

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

TROISIÈME LEÇON.

### De la médication analgésique.

Nous appelons analgésiques les médicaments qui ont pour effet de calmer la douleur et que l'on donne généralement dans ce but. "Ne plus souffrir, a dit quelqu'un, c'est être à moitié guéri." Vous jugez par là de l'importance de la médication analgésique, dont les applications sont multiples comme sont multiples les formes sous lesquelles se présente à nous la douleur, cet ennemi du repos de l'homme. Nous l'avons vu dans notre dernière conférence, il n'est presque pas de maladies où la douleur ne se présente, de quelque façon et sous quelque forme que ce soit. S'il s'agit, en effet, d'une maladie inflammatoire aiguë : pleurésie, péritonite, ...douleur ! L'inflammation est-elle chronique : cystite chronique, gastrite, etc., ...douleur encore ! Est-ce une fièvre essentielle : fièvre typhoïde, variole, fièvre rhumatismale, ...douleur ! S'agit-il, enfin, d'une affection organique : cancer, tuberculose, ou d'une maladie fonctionnelle : névralgie, etc., ...douleur toujours ! La médication analgésique tient donc une grande place dans la thérapeutique générale, attendu que la douleur est un symptôme commun à la plupart des affections.

La douleur n'est pas également vive et intense dans toutes les maladies ni chez tous les malades ; elle n'offre pas non plus toujours le même caractère dans tous les cas. Elle peut être vive, aiguë, lancinante, sourde, continue, intermittente, gravative, diurne, nocturne, fugace, persistante, etc. Tantôt elle est un symptôme pur et simple ; en certains cas, au contraire, elle semble constituer à elle seule toute la maladie.

Il est peut-être inutile de vous le rappeler, messieurs, la douleur est un phénomène dont il faut se débarrasser chaque fois que la chose est possible, et pour être convaincus de la vérité de cette assertion, vous n'auriez, si besoin en était, qu'à vous rappeler les troubles aussi variés que nombreux qui accompagnent les douleurs intenses : troubles circulatoires, digestifs, nerveux, nutritifs, etc., sur lesquels je ne veux pas insister ici.

Le traitement de l'élément douleur comporte deux indications principales : enlever la cause d'abord, puis calmer la douleur elle-même, si l'ablation de la cause ne suffit pas ou ne peut être effectuée.

Pour remplir la première indication, ce qui n'est pas toujours facile, vous n'avez qu'à considérer la maladie dont la douleur est un symp-

tôme. Si vous avez affaire à une névralgie faciale ayant pour point de départ une dent cariée, l'avulsion de la dent se présente comme indication causale. Si une tumeur s'est développée sur le trajet d'un nerf qu'elle comprime, la douleur consécutive devra disparaître par l'ablation de cette tumeur. Quand des douleurs gastralgiques reconnaissent pour cause un trouble dyspeptique quelconque, il faut tout d'abord traiter la dyspepsie, et ainsi du reste, en autant que la chose est possible.—Mais, je le répète, il n'est pas toujours facile d'enlever la cause. C'est le cas, en général, pour toutes les douleurs qui accompagnent les inflammations, v.g. péritonite, pleurésie, méningite. Tout au plus, peut-on, en certains cas, agir sur l'état général de l'économie qui prédispose à la douleur ou qui en est la cause éloignée, comme c'est le cas dans les névralgies liées à certaines diathèses, v.g. syphilis, ou à certains empoisonnements, v. g. intoxication saturnine. La cause de la douleur est alors la maladie elle-même, et nous contribuons à faire disparaître la cause par le fait même que nous instituons une médication contre la maladie.

Je suppose la cause enlevée autant que possible, mais la douleur persiste. Le malade souffre; il ne dort pas et demande avec instance que nous le débarrassions de son mal, et que, ce faisant, nous réalisions à son profit l'aphorisme d'Hippocrate : *Divinum est opus scilicet dolorem*. Nous avons à notre disposition la médication analgésique qui comprend, en résumé, d'après Diculafoy, tous les médicaments dont l'action est de calmer ou soulager la douleur, en agissant sur les centres nerveux et les rendant incapables à percevoir la sensation douloureuse, et divers autres moyens et agents dont l'action se fait sentir sur les organes périphériques, au siège même de la douleur.

*Le meilleur contre-poison de la douleur est l'opium,*” a dit M. Huchard. Aussi l'opium et son principal alcaloïde, la morphine, sont-ils au premier rang parmi les analgésiques. Dans notre dernière conférence nous avons vu le cas que fait M. Dujardin Beaumetz de l'opium et de la morphine comme hypnotiques. Mais ici, comme analgésiques, ces deux médicaments sont des plus précieux, et s'ils ne font pas dormir dans le vrai sens du mot, au moins calment-ils merveilleusement la douleur. La morphine doit être et est généralement préférée à l'opium comme analgésique, parce qu'elle représente à elle seule presque toute la vertu analgésique du remède.

La morphine se donne sous forme de poudre, de solution aqueuse ou de pilule, par la bouche, l'estomac, le rectum, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le mode d'administration doit varier avec les besoins et les indications de chaque cas : chaque fois que la chose est possible, surtout quand vous avez affaire à une douleur très intense, siégeant dans un endroit que vous pouvez atteindre localement, servez-vous de la seringue à injections hypodermiques, et introduisez le remède dans le tissu cellulaire sous-cutané. La morphine, introduite de cette manière, agit beaucoup plus promptement et à doses beaucoup plus faibles. En outre, quand on a la chance de l'appliquer *loco dolenti*, elle exerce son action analgésique directement sur les nerfs affectés. Enfin, administrée de cette façon, elle agit moins sur l'estomac et ne provoque que peu ou pas de vomissements.

Si la douleur est très intense, comme dans le cas de coliques hépatiques, coliques néphrétiques etc., injectez une forte dose d'emblée :

trente minimes de la solution de Magendie ( $\frac{1}{2}$  grain), et répétez, avec une dose égale ou moindre, au bout d'une heure ou deux, si besoin il y a. Dans les cas ordinaires,  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{1}{4}$  de grain suffit.

La généralité des praticiens, ici, ne se servent pas de la seringue hypodermique, mais administrent la morphine par l'estomac, en pilule, poudre ou potion. La pilule constitue un mauvais mode d'administration; elle se dissout plus lentement et l'absorption de l'alcaloïde est moins rapide. Je ne recommande pas beaucoup l'administration de la morphine sous forme de poudre; ce mode n'a du reste aucun avantage spécial. Les solutions de morphine pour l'usage interne sont généralement aqueuses. Elles doivent être fraîchement préparées, de même que celles qui servent à l'injection hypodermique. La dose de la morphine, administrée par les premières voies, est de  $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  grain.

Les principaux inconvénients de la morphine donnée par l'estomac, sont l'inappétence, la nausée et le vomissement.

Il est des circonstances où l'introduction de la morphine par l'estomac est impossible, comme par exemple dans les cas de vomissements incoercibles, de folie, manie aiguë etc. Alors il faut, soit donner le médicament par la voie hypodermique, en lavement ou sous forme de suppositoire, soit l'introduire sous forme de poudre, sous la langue. Ce dernier mode nous a particulièrement bien réussi.

Le rectum et le vagin serviront principalement de voies d'introduction à la morphine dans les cas où l'estomac doit être respecté et tenu au repos, comme je viens de le dire, et aussi, quand la douleur siège dans les organes du petit bassin: utérus, vessie, rectum. v. g. dans les cas de cancer rectal, utérin et vésical, de métrite, para-métrite, cystite, dyssenterie, etc.

La morphine peut enfin être introduite par voie endermique, dans les cas où l'on ne peut l'administrer par la bouche, le rectum ou le tissu cellulaire sous-cutané. Il s'agit tout simplement, alors, de dépouiller une petite portion de peau de son épiderme, au moyen d'un vésicatoire à l'ammoniaque, et d'appliquer la poudre morphinée sur la partie ainsi dénudée. Ce mode, que je vous ai déjà décrit maintes fois, peut avantageusement remplacer la seringue hypodermique quand on n'a pas cet instrument sous la main.

Le principal danger pouvant résulter de l'emploi de la morphine et de l'opium est l'accoutumance, qui, à son tour, dégénère facilement en habitude, puis en une véritable passion qui a nom morphinomanie, et dont j'ai dit un mot en terminant la conférence précédente. Cette habitude se contracte facilement, surtout chez les sujets nerveux, les femmes surtout. Aussi M. Dajardin-Beaumetz, pénétré de l'imminence de ce danger, conseille-t-il de n'avoir recours à l'injection hypodermique de morphine que dans les cas d'absolue nécessité, v. g. douleurs du cancer et de la tuberculose pulmonaire, aux périodes ultimes (1). Il recommande également de ne jamais laisser le malade se servir lui-même de la seringue. L'usage de ce petit instrument n'est pas aussi répandu parmi notre population qu'il l'est à Paris, aussi n'est-ce pas l'abus de la seringue que nous avons à combattre ici, mais bien l'abus de l'ordonnance. Je m'explique. Un malade souffrant reçoit de son médecin une ordonnance comportant une préparation quelconque de

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ, in *Bulletin de thérapeutique*.

morphine ou d'opium. Il la fait exécuter chez le pharmacien, et se sert du remède suivant les avis qui lui ont été donnés. La petite provision épuisée, le malade fait exécuter de nouveau l'ordonnance, avec ou sans l'avis de son médecin. Il prend goût à la morphine et à l'état de béatitude dans laquelle le plonge le remède. S'il n'est pas sous l'influence de celui-ci, il souffre, il ne dort pas, etc. L'habitude est contractée. Dès lors, le même pharmacien exécute régulièrement la même ordonnance, et ce, pendant des mois et des années. Je ne dis pas que tous les pharmaciens fassent cela, mais il en est qui le font, et ils ne sont pas rares. Si le médecin du malade a autorisé le renouvellement de l'ordonnance, à la bonne heure! Le pharmacien se trouve, par le fait, dégagé de toute responsabilité. Soyez donc sur vos gardes, messieurs, et veillez à ce que ceux de vos patients auxquels vous prescrivez l'opium et la morphine n'en abusent pas.

