local (multiplicité des sièges, propagations rapides et étendues) ou de l'état des viscères (généralisation et affections graves préexistantes), si on observe les règles d'une bonne technique opératoire, on voit la mortalité s'abaisser aux environs de 5 pour cent et les malades guérir de leur opération dans un délai de huit à douze jours.

Aussi ne faut-il pas hésiter, chaque fois que l'on opère un cancer du sein, et que l'on est sûr du diagnostic, à prolonger délibérément les incisions cutanées jusque dans le creux de l'aisselle. S'il y a quelque incertitude dans le diagnostic, on fend la tumeur en deux avant d'inciser l'aisselle, et suivant le résultat de l'inspection, on prolonge ou on borne la section.

Le diagnostic étant certain, on dissèque d'abord toute la glande en mettant à nu les fibres musculaires du grand pectoral, surtout vers son bord externe avoisiné par un petit groupe de ganglions axillaires antérieurs et on continue dans l'aisselle cette dissection

minutieuse. Quand la dissection est terminée, on a sous les yeux en haut les vaisseaux axillaires mis à nu, et dans tout le reste les parois musculaires du creux de l'aisselle. On vérifie l'espace sous-pectoral et s'il n'y a rien de ce côté, l'opération est terminée.

On ne saurait trop insister sur ce fait clinique : que l'opération de l'ablation du sein donnera des résultats d'autant meilleurs, qu'elle sera plus précoce et plus complète.

Voilà quelques années déjà que certains chirurgiens tendent à admettre ce procédé de l'extirpation du sein avec curage des ganglions axillaires pratiqué dans les cas même où ces ganglions ne paraissent pas atteints à l'œil nu. Dès 1882, M. Kirmbaldon diatt, dans un mémoire à la société de chirurgie : "Au lieu de se contenter de circonscire par deux incisions demi-circulaires une ellipse dans laquelle se trouve comprise la tumeur à extirper, nous pensons qu'il serait préférable de prolonger en dehors l'incision le long du bord inférieur du grand pectoral, jusqu'à la cavité axillaire. La tumeur est d'abord isolée de toutes ses connexions, ou mieux, la mamelle tout entière est disséquée; car dans tous les cas de tumeur maligne du sein, c'est la glande entière, et non le néoplasme seul qu'il s'agit d'extirper. Mais on la laisse appendue au tissu cellulo-graisseux qui s'étend en dehors, le long du muscle grand pectoral. C'est, en effet, dans l'épaisseur de ce tissu cellulaire que chominent les vaisseaux lymphatiques allant de la mamelle aux ganglions axillaires. Ce tissu cellulo-graisseux est disséqué à son tour; arrivé dans la cavité axillaire, il devient, comme chacun le sait, extrêmement mollasso, peu adhérent aux parties voisines, et se laisse facilement décoller avec le doigt. Cette circonstance anatomique permet de constituer facilement à la tumeur un véritable pédicule, par lequel elle est appendue aux rameaux vasculaires qui se jettent dans la veine et dans l'artère axillaires. Rien n'est plus facile que de placer une ligature sur ce pédicule, et d'exciser, au-dessous de la ligature, les parties à retrancher. On enlève ainsi d'un seul bloc la tumeur, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, formant un tout continu."—*Concours médical.*

Restitution du diplôme après décès.—Le ministre de l'intérieur de l'Empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'École de médecine, du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette excellente mesure, dont le but est d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées, devrait bien être adoptée en France et surtout en Algérie où l'on a constaté, il y a quelques années, le scandale professionnel dû à l'appropriation du diplôme d'un docteur-médecin décédé à Marseille, par un garçon d'une droguerie.—*Journal de médecine d'Alger.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Le chlorure de sodium dans les troubles de la grossesse.— Le Dr. GREENE rapporte qu'il vient d'avoir l'occasion d'observer deux cas de grossesse accompagnée de troubles graves. Dans le premier, on avait essayé tous les moyens préconisés en semblables circonstances, mais sans pouvoir obtenir la moindre amélioration. La femme était parvenue au septième mois de la grossesse, et sa santé générale était fortement déprimée. Avant de recourir à l'accouchement prématuré, il fut décidé d'essayer l'effet de petites doses de chlorure de sodium ; on en administra 30 centigrammes dans 30 grammes d'eau chloroformée. Dès la première dose, une amélioration sensible se manifesta, et la guérison complète fut obtenue après l'administration de la sixième dose. Il fut ensuite jugé nécessaire de continuer ce traitement, trois fois par jour, jusqu'au moment de l'accouchement qui se passa très régulièrement. Dans un autre cas, le même traitement fut suivi du même résultat. L'action du chlorure de sodium paraît devoir être attribuée à ses fortes propriétés *antacides*, car dans l'un et l'autre cas que nous venons de citer, les sécrétions présentaient une réaction très acide, au point que la soude, la potasse, l'ammoniaque n'avaient procuré aucune amélioration. L'auteur recommande de prescrire le médicament sous son nom chimique, afin d'agir en même temps sur le moral du malade. *The Medical Press*, qui rapporte cet article, ne nous dit pas si le véhicule employé pour administrer le chlorure de sodium—l'eau chloroformée—n'a pas aussi par lui-même une action qui pourrait, jusqu'à certain point, expliquer les résultats obtenus. Quoi qu'il en soit, les troubles de la grossesse sont parfois si rebelles qu'une ressource thérapeutique nouvelle sera toujours favorablement accueillie.—*Gazette de gynécologie*.