La chlorodyne est une des formes les plus ordinaires sous lesquelles on prescrit la morphine. Diverses formules en ont été données qui se ressemblent toutes plus ou moins. La dose en est de dix à trente gouttes.

L'opium et son alcaloïde conviennent à l'élément douleur, sous quelque forme que se présente celle-ci, et en quelqu'endroit qu'elle siège, principalement dans les névralgies, et en particulier les névralgies rebelles : tic douloureux, sciatique, névralgie intercostale, cervico-occipitale, etc., les inflammations, surtout celles des séreuses : pleurésie, péritonite, et dans les affections organiques : cancer, etc.

Dans la pratique chirurgicale, la morphine est d'usage journalier. N'oubliez pas que l'existence d'une très forte douleur modifie singulièrement l'action de cet analgésique, et que c'est dans les cas de douleurs intenses que se contracte plus facilement l'habitude. Vous devez, à ce propos, vous rappeler le cas cité par Alonzo Clark et Flint, où il s'agissait d'un individu atteint de péritonite aiguë et à qui furent administrés 1018 grains d'opium en sept jours.

Le chloral, cet hypnotique puissant dont nous avons parlé l'autre jour, est aussi lui un analgésique, mais beaucoup moins que ne l'est la morphine. Il semble être surtout efficace, d'après Bartholow, dans les cas où la douleur est associée à des contractions ou contractures exagérées des fibres musculaires lisses. Serait-ce à ce titre qu'il agit bien dans les cas de rigidité ou de contracture du col utérin durant la première période de l'accouchement? Playfair préfère le chloral au chloroforme durant le travail, parce que, tout en soulageant beaucoup la douleur, il ne diminue pas la force des contractions. Pour ma part, j'ai à me louer de l'emploi du chloral dans les cas de douleurs consécutives à la parturition, mais il m'a toujours fallu, suivant le précepte de Bartholow, en donner une dose maxima avant de pouvoir produire un effet marqué.

À tout prendre, cependant, le chloral, comme anodin, doit céder le pas à la morphine et à l'opium, et ne les remplacer que quand ils ne peuvent être supportés par les malades, ce qui n'est pas très rare.

Le croton-chloral est un autre analgésique dont l'emploi était beaucoup plus répandu autrefois qu'il ne l'est aujourd'hui. Il convient surtout aux névralgies du trijumeau, car il a pour action particulière de produire une diminution plus ou moins marquée de la sensibilité de la face. Ringer dit que c'est peut-être le remède le plus efficace que nous possédions contre la névralgie tri-faciale. Il convient aussi au traite-

ment des névralgies dentaire, faciale des vieillards (ordinairement très rebelle), de la migraine chez les femmes et les jeunes filles nerveuses. La dose est de cinq grains, toutes les trois heures, jusqu'à soulagement.

Principe actif de l'aconit, l'aconitine est, d'après Dujardin-Beaumetz, l'un des plus puissants analgésiques après la morphine (1). De même que le croton-chloral, l'aconitine agit surtout sur la sensibilité des nerfs de la face qu'elle diminue ou abolit suivant les cas. Elle est surtout et presque exclusivement employée dans les cas de névralgie tri-faciale. On la prescrit sous forme de sulfate, soit en injection hypodermique, soit par la bouche (en pilule) à dose de 1/200 à 1/50 gr. Pour M. Dujardin-Beaumetz, l'aconit serait préférable à l'aconitine, l'aconit renfermant, outre l'alcaloïde que je viens de nommer, plusieurs autres principes actifs : napelline, etc., qui, ajoutant leur action à celle de l'alcaloïde principal, rendent celui-ci plus efficace. En outre, les diverses variétés d'aconitine (aconitines de Duquesnel, de Morson, etc.) ne sont pas toutes également actives, et leurs propriétés varient plus ou moins par le fait même, dit l'auteur que je viens de citer, qu'elles sont tirées de plantes d'origine différente. La principale préparation d'aconit est la teinture de racines (B. P.) dont la dose est de une à vingt ou trente minimes. Quelques-uns emploient de préférence la teinture dite de Flemming, qui est cinq fois plus active, et qui doit s'administrer à doses cinq fois moindres.

Deux autres médicaments de cette classe ont une action analgésique se rapprochant de celle de l'aconit et du croton-chloral : ce sont le *gelsemium* et le *piscidia erythrina*. Tous deux diminuent ou abolissent la sensibilité de la cinquième paire, et se prescrivent dans le tic-douloureux. Ils exercent également une action favorable dans les cas de névralgies siégeant en d'autres régions, mais outre que leurs propriétés analgésiques sont plus ou moins infidèles, ils sont loin d'exercer sur l'élément douleur une action aussi manifeste quand cet élément siège ailleurs que dans le trifacial.

La jusquiame et l'hyoscyamine, la belladone et l'atropine, ainsi que le chanvre indien sont parfois employés comme anodins, mais leurs propriétés faiblement analgésiques n'en indiquent pas souvent l'emploi. J'ai cru remarquer que ces trois médicaments convenaient surtout au traitement des névralgies viscérales, principalement de celles siégeant dans l'intestin, la vessie et l'utérus, mais leurs effets, même dans ces cas, sont loin d'être constants.

Dans les cas de douleurs très intenses ayant résisté aux analgésiques déjà vus : morphine etc., il peut être indiqué d'avoir recours aux anesthésiques généraux : chloroforme, éther, etc., mais ces cas se présentent assez rarement, les anesthésiques étant beaucoup plus souvent employés comme prophylactiques que comme curatifs de la douleur.

Jusqu'ici nous avons passé en revue les analgésiques agissant en vertu de leur action sur les centres nerveux en les rendant inaptés à percevoir la sensation douloureuse. Il en est encore d'autres, avons-nous dit, dont l'action se porte directement sur les organes périphériques, au siège même de la douleur. Ainsi font le froid, les mélanges réfrigérants et certains médicaments tels que l'éther et le chlorure de méthyle.

Le froid est analgésiant, comme vous le savez, messieurs, et multiples sont les modes sous lesquels on a tenté de l'utiliser comme tel.

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ, loco citato.

Dans la pratique de la petite chirurgie, on se sert tous les jours de la réfrigération locale pour engourdir ou abolir la sensibilité douloureuse sur un endroit limité du corps, v.g. dans les cas d'ablation d'ongle incarné, d'amputation de doigt, d'ouverture d'abcès, d'ablation de tumeurs superficielles, etc. Pour obtenir cette analgésie, on se sert d'un simple mélange de glace pilée, ou de neige et de sel marin, ou de sel marin et de sel ammoniac, de chlorure de calcium etc. On utilise encore les pulvérisations d'éther et de rhigolène. Plus récemment, en 1884 je crois, Debove a proposé les pulvérisations de chlorure de méthyle. Le chlorure de méthyle est gazeux à la température normale. On le liquéfie par la pression et on le maintient ainsi liquéfié dans des réservoirs métalliques. Aussitôt que, grâce à une ouverture filiforme *ad hoc*, l'on fait sentir le chlorure de méthyle du réservoir qui le contient, le liquide passe instantanément à l'état gazeux et amène un énorme abaissement de la température. "La peau ainsi touchée par le chlorure de méthyle, dit M. Dujardin-Beaumetz, se congèle, pâlit et duret, et le malade éprouve une sensation de cuisson et de brûlure provoquée par le froid intense qui vient de se produire. Si l'effet local est trop prolongé, il se fait une mortification qui consiste, soit en une simple vésication, soit en de véritables eschares." La recommandation que fait à cette occasion M. Dujardin-Beaumetz est donc très opportune: "Ne pas trop prolonger l'action du chlorure de méthyle et ne jamais dépasser quatre à cinq secondes sur la même partie de la peau."

C'est contre les sciaticques rebelles que M. Debove a d'abord préconisé l'emploi de cet agent. Par la suite on a tenté de l'appliquer au traitement de toutes les formes de névralgie.

Les frictions pratiquées avec un corps volatil quelconque ont pour effet de faire abaisser la température et de calmer la douleur. De là l'effet de l'eau sédative dans les cas de migraine, de là, le soulagement apporté à certaines douleurs de tête par des frictions au menthol. Le menthol, qui forme la base des cones que l'on débite actuellement dans nos pharmacies, est l'huile essentielle concrète, ou le camphre de la menthe poivrée. Appliqué en frictions, le menthol s'évapore, et en passant à l'état gazeux produit une sensation de fraîcheur, un véritable refroidissement favorable au soulagement des névralgies superficielles. Dans ces cas on peut remplacer le menthol par l'huile de menthe dont on frictionne quelques gouttes qui, en s'évaporant, produisent à peu près le même effet.

Bartholow (1) a naguère proposé, comme agent d'analgésie locale, les injections sous-cutanées de chloroforme, et aurait obtenu certains succès non douteux. Ce moyen semble passablement abandonné aujourd'hui, eu égard aux accidents qui peuvent survenir à la suite de ces injections: abcès, gangrène, etc.

Je termine cette énumération des analgésiques locaux en vous parlant un peu du plus célèbre d'entre eux, peut-être: la cocaïne. En vous décrivant ce nouveau médicament, dans mon cours théorique, à la Faculté, je vous ai fait l'histoire de sa découverte; aussi n'y reviendrai-je pas ici. Ce serait chose oiseuse d'ailleurs, tous les journaux et toutes les revues de médecine en ayant parlé *ad satietatem*. La cocaïne, principe actif de la Coca du Pérou, jouit de la singulière et précieuse pro-

(1) BARTHOLOW.—*Materia medica and Therapeutics*, p. 358.

priété de rendre insensibles les muqueuses et aussi la peau dénudée sur lesquelles on l'applique. En injection hypodermique, elle agit de même. L'insensibilité produite persiste plus ou moins longtemps, environ une ou deux heures. C'est autant et parfois plus de temps qu'il n'en faut pour permettre de pratiquer certaines petites opérations v.g. ouverture d'abcès, extirpation de tumeurs superficielles, etc., pour faciliter certaines manœuvres de nature plus ou moins douloureuse : cathétérisme de l'urètre et des fosses nasales, examen au laryngoscope, amygdalotomie, etc. M. Dujardin-Beaumont fait précéder la pleurotomie de l'injection d'une solution de cocaïne au 2/100 à chaque extrémité de la ligne d'incision de la peau. On calme assez bien les douleurs accompagnant les hémorroïdes et la fissure anale au moyen d'injections de cocaïne au pourtour de l'anus, ou par l'emploi d'une pommade cocaïnée; les souffrances atroces du vaginisme ont aussi été souvent calmées par ce remède.

On l'a recommandé contre les fissures du mamelon, mais les quelques cas dans lesquels je l'ai employée ne me permettent pas d'en parler avec enthousiasme.

“ En résumé, dirai-je avec M. Dujardin-Beaumont, toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir une anesthésie superficielle, passagère et de peu d'étendue de la peau et des muqueuses, vous pourrez utiliser la cocaïne.” Pour injections et lotions, on fait une solution de 2 à 4 p. 100. Les pommades, à base de vasoline, renferment de 4 à 7 p. 100 de cocaïne. Pour que l'absorption de l'alcaloïde ait lieu, il faut que l'application se fasse sur une muqueuse ou sur la peau dépouillée de son épiderme. La peau saine n'absorbe pas dans ces conditions, et le médicament doit alors être introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

---

## COMMUNICATION.

---

### Une question de déontologie.

---

MESSIEURS LES RÉDACTEURS,

Passant, hier, par une des rues les plus fréquentées de votre belle ville, je fis rencontre d'un gamin qui, chargé d'une grosse liasse de feuilles volantes, s'occupait très activement à les distribuer de porte en porte. Il m'en offrit une que je pris comme machinalement. En y jetant les yeux je sentis s'éveiller ma curiosité. Il s'agissait en effet d'un remède, d'une eau minérale “ l'eau de St-Léon ” dont la feuille célébraient de son mieux les étonnantes qualités.

Jusque-là, tout allait bien, et je commençais à admirer le succès de cette petite réclame, quand, à ma grande surprise, je vis s'étaler, au cours de la circulaire, des noms de médecins. Oui, des médecins avaient certifié les effets magiques de l'eau de St-Léon, et en exaltaient les cures avec un sans gêne dont je laisse l'appréciation à vos lecteurs. Je cite textuellement :

D'après l'expérience directe que nous avons déjà des eaux minérales de St-Léon, ces eaux sont d'une utilité incontestable pour les maladies ci-haut mentionnées (rhumatismes, dyspepsie, constipation, etc.)

.....M.D.

Comme je connais par une expérience de plusieurs années les propriétés



curatives de l'eau de St-Léon, je certifie qu'elles (!) sont efficaces pour la dyspepsie et la constipation; je n'hésiterais pas à en faire usage dans le cas de petite Vérole "Picotte"; j'ai aussi guéri plusieurs cas d'épilepsie existant depuis longtemps, et si parfois le choléra faisait irruption en Canada je me servirais des eaux minérales de St-Léon comme remède.

.....M.D.

Je, soussigné, certifie avoir employé l'eau minérale de St-Léon dans plusieurs cas de maladies très graves, j'en ai eu un résultat si satisfaisant qu'il est de mon devoir de la recommander fortement.

Dr.....

Je certifie avoir fait usage de l'eau minérale de St-Léon dans plusieurs maladies, notamment: voies urinaires et digestives, et en être on ne peut plus satisfait; je la recommande beaucoup comme la meilleure des eaux minérales connues.

.....M.D.

Voilà, messieurs les rédacteurs, une eau bien merveilleuse, et qui devra faire parler d'elle à Blagnerville et aux environs. Ce qui, à mon avis, est plus merveilleux encore, c'est bien l'imperturbable aplomb des signataires complaisants pour l'un desquels l'eau de St-Léon est tout simplement "la meilleure des eaux minérales connues." Il n'est donc plus question ici de Vichy, de Contrexéville, de Bagnôres, d'Ems et autres sources non moins fameuses! Et cet autre qui s'est servi de l'eau de St-Léon "dans plusieurs cas de maladies très graves!" C'est sérieux, n'est-ce pas? mais pas autant, toutefois, que quand il est question de combattre la "picotte", l'épilepsie et le choléra. Le code de déontologie dont vous nous avez parlé il y a quelque temps condamne toutes ses sottises-là, si je ne me trompe. En attendant que le public médical se prononce sur le mérite de la question prise en elle même, je sou mets le cas à vos lecteurs, et à vous, messieurs, espérant que vous saurez suggérer les moyens propres à faire disparaître des abus aussi criants.

Avec considération, votre très dévoué,

St-Guénard, 14 juillet, 1886.

VINDEX.

**Désinfection des habitations privées ou publiques à l'aide de l'acide sulfureux**, par le Dr AUBERT.—L'auteur a expérimenté la désinfection par l'acide sulfureux à divers points de vue et il en est arrivé à conclure que ce moyen n'a aucun inconvénient pour les objets meublants; les étoffes contenant du coton seules se décolorent un peu.

Le degré de pénétration de ce gaz est considérable: un papier tournesol mis dans l'intérieur d'un traversin, au centre d'un matelas, au centre de couvertures de laine pliées en quatre, était fortement rougi au bout de 24 heures.

Ce gaz détruit aussi les punaises.

Ce procédé est fort simple et peu coûteux: on brûle du soufre en canon concassé mélangé d'alcool ou placé sur de petits morceaux de bois de sapin dans des vases en terre réfractaire ou sur une plaque de tôle disposée sur une couche de sable pour écarter tout danger d'incendie. 25 grammes de soufre par mètre cube d'air suffisent à la désinfection; la pièce à désinfecter reste ainsi fermée pendant 24 heures, puis on ouvre largement portes et fenêtres pour enlever l'odeur sulfureuse qui est assez tenace.—*Revue internationale des Sciences médicales.*

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

**De quelques manifestations du diabète.**—Clinique de M. LANDOUZY à l'hôpital de la Charité.—Au n° 2 de la salle Saint-Charles est entré, il y a cinq semaines, un homme atteint de diabète.

Ce malade, âgé de vingt-quatre ans, est maigre, étique, à ce point qu'il semble, pour ainsi dire, n'avoir plus de muscles, et l'on ne croirait jamais qu'il ait pu exercer jusque dans ces derniers temps un métier exigeant une certaine vigueur. Après avoir travaillé aux champs jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il était venu à Paris et s'était fait maçon.

Ses antécédents personnels sont des meilleurs aussi bien que ses antécédents héréditaires.

Il est entré, en somme, dans nos salles, pour un état des plus prononcés de déchéance physique. En effet, tout en mangeant d'une façon formidable depuis le mois dernier, époque à laquelle son appétit s'est considérablement accru, tout en buvant aussi beaucoup, il a vu ses forces diminuer rapidement, son corps maigrir, en même temps qu'il éprouvait une véritable frigidité génitale. Par l'ensemble des faits que nous avons pu constater, le diagnostic était facile. Il s'agissait d'un diabète. L'examen des urines l'a d'ailleurs confirmé. Celles-ci, rendues à la dose de 5 à 6 litres par jour, étaient d'une densité de 1030 et renfermaient 120 à 125 grammes de sucre par litre, de sorte qu'en réalité le malade rendait de 500 à 600 grammes de sucre par jour.

Je veux profiter de la présence de ce malade dans nos salles pour appeler l'attention sur quelques-unes des manifestations du diabète qui doivent toujours éveiller l'esprit des médecins sur cette affection, alors que rien ne vient les expliquer.

Beaucoup d'accidents diabétiques passent inaperçus du médecin, du malade lui-même bien souvent, faute de se manifester avec grand fracas, et la maladie court le risque d'être plus ou moins longtemps méconnue, jusqu'au jour où apparaissent les phénomènes incontestables du diabète.

Ainsi la faiblesse générale qu'éprouvent les malades sans cause apparente, sans qu'ils puissent s'en expliquer la raison, alors qu'ils jouissent, en apparence, d'une parfaite santé et qu'ils ont conservé leur embonpoint ordinaire, est souvent l'un des meilleurs signes de cette maladie.

Un jour, un homme très fort en apparence, parfaitement développé, d'une belle musculature, vient me consulter pour un état de faiblesse, qui, dit-il, augmente de jour en jour. Il n'existe chez lui ni polyphagie, ni polydipsie, ni polyurie, et cependant la densité de l'urine est de 1031, et nous trouvons par l'analyse 54 grammes de sucre par litre d'urine. La sécrétion urinaire n'a pas augmenté,—un litre par jour— il n'y a ni frigidité, ni narcolepsie, phénomènes souvent révélateurs à eux seuls du diabète.

Autre fait :

Je donnais, depuis plusieurs années, des soins à une jeune femme de trente ans, mariée depuis onze ans, mère de quatre enfants, et dont le

mari, âgé de quarante et un ans, était un négociant très fort, très vigoureux, qui dirigeait ses affaires avec beaucoup d'intelligence. Consulté, certain jour, par cette femme pour quelques troubles qui pouvaient faire présumer quelque nouvelle grossesse, je lui demandai si elle n'était pas enceinte. Elle me répondit négativement, m'avouant, en rougissant, que son mari était devenu d'un paternel désolant. Cependant il n'était point malade; il mangeait et buvait comme d'habitude; mais à chaque instant il s'endormait, voire même en travaillant ou en dînant. Cette narcolepsie et cette frigidité génitale éveillèrent mon attention sur la possibilité d'un état diabétique. J'appris que cet homme urinait la valeur de deux litres par jour, et je constatai que ses urines contenaient 45 grammes de sucre par litre, soit 90 grammes par vingt-quatre heures. Un traitement approprié eut bientôt raisedu diabète qui venait de nous être révélé, et aujourd'hui la quantité de sucre rendu dans les vingt-quatre heures ne dépasse pas la dose de 5 à 7 grammes.