Cancer du sein.—Clinique de M. le docteur SECOND, à l'hôpital de la Charité. — Le premier malade à opérer est une femme de quarante-huit ans, très maigre, à aspect cachectique. Elle n'a jamais été malade et ne présente aucuns antécédents personnels ou héréditaires. Elle a vu débiter sa tumeur au sein il y a quatre ans, qui était à cette époque de la grosseur d'une noisette, et roulait facilement sous la peau. Pendant deux ans elle resta stationnaire et au bout de ce temps seulement apparurent trois phénomènes : 1^o la tumeur devient douloureuse ; 2^o les ganglions de l'aisselle se prennent ; 3^o la santé générale s'altère, la malade a des vomissements alimentaires et des hématomèses, de façon à

compromettre l'alimentation. Depuis plusieurs mois, ces vomissements ont cessé.

Cette malade a eu sept enfants.

Aujourd'hui les caractères de la tumeur sont vraiment pathognomoniques; son volume est celui d'une grosse noix et sa consistance est ligneuse. La peau a subi des modifications, elle est violacée avec des traînées rouges. Si on prend la tumeur entre les doigts, on constate qu'elle n'a pas d'adhérences avec les parties profondes, avec le grand pectoral. Dans la région axillaire, les ganglions sont pris. Mais on ne trouve rien au-dessus de la clavicule.

Voilà en résumé, les phénomènes cliniques. Le diagnostic de cancer s'impose. Quoique l'on doive toujours réserver le diagnostic histologique, il nous est permis de croire au squirrhe.

Dans ces cas-là qu'elle est la conduite à tenir? La question est plus délicate que l'on n'est porté à le supposer d'ordinaire.

Certains chirurgiens ont prétendu qu'il fallait s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Ils disent: 1° Que l'ablation du sein est une opération grave et que l'on perd 25 p. 100 des opérées; 2° Qu'il n'y a pas de guérisons; 3° Que lorsqu'on a opéré, la récurrence se fait à très bref délai et que l'opération ne fait qu'abrégier la vie des malades.

Cette argumentation, pour être spécieuse, n'en est pas moins mauvaise.

Charles Monod, dans une clinique publiée en 1884 (Necker), combat victorieusement cette opinion. Il conclut, d'après la grande quantité de ces opérations (884 cas), que sur 100 cas, il y en a dix de guéris pour toujours. Pour les quatre-vingt-dix autres, la vie est prolongée pour un tiers. Tandis que la mort est rapide si l'on n'intervient pas. Il faut donc opérer en pesant avec soin les indications et les contre-indications.

Nous trouvons trois chefs dans les contre-indications :

1° *Etat général.* — Il y a contre-indication si la malade est dans un état pathologique grave, s'il y a une affection viscérale mortelle, s'il y a grossesse — il y a alors chance de provoquer une fausse couche et les autres accidents consécutifs; on laisse évoluer la grossesse quitte à opérer ensuite, — si la malade est trop âgée. On dit, en thèse générale, qu'il ne faut pas opérer après soixante-dix ans. Il y a cependant quelques exceptions; M. Segond a opéré, à la Charité même, une femme de soixante-treize ans.

2° *Variétés de la tumeur.* — Le *squirrhe pustuleux* (Velpeau) est justiciable de contre-indications. Ces cancers ont une longue durée, dix, quinze et vingt-cinq ans, et l'on a la certitude absolue que si l'on y touche il y a récurrence grave. Nous en dirons autant du *squirrhe cuirassé* (Velpeau), qui se trouve dans les mêmes conditions de durée et de récurrence après opération.

Une autre variété remarquable par sa marche bénigne, c'est le *cancer atrophique*. Au lieu de devenir tumeur, de s'ulcérer, il avale d'abord le mamelon qui se retire en dedans, le sein fond et il reste une induration. L'intervention amène rapidement une marche fatale.

Enfin les cancers survenant chez des femmes à *seins très développés* ont une marche très lente et justement à cause du développement énorme des mamelles l'opération est grave: on se trouve en face d'une grande surface opératoire.