Ce fait n'est pas tout à fait récent, et je le racontais ici même, il y a deux ans, dans une de mes leçons cliniques, et j'insistais sur le phénomène de narcolepsie, qui ne saurait être vu avec indifférence, car il cache souvent derrière lui un état malade. Un de mes externes, assistant à la leçon, en avait été vivement frappé; il s'en allait le lendemain passer quelques jours auprès de sa famille. Mais quelle ne fut pas sa surprise de voir son père, âgé de soixante et un ans, mais toujours très vigoureux et très intelligent, s'endormir à table soir et matin à chaque repas! Quelques jours plus tard, cet élève revenait à Paris avec un flacon d'urine, dans laquelle nous trouvions 59 grammes de sucre par litre, soit 177 grammes de sucre pour trois litres environ d'urine. Grâce à un traitement hygiénique, aux eaux de Vichy et à l'entraînement, cet homme ne fait plus aujourd'hui que de 3 à 7 grammes de sucre par jour; sa santé est revenue, et il ne dort plus à tout moment comme par le passé.

La narcolepsie est donc un fait très important, capable de mettre sur la piste d'un diabète resté jusque-là absolument méconnu.

Il est une autre manifestation morbide qui peut également, dans certains cas, aider au diagnostic du diabète. Je veux parler des douleurs cutanées, des dermalgies que l'on observe chez certaines femmes. Ces dermalgies sont assez communes dans le diabète; elles sont souvent aussi horriblement douloureuses et se manifestent par plaques et tel ou tel point du corps ou des membres.

Ces manifestations dermalgiques du diabète sont généralement l'apanage du vieillard; il en est pour elles comme pour le zona, qui, généralement supportable chez l'adulte, est extrêmement douloureux chez le vieillard. Je vous citerai, comme exemple, celui d'un homme de soixante-quatre ans, négociant, vigoureux, jouissant d'une bonne santé, si ce n'est qu'il était quelque peu arthritique. Un jour, forcé de monter sur l'impériale d'un tramway, il éprouve un refroidissement et entre chez lui. Le lendemain matin, il se réveille avec une douleur dans la région du cubital gauche, douleur qui va en augmentant et devient telle que le malade est forcé de prendre le lit, et que le moindre déplacement du membre supérieur gauche lui arrache des cris. Je suis appelé auprès de lui. Au premier moment, le diagnostic était assez difficile. Nous n'avions affaire ni à un ancien syphilitique, ni

à un paludéen. Bref, par exclusion, j'en arrive à me demander s'il ne s'agissait pas d'un diabétique. Cependant cet homme n'avait ni polyurie, ni polyphagie, ni polydipsie. Mais lorsque, par acquit de conscience, j'eus examiné les urines, la lumière fut faite. Mon malade rendait 125 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. J'instituais un traitement antidiabétique, et trois semaines plus tard, je ne trouvais plus que 6 grammes de sucre. Aujourd'hui cet homme va très bien.

Ces névralgies ou ces névrites ne sont pas les manifestations les plus communes du diabète. Les accidents les plus fréquents sont ce que l'on a appelé les phénomènes acétonémiques : abattement, stertor, coma, etc., qui conduisent souvent de vie à trépas, en quelques heures, un malade dont le diabète était resté jusque là inaperçu. Il n'est pas d'années où nous enregistrons de pareils faits.

Je pourrais vous citer, à ce propos, l'histoire d'un malade de M. Charcot, publiée, il y a quelques années, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* : l'histoire d'un diabétique sans le savoir, âgé de cinquante et un ans, qui vient passer vingt-quatre heures à Paris, fait, par une des plus chaudes journées de l'année, des courses nombreuses et fatigantes, rentre à l'hôtel épuisé, abattu, tombe dans le coma et meurt pendant la nuit. Et combien de faits plus ou moins semblables je pourrais vous raconter ! Aussi, j'appelle vivement votre attention sur de pareils accidents, survenant à la suite de grandes fatigues, capables de déterminer des transpirations abondantes, c'est-à-dire une perte d'eau plus ou moins considérable, nullement en rapport avec la faible dose de sucre évacuée par la sueur. C'est ainsi que le sucre, au lieu d'être expulsé par les sécrétions urinaires en quantité suffisante, se trouve accumulé dans l'organisme et donne lieu à des phénomènes acétonémiques promptement mortels.

Aussi les diabétiques sont-ils des colis fragiles qu'il ne faut faire voyager qu'avec les plus grandes précautions, en les entourant d'eau, pour ainsi dire, de sorte que, buvant suffisamment, ils évitent les accumulations si dangereuses du sucre dans l'économie, et les accidents qui en résultent fatalement.

Il faut, — permettez-moi l'expression, — empêcher les diabétiques de se siruper, en leur donnant l'eau dont ils ont besoin.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

**Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée.**— Il y a quatre ans, nous avons signalé les premiers résultats, obtenus par M. Du CASTEL dans le traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée. Le scepticisme avec lequel fut accueilli le traitement nouveau n'a pas découragé l'auteur. Aujourd'hui, M. Du Castel est à même d'invoquer à l'appui de ses conclusions premières les témoignages fournis par plusieurs de ses collègues des hôpitaux et par d'autres confrères. Il demeure acquis que la médication éthérée-opiacée, dépourvue de tout inconvénient sérieux, exerce une action favorable sur la suppuration chez les varioleux. Par suite, la durée de la maladie est abrégée, et cette abréviation, qui porte sur la période la plus pénible de la variole, peut aller jusqu'à une dizaine de jours. Dans des services hospitaliers, où la médication était instituée suivant les règles voulues, on a vu des malades guérir de la variole en quatre

jours; les boutons varioleux ne dépassaient pas dans leur développement la phase papuleuse ou vésiculeuse. Naturellement, du même coup se trouvent atténués ou supprimés les accidents graves consécutifs à la suppuration, en première ligne la fonte purulente de la cornée.

Cela étant, nous rappellerons en quoi consiste la médication préconisée par M. Du Castel: des injections sous cutanées d'éther sont pratiquées deux fois par jour (matin et soir); on injecte chaque fois la valeur d'une pleine seringue de Pravaz. Dans le courant de la journée, on fait prendre aux malades une dose d'extrait thébaïque, qui est ordinairement de 20 centigrammes pour les hommes et de 15 centigrammes pour les femmes. Enfin, dans la plupart des cas, M. Du Castel associe à l'éther et à l'opium le perchlorure de fer, administré à l'intérieur à la dose de 20 gouttes par jour. La médication doit être instituée aussitôt que possible; elle n'est réellement efficace qu'autant qu'on y a recours dans les trois premiers jours de l'éruption; passé ce délai, elle ne donne que des résultats affaiblis. Son utilité se manifestera surtout lorsque seront réalisées les deux conditions suivantes: se trouver en présence d'un malade gravement atteint dès le début; pouvoir poser le diagnostic dans les premiers jours de la maladie. C'est dire que la médication éthérée-opiacée est appelée à rendre de grands services en temps d'épidémie, alors que les deux conditions susdites se rencontrent sans peine, et l'on sait, par l'expérience des vingt dernières années, combien, malgré les bienfaits de la vaccine, la variole, quand elle sévit à l'état épidémique, tend à redevenir le fléau qui fit de si grands ravages dans les siècles passés.—*Gazette médicale de Paris.*

**Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde; valeur sémiologique des nodosités de Bouchard**, par le docteur Paul LE GENDRE.— En se basant sur plus de 400 cas observés par M. Bouchard, l'auteur a cru pouvoir formuler un certain nombre de conclusions.

Les principales sont que la dilatation de l'estomac, rare chez l'homme sain, s'observe bien chez l'homme malade avec la fréquence que M. Bouchard avait signalée, et qu'il y a bien réellement lieu d'attribuer à la dilatation de l'estomac les désordres locaux et généraux signalés par M. Bouchard.

La dilatation de l'estomac résulte surtout d'une mauvaise hygiène alimentaire, mais à la condition que celle-ci exerce son action sur des sujets doués congénitalement d'un défaut de résistance de la tunique musculieuse de l'estomac.

La recherche du clapotage, suivant une technique indiquée avec précision, est un moyen très satisfaisant de reconnaître et de mesurer la dilatation de l'estomac.

Il est possible de vérifier sur le cadavre une dilatation constatée pendant la vie. Des recherches anatomiques portant sur 60 cadavres ont permis à l'auteur de fixer à 1,300 centimètres cubes environ la capacité moyenne de l'estomac chez l'adulte. Or, dans tous les cas où l'autopsie de sujets ayant présenté de leur vivant les signes physiques de la dilatation de l'estomac a pu être faite, cet organe cubait de 1,400 à 3,600 centimètres.

Parmi les conséquences les plus habituelles de la dilatation de l'estomac, il y a lieu d'admettre l'état nouveau des articulations phalangophalanginiennes des doigts, signalée pour la première fois par M. Bouchard, et dont l'auteur donne une description anatomique précise.

Dans la seconde partie de son travail, M. Le Gendre étudie les rapports qui existent entre la fièvre typhoïde et la dilatation de l'estomac. Il croit pouvoir conclure d'un nombre important d'observations que les sujets atteints de dilatation de l'estomac ont une *prédisposition particulière à contracter la fièvre typhoïde, ainsi que les affections parasitaires dont les parasites, gros ou microscopiques, pénètrent par les voies digestives*, comme le microbe pathogène de la fièvre typhoïde, comme le scolex du tænia, les œufs de lombrics et peut-être les embryons hexacanthés destinés à donner naissance aux kystes hydatiques.

M. Le Gendre, à l'appui des faits de *contagion* cités à la Société des hôpitaux par M. Gérin-Rose et par moi, apporte un nombre important de cas intérieurs (19 en deux ans et demi), contactés dans le service de M. Bouchard à l'hôpital Lariboisière; ces cas sont relatifs presque tous à des sujets qui étaient atteints de dilatation de l'estomac.

L'auteur a pu réunir quatre observations de *récidives* de fièvre typhoïde, faits à coup sûr exceptionnels, et quatre fois il s'agissait de sujets atteints de dilatation de l'estomac.

L'auteur croit pouvoir proposer comme interprétation pathogénique au moins provisoire de ces faits la pauvreté du suc gastrique en acide chlorhydrique chez les dilatés et les dyspeptiques, l'estomac devenant impropre à détruire au passage les microbes pathogènes, comme il le fait souvent à l'état normal.

Enfin M. Le Gendre signale la fréquence extrême chez les dilatés de ces états morbides mal classés en nosologie, embarras gastrique simple, apyrétique ou fébrile, fébriculaire continue, catarrhe gastro-intestinal cholériforme, états morbides dont quelques-uns sont peut-être des fièvres typhoïdes atténuées capables de vacciner les malades contre des atteintes ultérieures plus graves.—*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

**Des paralysies toxiques.**—Tel est le titre et le sujet de la thèse de concours pour l'agrégation, de M. E. BRISSAUD, à qui est échue, comme on le sait, de par le jugement du jury, la première place.

M. Brissaud a borné son étude aux paralysies vraies par résolution musculaire et non par spasme ou contracture, et à celles d'entre elles qui sont produites par les substances toxiques solubles ou dissoutes.

Ainsi restreinte, la question restait encore assez complexe pour nécessiter des distinctions préalables avant d'en embrasser la généralité. L'une des premières distinctions est celle du degré de la paralysie, l'importance musculaire pouvant être réduite à sa plus simple expression, à une parésie, ou bien aller jusqu'à la résolution complète; puis vient celle de sa distribution, sa limitation à un groupe musculaire déterminé ou même à un seul muscle, ou bien son extension au système musculaire tout entier; celle du type paraplégique ou hémiparaplégique; de leur durée, fugace, éphémère ou plus ou moins persistante; enfin de leur isolement ou de leur combinaison avec d'autres symptômes.

Le principal élément clinique de différenciation étant le fait de leur isolement ou de leur combinaison, c'est sur ce fait que M. Brissaud a fondé sa division des paralysies toxiques en deux grands groupes: les paralysies dans les myélo-encéphalopathies toxiques, où la paralysie n'a qu'un rôle et une importance secondaires, et les paralysies par névrites périphériques, lésions spéciales, constantes et caractéristiques.

Dans le groupe des paralysies combinées, M. Brissaud nous montre les poisons agissant de deux façons sur les cordons nerveux : en produisant des altérations conjonctives ou vasculaires de nature irritante (lésions athéromateuses) qui entraînent à leur suite des ramollissements cérébraux, des hémorragies ; ou bien en exerçant une influence directe sur les éléments nobles (cellules motrices ou sensibles) qu'ils paralysent ou surexcitent suivant les cas.

Étant connue d'autre part, l'action produite sur les centres nerveux par certaines substances minérales, végétales ou animales (sels de potasse, sels de plomb, strychnine, curare, etc.), on saura que les désordres médullaires ou encéphaliques qui leur sont imputables sont en général transitoires, de courte durée, celle-ci étant subordonnée à l'élimination progressive du poison par les émonctoires naturels ou à sa destruction dans l'organisme.

Les paralysies combinées, dans ces cas d'encéphalopathie ou de myélopathie, avec les accidents convulsifs ou délirants, occupent rarement les deux membres supérieurs ; leur type le plus commun est l'hémiplégie ou la paraplégie. Elles sont le plus ordinairement compliquées d'un certain degré de contracture spasmodique et accompagnées d'anesthésie.

Dans tous les cas de cette catégorie, les troubles cérébro-spinaux relèguent en quelque sorte les phénomènes paralytiques au second plan et au rang de symptômes accessoires.

Après les myélo-encéphalopathies, telles que celles de l'alcoolisme, du saturnisme ou du lathyrisme, se manifestant par des phénomènes complexes au milieu desquels prennent place des paralysies diverses, différant de celles que l'on appelle dans le langage courant " paralysies toxiques ", M. Brissaud passe à d'autres paralysies, reconnaissant pour cause l'action des poisons de fabrication animale, en d'autres termes, des auto-intoxications, auxquelles les mêmes considérations sont applicables ; telles sont les paralysies précédant de l'ictère, du diabète ou de l'urémie. Ces paralysies, généralement fugitives, comme celles qui précèdent, se montrent aussi comme elles, toujours associées à des accidents plus ou moins complexes d'encéphalopathie et ne se rattachent que d'une façon indirecte au processus morbide primitif.

Le sujet principal de ce travail est l'exposé schématique des paralysies toxiques d'origine périphérique ou par névrites. C'est moins l'histoire particulière de chacune d'elles, que renferme ce second chapitre, que leur histoire générale ou la recherche de leurs caractères communs.

En vertu de quelle prédisposition individuelle ou de quelle susceptibilité organique les substances toxiques produisent-elles des lésions périphériques plutôt que des lésions centrales ? C'est ce qu'on ignore encore. On ne peut que constater, sans les expliquer, les relations de cause à effet.

Les paralysies toxiques périphériques ont chacune leur localisation propre, quels qu'aient été le mode et le lieu de pénétration du poison. Dans les cas de moyenne intensité ces paralysies se limitent à quelques groupes de muscles et toujours à des muscles des membres. Elles sont le plus souvent bilatérales, mais l'un des côtés (le côté droit d'habitude), est plus frappé que l'autre. En général, l'impuissance motrice se limite d'abord pendant un certain temps dans les muscles extenseurs

Cette localisation constitue même le premier et le plus constant caractère de ces paralysies. Leur début est brusque ou progressif. Elles ont une durée minimum de deux à trois semaines; quand elles la dépassent, l'atrophie s'ajoute à la perte de la contractilité.

Elles se généralisent quelquefois. Tantôt la généralisation est lente et s'effectue peu à peu, d'un groupe musculaire à un autre; tantôt au contraire, l'envahissement de tous les muscles se fait presque en même temps ou dans une très courte période.

C'est dans les formes localisées des paralysies toxiques que l'analyse méthodique de la contractilité électrique des muscles a fourni les indications les plus utiles.

Des troubles variés de la sensibilité précèdent souvent l'apparition des paralysies (perversions sensitives et même sensorielles, hyperesthésies, puis anesthésie, perversions intellectuelles et morales, etc.)

Enfin des lésions trophiques en sont assez souvent la conséquence.

Quant aux lésions nerveuses, elles sont caractérisées par des foyers de névrite disséminés, tantôt sur les branches intra-musculaires, tantôt sur les dernières ramifications cutanées; parfois par de véritables foyers de ramollissement ou de sclérose des gros troncs nerveux.

Tels sont, en raccourci, les caractères généraux communs des paralysies toxiques périphériques. Cette histoire synthétique est complétée par l'histoire de quelques cas particuliers, tels que ceux des paralysies alcooliques, arsenicales, saturnines, etc., dont l'analyse nous conduirait trop loin.

Un mot, pour terminer, sur l'un des points les plus intéressants de cette étude, celui qui est relatif à la pathogénie.

Pourquoi les substances toxiques exercent-elles dans certains cas leur influence nocive sur les nerfs périphériques plutôt que sur les centres? Quel est le mécanisme intime de cette action?

Voilà les deux grands problèmes pathogéniques qui se présentaient. Aucun d'eux n'est encore résolu. Un seul point paraît établi, c'est l'identité presque absolue de l'irritation produite par les substances toxiques et par les agents infectieux sur le tube nerveux. Les lésions microscopiques des névrites infectieuses résulteraient, suivant M. Brissaud, d'une action mécanique exercée par les microbes. Il en avait déjà fourni la preuve en exposant les principaux caractères de la maladie pyocyane; il en trouve une nouvelle confirmation dans l'histoire du bérubéri, cette endémie japonaise dont Scheube a démontré la nature microbienne et qui se présente avec les allures d'une paraplégie essentiellement analogue à celle de la paralysie alcoolique.

De cette identité des deux processus, M. Brissaud déduit la vraisemblance que les névrites multiples subaiguës de l'alcoolisme, du saturnisme, etc., reconnaissent pour cause une sorte d'action traumatique exercée par le poison sur les éléments nerveux, et analogue à l'action mécanique des microbes du bérubéri.

La pathogénie des symptômes est intéressante en ce qu'elle établit les relations des paralysies en question avec le processus de la névrite périaxiale.

M. Brissaud considère comme probable que la diminution ou l'abolition de la motilité sont proportionnelles à la compression du cylindre-axe par le bourgeonnement des noyaux dans la gaine de myéline, — phénomène analogue à celui que produit la ligature temporaire d'un



nerf. Le retour de la motilité s'expliquerait, dans ce cas, par la décroissance des phénomènes irritatifs et la décompression du cylindre-axe.

La paralysie est-elle plus grave et se complique-t-elle d'atrophie musculaire, cela tient à ce que l'irritation périaxiale a retenti sur le cylindre-axe lui-même et a entraîné sa dégénérescence. Mais il suffit qu'un petit nombre de tubes aient échappé à cette dégénération pour voir s'effectuer le retour de la motilité.

Les troubles de la sensibilité sont encore plus faciles à expliquer par la névrite périphérique que les troubles moteurs. Il sont la conséquence de l'interruption du courant dans les nerfs centripètes, par suite de l'irritation de leur cylindre-axe.

En résumé, la théorie de la névrite paraît à M. Brissaud plus satisfaisante que la théorie spinale ; elle a au moins, à ses yeux, l'avantage d'être étayée sur des données anatomiques incontestables.