3° *Extension*. — Quand les ganglions de l'aisselle sont pris, il n'y a pas contre-indication à l'opération; il faut seulement les enlever avec le plus grand soin. Mais quand il y a des ganglions au-dessus de la clavicule, on ne peut espérer les enlever; il ne faut donc pas intervenir.

Chez la femme qui nous occupe, il ne semble pas y avoir de contre-indications.

Seuls l'amaigrissement et les vomissements anciens pourraient-ils faire craindre un autre foyer cancéreux. La femme est très maigre, la plaie opératoire aura peu d'étendue.

On enlèvera, comme on doit toujours le faire, la totalité du sein en ayant soin de nettoyer complètement l'aisselle des ganglions et du tissu adipeux.—*Praticien*.

Durée héréditaire du travail.—De longues et intéressantes recherches ont permis au docteur AUVARD de constater que la rapidité ou la lenteur du travail de l'accouchement se reproduit très souvent d'une façon héréditaire. Il serait donc possible d'après lui d'annoncer d'avance à une primipare, si elle doit s'attendre à avoir un travail de longue durée ou un accouchement rapide. Seulement il faut remarquer que cette disposition héréditaire peut être transmise à la jeune femme soit par sa mère, soit par celle de son père suivant qu'elle ressemble à sa mère ou à son père. Il faut tenir grand compte dans la solution du problème de cette ressemblance physique avec l'un ou l'autre de ses ascendants. Lorsqu'une fille ressemble à sa mère, le docteur Auvard se croit en droit de lui annoncer que ses accouchements seront à peu près pareils en durée à ceux de sa mère. Lorsqu'elle ressemble à son père, il pense que le travail sera chez elle analogue à ce qu'il était chez sa grand-mère du côté paternel.—*Archives de toxicologie*.

La Chambre municipale de Rio-de-Janeiro a décidé de provoquer une souscription dans le but d'offrir un cadeau au Dr. Charcot, ainsi qu'aux deux médecins italiens qui ont soigné l'empereur du Brésil à Turin.

FORMULAIRE.

Angine scarlatineuse.—*Da Costa.*

P.—Thymol	4 grains
Glycérine.....	1 once
Eau distillé.....	1 “

M.—En gargarisme.—*College and Clinical Record.*

Blennorrhée nasale.—*Monin.*

P.—Poudre de café torréfié.....	6 parties
Poudre de poivre cubèbe.....	4 “
Poudre d'iodol.....	2 “

M.—À priser quatre fois par jour, dans les rhinites chroniques sécrétantes, l'ozène, etc.—*Revue de thérapeutique méd. chirurg.*

Brûlures.—

P.—Huile d'olive.....	6 parties
Salol.....	1 partie
Eau de chaux.....	6 parties

M.—Usage local.—*Centralblatt für Therap.*

Eczéma infantile généralisé.—*Rex.*

P.—Acide salicylique	15 grains
Vaseline.....	1 once

M.—Usage local, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Alopécie.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide de jaborandi	1 once
Teinture de cantharides.....	$\frac{1}{2}$ “
Liniment de savon.....	$1\frac{1}{2}$ onces

M.—En frictions, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Amblyopie nicotinique.—*Buxton.*

P.—Liquueur de sublimé corrosif (P. B.).....	$\frac{1}{2}$ drachme
Iodure de potassium	12 grains.
Eau distillée.. ..	1 once

M.—Donner en même temps trois fois par jour, une pilule ainsi composée :

Extrait de noix vomique	$\frac{1}{2}$ grain
“ “ jusquiame.....	1 “

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, JANVIER 1889.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

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

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

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

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

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

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

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

1889

L'UNION MÉDICALE DU CANADA offre à ses lecteurs l'expression de ses meilleurs souhaits pour l'année nouvelle, et compte comme toujours sur leur concours actif pour l'aider à travailler, ainsi qu'elle l'a constamment fait par le passé, pour le plus grand bien de la profession et le progrès de l'art médical.

Nous avons pris des mesures pour que la partie des *travaux originaux* soit à l'avenir mieux soignée et plus remplie. Pour cela nous nous sommes assuré le concours régulier de collaborateurs qui, chacun dans sa sphère d'action et sa spécialité, contribueront à mettre le lecteur au courant de toutes les nouvelles découvertes de la science.

M. le docteur Séverin LACHAPPELLE, médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame, ayant bien voulu nous promettre une collaboration assidue, nous serons en mesure de donner de temps à autre à nos lecteurs une *Revue* originale de pédiatrie dont ils ne manqueront pas d'apprécier toute la valeur et tout le mérite.

De son côté, M. le docteur BRENNAN, secrétaire de la rédaction et médecin du Dispensaire de gynécologie à la Maternité, s'est chargé d'une *Revue* trimestrielle de gynécologie, ce qui nous permettra de consacrer plus d'espace à la reproduction d'obstétrique.

Considérant que la clinique doit être regardée comme la base de la médecine pratique, nous nous proposons de donner dorénavant plus de place aux leçons cliniques, non seulement à celles qui se donnent dans les hôpitaux, mais encore aux notes de clinique courante recueillies dans la pratique de tout médecin qui voudra bien nous les communiquer. Il y a là, ce nous semble, un vaste champ à cultiver. Beaucoup de cas, d'observations originales, de renseignements pratiques, etc, sont perdus pour la profession en général, parce que le médecin traitant n'a pas songé à en prendre note ou, l'ayant fait, n'ose pas les livrer à la publicité. Un peu plus de confiance en leurs propres ressources, un peu plus d'amour-propre, et il n'en faut pas plus à beaucoup de médecins pour se rendre utiles à leurs confrères, en leur faisant part des résultats de leur expérience.

Ainsi préparés et organisés, nous entrons dans 1889 avec toute la confiance possible et surtout avec le plus vif désir de consacrer au succès de l'UNION MÉDICALE, ainsi qu'aux intérêts de la profession, tout ce que nous possédons d'énergie et de bonne volonté.

Remplacement d'un médecin par son confrère.

On nous a plus d'une fois demandé quelles pouvaient être les conditions de remplacement d'un médecin par son confrère. Cette question, toujours très délicate, par le fait même qu'elle a trait à des intérêts pécuniaires, est très judicieusement résolue, à notre sens, par un correspondant du *Concours médical*. Nous livrons cette solution à l'examen attentif de nos lecteurs, nous avouant, à part nous, qu'ils ne sont pas très rares les confrères qui ignorent ces choses :

“ 1o *Pour la clientèle ordinaire.*—Le médecin ne doit rien à son remplaçant. Il s'agit, d'ailleurs, d'un service rendu à charge de revanche. On suppose aussi que le remplaçant soit dans de bons termes avec le remplacé. Le remplaçant prend sur son temps, mais il fait office de bon confrère, et ne peut que gagner, soit à voir beaucoup de malades, soit à être connu des familles

chez lesquelles il se rend. Rien ne dispose mieux les familles pour le remplaçant que lorsqu'à une offre d'honoraires, celui-ci répond : " Vous ne me devez rien, vous réglerez avec mon confrère."

" 20 *Pour la clientèle d'une usine, chemin de fer, etc., service fait aux appointements fixes.*

" C'est de ce côté que peut venir une rémunération pour le médecin suppléant : le service est plus pénible, donne moins de satisfaction d'amour-propre. Il y a là substitution complète du remplaçant au remplacé. Il doit répugner à celui-ci de toucher à ses honoraires du mois ou du trimestre sans les laisser aux mains de son obligéant confidère.

" 30 *Pour un service d'hôpital rétribué.*

" Même cas, mais il serait bien de la part des administrateurs, pour peu que l'hôpital soit à son aise, de payer directement les services du remplaçant.

" 40 *Pour un service d'hôpital non rétribué.*

" Il n'est rien dû au remplaçant.

" 50 *Pour un service de théâtre, courses, entreprises particulières, non rétribuées ou qui ne le sont que par une entrée donnée au titulaire.*

" Il n'est rien dû au remplaçant.

" 60 *Pour certificats de compagnies d'assurances ou autres, rétribués, qu'ils soient demandés soit au médecin remplaçant, soit à un médecin quelconque pris en l'absence du médecin ordinaire.*

" Deux cas à distinguer. Si la compagnie prend un médecin quelconque, celui-ci peut garder la totalité des honoraires. Si elle prend le remplaçant désigné, celui-ci doit donner au titulaire la moitié des honoraires. Car c'est à la désignation par le titulaire qu'il doit ce travail assez rémunérateur parfois en égard au peu de peine qu'il s'est donné."

Il va sans dire qu'il ne peut s'agir ici que d'absence et de remplacement pour une période relativement courte, par exemple, une semaine ou un mois de vacance.

Mais, nous dira-t-on, y a-t-il avantage, pour un médecin, à se faire remplacer de la sorte ? Oui, à tous égards, si le remplaçant entre réellement dans l'esprit de son rôle et s'il comprend bien toute la délicatesse de sa position. Il faut de toute nécessité que ce remplaçant, comme le dit le correspondant du *Concours*, soit dans de bons termes avec le remplacé ; il fait office de bon confrère et s'acquiert des droits à ce que semblable service lui soit rendu à l'occasion.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons eu occasion de voir des médecins remplaçant ainsi, sur demande expresse, un confrère absent, s'insinuer de propos délibéré dans les bonnes grâces des familles, et chercher, et réussir à détacher celles-ci de leur médecin ordinaire dont ils ne se faisaient pas faute de dire autant de mal que possible, soit ouvertement, soit,

ce qui est peut-être pis, par de simples mais très perfides insinuations. En face de semblable procédés il peut arriver qu'on se demande s'il est à propos de se faire remplacer ou s'il ne vaut pas mieux laisser les clients libres de s'adresser à qui ils voudront. C'est, du reste, ce que plusieurs font sans avoir sujet de s'en trouver plus mal.