Le chapitre relatif au traitement se résume en trois points ou trois indications générales : 1o la prophylaxie par la suppression, autant que cela est possible, des causes d'empoisonnement ; 2o l'élimination du poison par les stimulants de la circulation et des sécrétions cutanée et urinaire ; 3o la médication proprement dite, qui se réduit à peu près à l'emploi empirique de l'iodure de potassium et à l'application de l'électrisation, par les courants induits ou par les courants continus, et du massage par la méthode de Metzger. La chirurgie peut intervenir utilement par les sections tendineuses, dans les cas de pieds bots paralytiques de l'alcoolisme ou de l'arsenicisme, menaçant de passer à l'état de difformités permanentes sous l'influence de la rétraction musculaire ou de la formation d'adhérences dans les gaines tendineuses.—*Gazette des hôpitaux.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**De la rétention d'urine de cause traumatique.**—Clinique de M. le Dr. BOURSIER, à l'hôpital St-André (Bordeaux).—Vous venez de voir, à la salle 18, deux malades auprès desquels je vous ai arrêtés un instant, car, ils ont présenté tous deux, à la suite de traumatismes divers, un accident assez intéressant, la rétention d'urine. C'est de cette complication que je désire aujourd'hui vous entretenir. Laissez-moi tout d'abord vous rappeler en quelques mots l'histoire de ces malades.

L'un d'eux, couché au n° 23, âgé de cinquante-six ans, est atteint d'une fracture simple de la cuisse, pour laquelle nous avons appliqué, le jour de son entrée, un appareil à extension continue. Les choses étaient en bon état lorsque, dix jours après l'accident, le malade se plaignit de ne pouvoir uriner. Interrogé sur ses antécédents pathologiques, il a simplement accusé des symptômes de gravelle urique nettement caractérisés et qu'il éprouva à différentes reprises en 1868 et 1870. Depuis cette époque, le sable n'a pas reparu dans l'urine et la miction s'est toujours faite normalement. D'ailleurs le malade n'a jamais eu de blennorrhagie et l'exploration de son urèthre nous a permis de constater qu'il n'existait aucune espèce de rétrécissement. Le

toucher rectal nous révéla une légère hypertrophie de la prostate. Celle-ci ne s'étant annoncée par aucun trouble fonctionnel, il nous a fallu la rechercher pour la découvrir. Donc, jusqu'à ces derniers temps, la vessie s'était toujours vidée facilement et sans douleur. La rétention d'urine, qui éclatait ainsi dix jours après la production de la fracture du fémur et sans coïncider avec aucune lésion des voies urinaires, devait attirer notre attention. Elle disparut au bout de quatre jours, pendant lesquels l'on dut sonder matin et soir le malade avec une sonde molle de gros calibre. Le 21 mars, quatre jours après la cessation des accidents vésicaux, le malade éprouva des douleurs vives dans le foyer de sa fracture; aussitôt la rétention d'urine reparut et avec elle se montrèrent des phénomènes de cystite, douleurs sus-pubiennes, envies fréquentes d'uriner, ténésme vésical, etc. Cet état s'est accentué par la suite, et, au fond du vase destiné à recevoir ses urines, nous avons pu constater un dépôt abondant de muco-pus. L'urine, éprouvée par le papier de tournesol dès sa sortie de l'urèthre, accuse une réaction alcaline très manifeste. Peu à peu la cystite s'est amendée et, depuis cinq ou six jours, le malade ne souffre qu'au moment de la miction devenue moins fréquente. Aujourd'hui il se trouve beaucoup mieux et j'espère que d'ici peu la fonction urinaire s'exécutera chez lui normalement.

Au lit 14 de la même salle, vous avez vu un jeune homme de vingt-neuf ans, fort, ordinairement bien portant et dont les antécédents pathologiques se réduisent à une blennorrhagie légère, à un chancre mou suivi d'adénite suppurée, à des fièvres intermittentes. Toutes ces affections, contractées dans le jeune âge, ont disparu sans laisser de traces, et le malade nous est arrivé, au commencement du mois de février, pour une fistule anale sous-muqueuse, d'origine hémorrhédaire, dont le début remontait à deux ou trois mois. Les poumons ne présentaient aucun signe de tuberculose, l'état général était excellent. Le 15 février, j'opérai cette fistule au thermocautère et j'introduisis entre les lèvres de la plaie opératoire une mince couche d'ouate salicylée imbibée d'eau phéniquée à 25 %. Le lendemain matin, le malade, dont la température est normale, se plaint de n'avoir pu uriner depuis la veille au soir. Une sonde, introduite facilement jusqu'à la vessie, en retire une grande quantité d'urine limpide. A la suite de ce seul cathétérisme, la miction se fit sans difficulté dans la soirée et les deux jours suivants. C'est seulement le 19 au matin qu'à l'heure de la visite, le malade, ne pouvant uriner malgré un impérieux besoin, nous réclama de nouveau le cathétérisme; comme la première fois la sonde pénétra sans peine, évacua l'urine et fit disparaître définitivement les accidents qui n'ont pas reparu jusqu'à ce jour.

Voilà donc deux malades qui, à la suite de traumatisme, accidentel ou chirurgical, ont vu apparaître la rétention d'urine, qui a cédé assez rapidement à l'usage de la sonde.

Ces faits, assez étranges au premier abord, ne sont pas aussi rares que vous pourriez le croire et, tout récemment, mon collègue M. Gervais observait deux cas analogues dont je dois la relation à son interne, M. Vincent. Dans l'un de ces cas il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, cuisinière, de bonne santé habituelle, et qui est entrée le 1er février dernier à l'hôpital Saint-André pour un kyste en bissac de la face antérieure du poignet droit. La tumeur, enlevée sous le chloro-

forme le 4 février, était constituée par une poche remplie de liquide filant et ambré. Elle présentait des prolongements nombreux qui rendirent sa dissection assez laborieuse et firent durer l'opération trente-cinq à quarante minutes. Pas d'autres suites dignes d'être relatées, qu'une rétention d'urine survenue au bout de neuf jours et qui pendant trois jours obligea de sonder la malade matin et soir. A partir de ce moment, la miction reprit pour toujours ses caractères physiologiques.

Le second malade de M. Gervais est un homme de quarante-huit ans, apporté le 4 avril au soir à l'hôpital pour une fracture de jambe. Placé immédiatement dans un appareil de Scultet, le blessé se plaignit le lendemain de n'avoir pu uriner depuis le moment de sa chute. Une sonde de moyen calibre, introduite sans difficulté dans la vessie, ramène un litre d'urine chargée et foncée, mais ne fait découvrir aucun rétrécissement uréthral, aucune trace d'inflammation vésicale. Aujourd'hui, 6 avril, la rétention persiste encore et nécessite matin et soir le cathétérisme évacuateur. Chez ce malade, non plus que chez l'autre, on ne trouve aucun antécédent pathologique du côté des organes urinaires.

Vous le voyez, messieurs, chez ces quatre blessés, que leur blessure ait été accidentelle ou opératoire, nous retrouvons un phénomène facile à caractériser : la rétention d'urine. Le malade se plaint de ne pouvoir uriner, on le sonde facilement et l'on retire de la vessie une quantité plus ou moins abondante d'urine, dont l'évacuation fait cesser tous les symptômes de la distension vésicale. Ce simple fait vous empêchera de songer à l'anurie traumatique, puisque celle-ci consiste dans la suppression de la sécrétion urinaire et dans l'absence d'urine dans la vessie ; ces distinctions sont élémentaires, je passe. Mais s'il est très simple de voir que nous avons affaire à de la rétention d'urine, il devient plus malaisé de dire à quelle cause peut être rattaché cet accident chez nos malades. En effet, les causes ordinaires de la rétention font ici défaut, et, sans vouloir vous en faire une énumération détaillée, il m'est facile de vous montrer que ni la *paralyse*, lésion des centres nerveux, ni l'existence d'un *obstacle mécanique* ne peuvent être incriminés dans les cas que nous étudions.

Les rétentions paralytiques vraies s'observent chez les malades dont la vessie est frappée d'inertie sous l'influence de lésions dont la nature est très variable ; souvent il s'agit d'une altération profonde des centres nerveux (cerveau, moelle) développée spontanément ou après un traumatisme violent (fracture du crâne ou du rachis). On a aussi rapproché de ces paralysies par lésions nerveuses les paralysies vésicales qui surviennent dans les inflammations violentes, soit de la vessie elle-même, comme dans les cystites aiguës, soit des organes voisins, comme dans les lésions inflammatoires de l'abdomen et en particulier la péritonite aiguë. Nous pouvons aussi placer à côté de ces rétentions d'urine celles qui surviennent au courant des névroses, l'hystérie par exemple. Vous avez pu voir, d'après l'histoire de nos quatre malades, qu'aucune de ces causes ne peut être invoquée chez eux et que nous devons chercher une autre étiologie.

Trouverons-nous, en revanche, des lésions mécaniques suffisantes pour expliquer l'accident qui nous occupe ? Du côté de l'urètre, le cathétérisme n'a décelé l'existence d'aucun obstacle à l'écoulement de l'urine. L'introduction facile d'une sonde de gros calibre nous démontre qu'il ne pouvait y avoir ni rétrécissement fibreux ou congestif ni

compression extrinsèque du canal. Au reste, l'étude des antécédents et l'exploration locale nous permettaient d'écarter l'idée d'un épanchement de sang dans le périnée ou d'une fracture du bassin susceptible, par le déplacement de ses fragments, de dévier ou de comprimer l'urètre. Aucune tumeur pelvienne, aucune tumeur du rectum ne pouvaient non plus être mises en cause. La prostate, qu'il faut toujours explorer soigneusement en pareille circonstance, était légèrement hypertrophiée chez l'un de nos malades; mais cette hypertrophie, plus facile à découvrir par le toucher rectal que par le cathétérisme, n'opposait aucune difficulté à l'introduction de la sonde. Elle ne pouvait davantage empêcher l'évacuation de la vessie, et, pas plus que les causes précédemment passées en revue, elle ne saurait entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la rétention. Il nous faut, vous le voyez, exclure encore de la classe des rétentions d'ordre mécanique les faits que je vous ai rapportés.