Medecin et Pharmacien.

En dépit de la loi de justice et de probité qui veut que le pharmacien ne change pas les dispositions d'une ordonnance de médecin et ne substitue pas à un médicament qui lui manque un autre remède qui n'est pas prescrit, en dépit de cette loi, disons-nous, il est encore des pharmaciens, exceptions très rares il faut le dire, qui, sur ce point, semblent être d'une facilité étonnante et ne se font pas toujours scrupule de *substituer* en autant que la chose est possible et praticable.

Un confrère nous racontait tout dernièrement qu'ayant, dans un cas quelconque, ordonné de l'infusion de digitale combinée à du nitrate de potasse, l'ordonnance fut exécutée *minùs* la digitale.

Pour nous, nous connaissons tel pharmacien qui, à plusieurs reprises, a tenté de substituer à une préparation prescrite une autre dont il avait sans doute un assortiment plus considérable. Ainsi, à un malade auquel nous avions ordonné des *capsules* de créosote, goudron et tolu, on a essayé de faire comprendre que les mêmes médicaments, sous forme d'*émulsion* (Emulsion Marchais) seraient bien plus acceptables. A un autre auquel nous avions conseillé l'huile de foie de morue *émulsionnée*, le même pharmacien a tenté de faire croire que l'huile *pure* (embouteillée par lui-même) présentait plus d'avantages.

Ces faits n'ont guère de gravité, par eux-mêmes, attendu qu'ils se rapportent à des médicaments de peu d'importance et que la substitution a été surtout *commerciale* si nous pouvons ainsi dire, mais ils n'en sont pas moins désagréables pour le médecin qui, dans ce cas, est bien tenté de dire à son client: " Mon ami, ne faites plus exécuter mes ordonnance chez M. un tel."

A ce propos nous nous demandons jusqu'à quel point le pharmacien peut exercer sa liberté en commentant les ordonnances du médecin. Jusqu'ici nous étions resté sous l'impression que le rôle de l'apothicaire se bornait à exécuter avec soin l'ordonnance prescrite, sans commentaires, et surtout sans chercher à faire de la substitution, de quelque manière que ce soit. Le médecin reste toujours le seul juge compétent de l'opportunité de prescrire à son malade telle ou telle préparation pharmaceutique, même s'il s'agit de spécialités, et le pharmacien n'a rien à y voir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DESROCHES.—*Traité élémentaire d'hygiène privée*, par le Dr. J. I. DESROCHES, Rédacteur en chef du "*Journal d'hygiène populaire*," etc., etc., etc. Octavo de 186 pages, 1889. Typographie de W. F. Daniel, 25 rue Ste-Thérèse, Montréal.

L'auteur vient de réunir en volume les leçons d'hygiène dont il a intéressé les lecteurs du *Journal d'hygiène populaire* depuis plusieurs mois.

La science hygiénique a été si longtemps méconnue, dédaignée presque, chez nous, que c'est assurément faire acte de philanthropie que de la réhabiliter et d'en enseigner les lois. Heureusement, ce travail persévérant des hygiénistes, cette lutte contre la routine et l'ignorance n'ont pas été improductifs, car si l'hygiène n'occupe pas encore la place à laquelle elle a droit chez le peuple, du moins, elle n'est plus inconnue, les sceptiques et les railleurs d'hier se sont rendus à l'évidence.

Nos félicitations à M. le Dr. Desroches pour son savant et utile "Traité."

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes heureux de compter au nombre de nos échanges *The Maritime Medical Journal*, revue mensuelle de médecine, publiée à Halifax, N. E., et dont le premier numéro porte la date du 1er novembre 1888. Nos meilleurs souhaits de longue vie à l'organe de la profession médicale des provinces maritimes.

Nécrologie.—A Paris, M. le docteur CADIAT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. M. Cadiat laisse de nombreux travaux qui font autorité, principalement sur l'anatomie générale.—A New York, Thomas T. SABINE, professeur d'anatomie au *College of Physicians and Surgeons* de New York.

La vaccination en Allemagne.—La vaccination, qui est obligatoire en Allemagne, a réussi à faire rayer la variole des causes de décès. C'est ainsi qu'aujourd'hui, à Berlin, on ne perd qu'un habitant sur 100,000 de variole, tandis que jadis, il en mourait 92. A Londres, le fait est encore plus patent : la mortalité est de 06, seulement par 100,000 personnes.