Nos quatre malades sont des blessés ou des opérés, tous présentent un point de ressemblance qui domine leur histoire et a précédé le trouble de la fonction urinaire, et ce point, c'est le traumatisme: une fracture de cuisse et l'opération de la fistule anale, chez nos deux malades; une fracture de jambe et l'ablation d'un kyste du poignet, chez ceux de M. Gervais. Ces traumatismes suffisent-ils à expliquer la rétention d'urine et pouvons-nous dire qu'il s'agit ici de rétention d'urine de cause traumatique? Je n'hésite pas à répondre affirmativement. Cette opinion n'a rien d'ailleurs qui puisse blesser la tradition, un certain nombre d'auteurs ayant déjà décrit cette variété de rétention. Bien que son histoire soit encore incomplète, il existe sur le sujet des documents multiples que je crois de nature à vous intéresser. Permettez-moi de vous en donner un rapide aperçu.

C'est Hippocrate qui, le premier, a signalé la rétention d'urine à la suite d'un traumatisme, mais seulement dans les luxations ilio-pubiennes de la cuisse. Il l'expliquait par une compression du canal par la tête fémorale déplacée. Cette explication, que reproduisirent après lui la plupart des auteurs jusqu'à nos contemporains: Vidal, Follin, Malgaigne, etc., ne saurait être appliquée à tous les cas. Si l'on a observé, comme dans le fait de Paletta, la rétention d'urine chez un blessé dont la luxation n'avait pas été réduite, A. Cooper a cité un malade qui n'a vu survenir cette rétention que deux jours après la réduction de sa luxation. Des cas analogues ont été rapportés par Larrey, Travers, Roux, et expliqués, comme au temps d'Hippocrate, par le mécanisme de compression directe dont je vous parlais tout à l'heure, et cependant il est bien évident que le fait de A. Cooper échappe à cette interprétation.

Diard, dans une thèse sur les *accidents inflammatoires consécutifs aux opérations chirurgicales*, cite la rétention d'urine comme pouvant exister après les grandes opérations, mais surtout les opérations sur le périnée. Planque, soixante ans auparavant, avait observé la même complication à la suite d'un coup de feu à travers l'os iliaque, sans qu'il existât aucune lésion matérielle du côté du système urinaire. Basset, en 1860, relate, dans sa thèse inaugurale, des cas de rétention d'urine et d'ischurie consécutives à des opérations sur l'anus (hémorroïdes,

fistules, fissures) et à des chûtes sur le périnée. Ces faits, empruntés en grande partie à M. Panas, ont été notés depuis lors par tous les chirurgiens. Trois ans après, Brault rapportait le cas d'une vieille femme prise de rétention d'urine à la suite d'une kélotomie pratiquée par Michon, et Jardin signalait le même accident après deux amputations de cuisse pratiquées par Guyon et Verneuil. En 1866, Blondeau, dans un mémoire présenté à la Société de Médecine de Paris, étudiait la rétention d'urine existant chez les malades à qui l'on introduit une mèche dans le rectum. Tantôt la rétention est due à la compression de l'urèthre ou du col vésical par une mèche trop grosse; d'autres fois, la mèche étant trop peu volumineuse pour comprimer les voies urinaires, l'auteur invoque une irritation réflexe émanée du rectum et retentissant sur le muscle vésical pour produire une contracture du col de la vessie.

Tel était l'état de la question lorsque parurent deux thèses qui, résumant à quelques années de distance les connaissances acquises sur le sujet. L'une d'elles, soutenue en 1873 par Dartigues, est inspirée par le professeur Verneuil. Elle contient des observations de rétention d'urine survenue à la suite de traumatismes très variables, mais à peu près limités au tronc, des amputations du sein par exemple, et aux membres inférieurs. L'auteur y résume tous ces faits et cherche à les expliquer. Plus près de nous, un élève du professeur agrégé Peyrot consacre son travail inaugural à l'étude de faits analogues, mais encore plus généralisés. Dans cette thèse, l'auteur, M. Desvergnès, rassemble des cas de rétention d'urine consécutive à des traumatismes affectant indifféremment toutes les régions du corps, tronc, tête, membres supérieurs, etc. Il montre que cette complication peut survenir à la suite de lésions quelconques, frappant les parties les plus éloignées de la zone génitale. Si je vous signale encore quelques faits publiés par Nicaise et Sebeaux, je vous aurai à peu près fait connaître tout ce que renferme sur cette question la littérature médicale. Vous consulteriez vainement sur ce point vos livres classiques de chirurgie; les plus récents sont muets sur la rétention d'urine de cause traumatique. C'est là pourtant un accident qu'il importe de bien connaître et sur lequel je veux essayer de fixer vos esprits. Pour le bien étudier, il est nécessaire, à mon sens, de faire quelques distinctions et de considérer séparément plusieurs types cliniques qui résultent de l'examen attentif des faits. Nous pouvons envisager deux types bien distincts dont nous retrouvons des exemples chez les malades dont je vous ai rapporté l'histoire.

Le premier est celui du n° 14 que je vous ai montré atteint et opéré d'une fistule à l'anus; c'est aussi le cas de la malade opérée par M. Gervais pour un kyste au poignet. Chez l'un et l'autre vous ne trouverez aucun antécédent pathologique sérieux du côté des voies urinaires. La rétention apparaît subitement, sans douleur, peu de temps après le traumatisme opératoire. Le sujet éprouve une sensation de gêne au niveau de l'hypogastre, de distension dans le bas-ventre, et, malgré ses efforts, il ne peut arriver à évacuer l'urine accumulée dans sa vessie. Celle-ci forme au-dessus du pubis un globe volumineux facile à reconnaître par le palper. On sonde régulièrement le malade et la rétention disparaît au bout de quelques jours, pour ne plus revenir. C'est là la forme la plus simple.

Le deuxième type clinique est un peu plus compliqué. Ici, la réten-

tion s'annonce par des douleurs dont l'intensité peut varier, mais dont l'existence ne fait guère défaut. Ce sont des épreintes, du ténésme vésical, des sensations de pesanteur pénibles dans le périnée, de cuisson et de brûlure dans le canal ou dans les parties voisines. Tel est le cas d'une malade amputée du sein par M. Verneuil, citée par M. Dartigues, et qui fut prise d'une douleur vulvaire vive suivie d'impossibilité d'uriner. De plus, la rétention, qui était complète les premiers jours, se modifie peu à peu et devient quelque temps incomplète, pour cesser ensuite entièrement. La douleur ne disparaît pas aussi vite, elle est réveillée à chaque cathétérisme et l'urine ramenée par la sonde est épaisse, chargée de pus; tous phénomènes qui trahissent l'existence d'une cystite indéniable. C'est ce que nous trouverons chez deux malades de M. Peyrot, c'est aussi ce que vous avez constaté chez notre n° 23, atteint de fracture de cuisse. Ici, la rétention ne cède pas aussi facilement au cathétérisme évacuateur, elle a une tendance à s'éterniser et à reparaitre encore quand elle a une première fois disparu. Cette seconde forme de rétention d'urine s'observe chez les sujets dont l'urètre ou la vessie ont une tare pathologique, chez ceux qui ont, suivant l'expression de mon maître, le professeur Guyon, un passé urinaire; chez le blessé que je vous citais tout à l'heure, nous avons constaté une hypertrophie prostatique, peu marquée sans doute, mais qui n'en constitue pas moins dans l'espèce une lésion d'une réelle importance. Dans ces cas, le tableau clinique revêt une allure tout autre que chez les malades vierges d'antécédents urinaires. Ces différences, nos observations en font foi, légitimement suffisamment, il me semble, les deux types distincts que j'ai cru devoir établir. (A suivre.)—J. de méd. de Bordeaux

**Traitement des fractures de cuisse; procédé nouveau, par M. TILLAUX.**—Un vieillard âgé de 72 ans est entré dans mon service le 27 mars dernier, avec une cuisse fracturée; on lui a mis un appareil le 29, et aujourd'hui, 3 mai, c'est-à-dire au bout de 34 jours, il a pu soulever son talon à une hauteur de 15 centimètres. Ce résultat vraiment incroyable est dû à un appareil dont je me sers depuis quelques années et qui est appelé à transformer le traitement des fractures du fémur.

Les fractures de cuisse *étaient* celles qui donnaient le plus de peine à guérir. Le fémur est entouré par une masse considérable de muscles qui, en se contractant, font glisser les fragments l'un sur l'autre; c'est à la partie interne de la cuisse que se trouve le groupe des adducteurs, qui, attirant les fragments à eux, ne tardent pas à les faire chevaucher. Les fractures de cuisse étaient la terreur des services.

L'idée est venue aux chirurgiens de ce siècle d'exercer sur les deux extrémités de la fracture une traction en sens inverse; en un mot, ils pensaient qu'en faisant de l'extension continue ils arriveraient peut-être à s'opposer au chevauchement. De là les appareils de Desault, de Boyer et plus tard de M. Hennequin.

Ces appareils remplirent-ils complètement le but qu'on se proposait? M. Gosselin répond à cette question dans le premier volume de ses cliniques (1876), où il traite des fractures du col du fémur: " Telles sont, dit-il, les raisons qui ont empêché et empêchent encore d'adopter les appareils à extension continue qui existent actuellement."

Quelles sont ces raisons?

1. M. Gosselin leur reproche de déterminer une douleur tellement

intense que le malade ne peut supporter longtemps l'extension continue, et qu'on est obligé de lui ôter l'appareil de temps à autre pour calmer un peu ses douleurs.—On comprend que, dans ces conditions, le raccourcissement se produit tout autant qu'avec un simple appareil à contention.—Alors à quoi sert d'avoir fait souffrir le malade ?

2. Pour faire la contre-extension à l'aide de ces appareils, on prend un point d'appui dans l'aîne (Desault, Boyer), sous l'aisselle (procédé américain), sur les os du bassin (Hennequin); or, dans bien des cas, ces pressions ont déterminé des escharres.

Je crois avoir évité tous ces désagréments et répondu aux objections de M. Gosselin avec le dispositif que je vais décrire et dont j'ai commencé l'application à Beaujon.