Dimanche, 23 septembre, a eu lieu, à Bourg-en-Bresse, l'inauguration du buste du professeur Robin. Sur le piédestal, on lit : "A Charles Robin, membre de l'Institut, sénateur de l'Ain." Le gouvernement s'était fait représenter à cette cérémonie par M. Deluns-Montaud, ministre des travaux publics, qui a rappelé la vie de Robin comme républicain et comme philosophe; le ministre de l'instruction publique avait délégué M. Pouchet, professeur au muséum, et ce dernier a parlé du savant; enfin, M. Sappey, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, a montré comment Robin avait été le créateur de l'histologie en France.

Nouveau procédé pour la destruction des cadavres.—Un médecin de Pittsburg, nommé Cooper, vient de faire breveter un procédé de son invention permettant de réduire un cadavre humain en une petite masse solide, complètement inaltérable, inodore, et qui présente l'aspect du marbre.

Cette transformation s'obtient au moyen de la compression du cadavre à une très haute température. Le corps d'un adulte peut être réduit par ce procédé en un morceau de matière compacte de douze à quinze pouces de diamètre. L'inventeur a sur son bureau les restes d'un enfant réduit en une masse d'aspect élégant et en forme de ergot. Une société commerciale est en train de se former dans le but d'exploiter le procédé du docteur Cooper, procédé qui, paraît-il, est appelé à remplacer avec avantage la crémation.

Les centenaires en France.—En France le recensement de 1886 a accusé 184 centenaires. L'administration a fait procéder à une enquête sommaire à ce sujet, et il est résulté de cette enquête qu'on ne pouvait pas évaluer au-dessus de 83 le nombre réel des centenaires, parmi lesquels 52 femmes et 31 hommes.

Le doyen de ces centenaires, serait un nommé Rives, habitant à Tarbes, porté par son acte de baptême comme né le 21 août 1770, en Espagne, il aurait donc actuellement 118 ans, et il jouirait d'une parfaite santé. Après lui viendrait une femme de 114 ans, née en 1774, et qui habite le département de l'Ardèche. En dehors de ces deux cas de longévité exceptionnelle, l'âge de 105 ans paraît être la limite extrême de la vie en France.

Au point de vue social: ce sont les mendiants qui fournissent le plus grand nombre de centenaires, 22 sur 83. On ne signale qu'un seul centenaire parmi les personnes ayant une situation de fortune très aisée, probablement M. Chevreul, le doyen des étudiants de France, âgé de 102 ans.

Peptones pepsiques de Chapoteaut.—Une bonne peptone, pour être assimilable, doit remplir les conditions suivantes :

Emploi de viande de bœuf de première qualité, sans muscle, ni graille; rejet absolu de la viande de cheval.

Digestion de cette viande de bœuf avec la pepsine, dialysée pure, jamais par les acides seuls.

Après la digestion, la peptone obtenue doit être neutre, ne contenir ni glucosé ajoutée souvent pour augmenter la quantité d'azote au détriment de la quantité de viande employée, ni chlorure de sodium ou sel marin provenant de l'emploi de l'acide chlorhydrique pour la digestion de la viande, ni tréatate de soude quand on s'est servi d'acide tartrique dans le même but.

Une solution de peptone pure doit être limpide et ne pas précipiter par l'acide azotique, ce qui est la conséquence d'une digestion parfaite.

La peptone Chapoteaut remplit exactement toutes ces indications ; c'est à sa pureté, à sa régularité de préparation et d'action qu'elle doit d'être la seule employée dans le laboratoire de M. Pasteur pour les opérations si délicates de culture des organes microscopiques, dans les laboratoires de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Au ministère de la marine, les navires qui font le service de la Cochinchine et du Tonkin doivent être, par décision ministérielle, approvisionnée de la Peptone Chapoteaut, car c'est le plus puissant moyen de nourrir les malades atteints de la diarrhée, du choléra ; le traitement est de beaucoup plus actif que le régime lacté.

La Peptone Chapoteaut est employée sous les formes suivantes :

Poudre de Peptone Chapoteaut—qui représente cinq fois son poids de viande de bœuf et que l'on fait dissoudre dans du thé, du bouillon ou un potage pour augmenter leur puissance nutritive, ou dans de l'eau pour lavements.

Vin de Peptone Pepsique Chapoteaut.—Ce vin est alimentaire par excellence ; il est agréable au goût, se conserve bien sous tous les climats et contient, par cuillerée à bouche, 10 grammes de peptone.

Il s'emploie dans tous les cas où il est nécessaire de relever les forces des malades, d'assurer une alimentation et une digestion régulière.

Il se prend après les repas à la dose d'un demi-verre à vin de bordeaux.

Toxicité de l'air venant des poumons.—C'est à l'Académie des Sciences que M. le Dr BROWN-SÉQUARD a fait cette révélation.

Notre savant académicien ne parle pas au hasard et, quand il affirme une chose, il faut le croire ; car ce serait lui faire une injure que d'en douter. Or il dit que lorsqu'on fait passer par un serpent garni de glace, les vapeurs qui proviennent directement des voies respiratoires, on obtient un liquide qui, inoculé à des chiens, à la dose d'un milligramme, détermine aussitôt la dilatation des pupilles, une diminution notable de la respiration, une sorte de paralysie des membres. A la dose de 20 centigrammes, l'animal succombe toujours dans l'espace de sept heures.—*Scalpel*.

VARIETES.

Les maladies et les symptômes à noms propres.

La *Gazette médicale de Strasbourg*, a publié dans son dernier numéro un article très intéressant sur les inconvénients de désigner les maladies par des noms propres. L'auteur termine par la liste suivante qu'il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

- ADDISON (*kéloïde d'*).—Morphée.
 ADDISON (*maladie d'*).—M. bronzée.
 ALIBERT (*maladie d'*).—Mycosis fongoïde.
 ARAN-DUCHENNE (*maladie d'*).—Atrophie musculaire progressive.
 ASTLEY-COOPER (*hernie d'*).—H. crurale à sac multilobulé.
 ARGYLL-ROBERTSON (*signe d'*).—Absence du réflexe pupillaire.
 BASEDOW (*maladie de*).—Goître exophtalmique.
 BAZIN (*maladie de*).—Psoriasis buccal.
 BÉCLARD (*hernie de*).—H. à travers l'orifice de la saphène.
 BELL (*paralyse de*).—Paralyse de la 7^e paire.
 BERGERON (*maladie de*).—Chorée rythmique localisée.
 BOUDIN (*loi de*).—Antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose.
 BOYER (*kyste de*).—Kyste sous-hyoïdien.
 BRIGHT (*mal de*).—Néphrite albumineuse.
 BROWN-SÉQUARD (*syndrome de*).—Hémiplariplégie avec hémianesthésie du côté opposé.
 CAZENAVE (*Lupus de*).—Lupus erythémateux.
 CHARCOT (*maladie de*).—Arthropathie des ataxiques.
 CHARCOT (*maladie de*).—Sclérose latérale amyotrophique.
 CHEYNE-STOKES (*respiration de*).—Respiration urémique.
 CLOQUET (*hernie de*).—H. périméale.
 COLLES (*loi de*).—Non infection de la mère par son enfant syphilitique.
 CORRIGAN (*maladie de*).—Insuffisance aortique.
 CORVISART (*facies de*).—Facies asystolique.
 CRUVEILHIER (*maladie de*).—Ulcère simple de l'estomac.
 DONDERS (*glaucome de*).—Glaucome simple atrophique.
 DRESSLER (*maladie de*).—Hémoglobininurie paroxystique.
 DUBINI (*maladie de*).—Chorée électrique.
 DUCHENNE (*maladie de*).—Ataxie locomotrice.
 DUCHENNE (*paralyse de*).—Paralyse pseudo-hypertrophique.
 DUHRING (*maladie de*).—Dermatite herpétiforme.
 DUPUYTREN (*hydrocèle de*).—H. en bissac.
 DU PUYTREN (*maladie de*).—Rétraction de l'aponévrose palmaire.

- F. WILSON (*maladie de*).—Dermatite exfoliatrice généralisée.
 EICHSTEDT (*maladie d'*).—Pityriasis versicolor.
 ERB (*paralysie d'*).—P. radiculaire du plexus brachial.
 ERB-CHARCOT (*maladie d'*).—Tabes dorsal spasmodique.
 FOUCHARD (*maladie de*).—Périostite alvéo-dentaire.
 FRIEDREICH (*maladie de*).—Ataxie locomotrice héréditaire.
 GERLIER (*maladie de*).—Vertige paralysant.
 GIBERT (*pityriasis de*).—P. rosé.
 GIBBON (*hydrocèle de*).—II. avec hernie volumineuse.
 G. DE LA TOURETTE (*maladie de*).—Incoordination motrice avec écholie et coprolalie.
 GOYRAND (*hernie de*) II. inguino-interstitielle.
 GRAVES (*maladie de*).—Goître exophtalmique.
 DE GRÆFE (*signe de*).—Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
 GUYON (*signe de*).—Ballottement rénal.
 HARLEY (*maladie de*).—Hémoglobinurie paroxystique.
 HEBERDEN (*rhumatisme de*).—Rh. des petites jointures avec nodosités.
 HEBRA (*maladie de*).—Erythème polymorphe.
 HEBRA (*pityriasis de*) —P. rubra chronique.
 HEBRA (*prurigo de*).—Pr. vrai idiopathique.
 HENOCH (*purpura de*).—P. avec symptômes intestinaux.
 HESLBAUGH (*hernie de*).—II. crurale à sac multilobulé.
 HIPPOCRATE (*faciès de*).—Faciès agénique.
 HODGKIN (*maladie de*).—Adénie.
 HOGDSON (*maladie de*).—Athérome de l'aorte.
 HUGUIER (*maladie de*).—Fibro-myômes utérins.
 HUTCHINSON (*dent de*).—Dent syphilitique (échancrure semi lunaire du bord libre).
 HUTCHINSON (*triade de*).—Échancrure dentaire ; Kératite interstitielle ; oïte (syphilis hérédit.).
 JACOB (*ulcère de*).—Ulcère cancéroïdal.
 JACKSONIENNE (*épilepsie*).—Épilepsie partielle.
 KAPOSI (*maladie de*).—Xéoderma pigmentosum.
 KOPP (*asthme de*).—A. thymique ; spasme de la glotte.
 KRONLEIN (*hernie de*).—II. inguino-propéritonéale.
 LAENNEC (*cirrhose de*).—C. atrophique.
 LANDRY (*maladie de*).—Paralysie ascendante aiguë.
 LAUGIER (*hernie de*).—II. à travers le ligament de Gimbornat.
 LEBER (*maladie de*).—Atrophie optique héréditaire.
 LEVRET (*loi de*).—Insertion marginale du cordon avec placenta prævia.
 LITRE (*hernie de*).—II. diverticulaire.
 LUDWIG (*angine de*).—Phlegmon sus-hyoïdien infectieux.
 MALASSEZ (*maladie de*).—M. kystique du testicule.
 MÉNIÈRE (*maladie de*).—Vertige labyrinthique.

- MILLAR (*asthme de*).—Laryngite striduleuse.
 MORAND (*pied de*).—P. à huit orteils.
 MORVAN (*maladie de*).—Parésie analgésique des extrémités.
 PAGET (*maladie de*).—Eczéma précancéreux du mamelon.
 PAGET (*maladie de*).—Ostéite déformante hypertrophique.
 PARROT (*maladie de*).—Pseudo-paralysie syphilitique.
 PARROT (*signe de*).—Dilatation de la pupile par pincement de la peau (méningite).
 PARKINSON (*maladie de*).—Paralysie agitante.
 PARRY (*maladie de*).—Goître exophtalmique.
 PAVY (*maladie de*).—Albuminurie intermittente.
 PETIT (*hernie de J. L.*).—H. lombaire.
 POTT (*anévrisme de*).—An. par anastomose.
 POTT (*fracture de*).—Fr. du péroné, par divulsion.
 POTT (*mal de*).—Ostéite vertébrale.
 PAYNAUD (*maladie de*).—Asphyxie symétrique des extrémités.
 RECLUS (*maladie de*).—Maladie kystique de la mamelle.
 RICHTER (*hernie de*).—Enterocèle pariétal.
 RIAOLTA (*maladie de*).—Actinomycose.
 ROMBERG (*signe de*).—Vacillation des ataxiques dans l'obscurité.
 ROSENBACH (*signe de*).—Abolition du réflexe abdominal.
 SALAAM (*tic de*).—Salutation convulsive.
 SEMISCH (*ulcère de*).—Ul. infectieux de la cornée.
 STORK (*blennorrhée de*).—Bl. des voies respiratoires supérieures.
 STOKES (*loi de*).—Paralysie des muscles sous-jacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
 SYDENHAM (*chorée de*).—Ch. vulgaire.
 THOMSEN (*maladie de*).—Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.
 TORNWALD (*maladie de*).—Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
 VELPEAU (*hernie de*).—H. crurale en avant des vaisseaux.
 VOLKMAN (*difformité de*).—Luxation congénitale tibio-tarsienne.
 WARDROP (*maladie de*).—Onyxis malin.
 WEIL (*maladie de*).—Typhus abortif avec ictère.
 WELLS (*faciès de Spencer*).—Facès ovarien.
 WERLHOFF (*maladie de*).—Purpura hemorrhagica.
 WESTPHAL (*signe de*).—Abolition du réflexe rotulien.
 WILLAN (*lupus de*).—L. à forme tuberculeuse.
 WINCKEL (*maladie de*).—Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

On n'a rapporté ici que les maladies le plus communément citées dans la littérature médicale; nous n'ignorons pas qu'il y en a bien d'autres encore.

NAISSANCE.

LAMBERT.—A St. Zéphirin, le 13 courant, madame J. O. Lambert, un fils.