Si l'on fait agir l'extension, non sur un point quelconque du membre, mais sur toute sa surface au-dessous du point fracturé, non-seulement on ne provoque aucune douleur, mais le plus souvent on soulage presque immédiatement le malade.

Quant à la contre-extension, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à un dispositif fatiguant et douloureux: on peut la réaliser très facilement en faisant prendre au corps une attitude telle que, un poids de 3 kilog. ayant été suspendu à l'extrémité inférieure de la jambe, la tête soit un centimètre plus bas que les pieds. Là encore on ne provoque aucune douleur; la gêne qui résulte de l'attitude du corps dure à peine quelques jours, et le malade finit par s'habituer à cette position.

Ce dispositif est-il facile à appliquer? Rien n'est plus simple, et c'est un grand argument en sa faveur. L'appareil de M. Hennequin est bon, mais est trop compliqué; pour s'en servir et lui faire rendre tous les services qu'il doit rendre, il faut être M. Hennequin lui-même; de plus, on ne l'a pas en province.

Pour moi, voici ce qu'il suffit de faire: Il faut, autant que possible, que le malade soit sur un lit de fer, assez résistant, que le sommier n'oscille pas et que les matelas soient assez durs. On prend du diachylon coupé en longues bandelettes larges de 6 à 7 centimètres. On applique la première bandelette le long de la jambe, on la fait passer sous le talon en laissant un certain espace, et on la fait remonter jusqu'au point du côté opposé de la jambe, correspondant à celui d'où elle est partie. On applique alors trois bandes circulaires, l'une entre le point fracturé et le genou, l'autre au-dessous du genou, la troisième au-dessus du jarret. On fait deux tours de ces bandes et on replace une autre bandelette longitudinale à côté de la première, puis on fait encore deux tours des bandes circulaires. On place ainsi jusqu'à cinq bandes longitudinales, en ayant toujours soin de laisser un espace sous le talon.

Au bout de quelques minutes, quand le diachylon est sec, on suspend, à l'aide d'une corde, à la partie de la bande restée libre à la plante du pied, un poids de 3 kilogr.

On soulève les pieds du lit, de manière que la tête soit un peu plus bas que les pieds. À l'aide d'une planchette placée au pied du lit, on tend la corde de façon que le talon soit légèrement soulevé, ce qui délivre le malade de la souffrance que produirait au bout d'un certain temps le frottement de son talon sur le drap.

L'opération est terminée, on n'a plus qu'à laisser le malade en repos. On voit que c'est d'une simplicité enfantine. Serait-ce au fond d'un

bois, si on a avec soi des bandes de diachylon, on peut appliquer immédiatement le meilleur des appareils à fractures de cuisse.

Je dis le meilleur, car les résultats qu'il m'a donnés jusqu'à ce jour sont véritablement extraordinaires. "Je fais lever le malade le *quatre-vingtième jour*, dit M. Gosselin, et plus souvent le *quatre-vingt-dixième*; et malheureusement, les fragments se disjoignent quelquefois, et le malade on a encore pour trois mois à rester au lit."

Ici, avec mon dispositif, j'ai vu des malades lever la jambe le vingt-deuxième jour et partir pour Vincennes le quarante-cinquième.

Quant au raccourcissement, on peut dire qu'il est réduit au minimum, *quelquefois même il n'existe pas*; quand il existe, il n'a jamais dépassé  $2\frac{1}{2}$  centimètres, résultat qui était considéré comme le plus favorable quand on était réduit aux anciens appareils.—*Tribune méd.*

**Fréquence, étiologie, symptomatologie, durée et siège du chancre simple.**—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital St-Louis. Je vous ai fait, vendredi dernier, l'étude expérimentale du chancre simple; aujourd'hui, nous allons nous occuper du chancre simple au point de vue clinique. Un mot d'abord sur sa fréquence. Le chancre simple est commun en certaines années et rare dans d'autres. Ainsi, voici ce que nous avons vu à Paris. De fréquence moyenne avant 1870, le chancre simple est devenu d'une fréquence extrême à partir de cette époque. Pendant 1876 et 1877, cette affection, qui était une rareté, reprit aussitôt après l'exposition de 1878, ce que j'avais prévu, un accroissement considérable. Depuis lors, le nombre des sujets atteints s'est un peu abaissé. A quoi tient donc cette ascension numérique à certaines époques? Sans entrer dans les détails, aux deux causes suivantes: à l'importation étrangère et au relâchement de la surveillance sanitaire.

Un deuxième point, très curieux à relever, c'est la fréquence inégale du chancre simple dans les différentes classes de la société. Ainsi, règle absolue, tandis qu'on le rencontre souvent dans les basses, il est très rare dans les classes riches. A ce point de vue, il est un contraste frappant à établir entre le chancre simple et le chancre syphilitique. La syphilis attaque les sommets les plus élevés de l'aristocratie, puisque l'histoire nous apprend que la garde qui veille aux portes du Louvre n'en défend pas les rois. Eh bien! de cela, la raison est très simple. La syphilis se transmet par deux accidents bénins ou mêmes ignorés, tandis que le chancre simple, au contraire, est une grosse maladie qui ne passe pas inaperçue. Si donc, à ce moment, une femme se livre, c'est qu'elle a besoin d'argent pour manger le lendemain; aussi le chancre simple est-il transmis, le plus habituellement, par les prostituées de bas étage à ceux qui tout naturellement les fréquentent. Au contraire, qu'un chancre simple vienne à tomber sur une femme du monde, cette femme, qui peut attendre quinze jours ou trois semaines, ne se donnera que lorsqu'elle sera guérie.

Cela dit sur la fréquence, abordons le chapitre étiologique. Tout se réduit aux quatre propositions suivantes:

- 1o Le chancre simple n'est pas une affection spontanée.
- 2o Il dérive d'une contagion.
- 3o La contagion se transmet exclusivement par le contact. Vous voyez qu'à ce point de vue il y a une grande différence entre cette affection et les autres maladies, telles que la rougeole, la scarlatine...



40 Tout contact possible peut servir d'intermédiaire à la contagion.— Or, de ces différents modes de contagion, quel est le plus commun ? 98 ou 99 fois sur 100 le chancre simple résulte du commerce vénérien. A ce point de vue, remarquez quelle différence il y a entre le chancre simple et la syphilis qui, en beaucoup de cas, n'est pas vénérienne, témoin la syphilis par allaitement ou bien encore la syphilis vaccinale. Mais il ne faut pas croire que le rapprochement des deux sexes soit seul à produire ce chancre ; il faut savoir que tout contact suffit. C'est ainsi que les malades atteints de chancre simple se transmettent aux doigts, alors qu'ils y ont des érosions, un chancre simple, c'est ainsi que des médecins se sont plusieurs fois inoculés des chancres simples aux doigts en pansant leurs malades ; Ricord, par exemple, s'est inoculé deux fois un chancre aux doigts : une première fois, il y a de longes années, au pouce, et une seconde fois, en 1872, au médius, en opérant un malade du paraphimosis. Il y a plus ; cette contagion n'a même pas besoin d'un substratum vivant, elle peut se faire par un objet, une lancette, un bistouri, de la charpie.

Cela dit, abordons la question des symptômes. Tout d'abord, quand le chancre apparaît-il à la suite d'une contagion ? C'est là une question qui est résolue différemment par les statistiques. A mon avis, pour faire cette statistique, on ne doit prendre que les malades de la ville, car ceux qui fréquentent les hôpitaux ne s'aperçoivent de leur chancre que lorsqu'ils ne peuvent plus le tolérer. Eh ! bien, que démontrent les statistiques faites en ville ? Le fait suivant : c'est que le chancre simple se présente immédiatement après la contagion, c'est-à-dire le deuxième, le troisième, le quatrième ou le cinquième jour.

Voilà le chancre simple qui naît ; maintenant quel est-il cliniquement ? Exactement le pendant du chancre d'inoculation. Ce que vous voyez est ceci : une lésion ulcéreuse, presque aussi creuse que large, arrondie, à bords bien nets et bien découpés, et à fond jaune. Qu'arrive-t-il au delà ? Ce chancre devient rapidement extensif. En trois ou quatre jours il atteint les dimensions d'une lentille, au bout de dix jours celles d'une pièce de cinquante centimes, quelquefois celles d'une pièce d'un franc et rarement de cinq francs. Et maintenant, à ce moment, voyons quels en sont les caractères. Ils se résument à six.

Forme.— En général, le chancre est arrondi ou orbiculaire, et quelquefois elliptique ou ovale.

Apparence objective.— Cette lésion ressemble à une ulcération. Quelle opposition avec le chancre syphilitique qui, lui, neuf fois sur dix, au lieu d'être un trou dans la peau, se borne à effleurer les téguments.

Bords.— Ils sont toujours nettement découpés et taillés à pic. Quelle opposition encore avec la lésion primordiale de la syphilis qui, elle, est une érosion plate.

Fond.— C'est toujours une surface inégale, irrégulière, déchiquetée, alvéolaire, comme l'a dit Ricord, tandis que celui du chancre syphilitique est tellement lisse qu'il est comme vernissé.

Couleur.— Habituellement c'est le jaune qui prédomine.

Base.— Elle est souple, molle et, en un mot, celle de toute plaie qui n'est pas engorgée.

Voilà les six grands caractères d'objectivité ; ajoutons-y immédiatement un septième qui appartient à l'ensemble des chancres, c'est la

multiplicité habituelle des lésions. Tandis qu'à l'hôpital, vous ne verrez guère de chancre unique, dans votre clientèle de la ville, au contraire, vous en rencontrerez souvent de solitaires. Mais, quel est le maximum de cette multiplicité? Tout est possible depuis deux jusqu'à 100 et même 120. Toutefois, dans la pratique courante, ce sont les nombres 3, 4, 5 ou 6 qui prédominent.

Cela dit, instituons un peu de critique, et voyons s'il y a quelque chose de pathognomonique qui appartienne au chancre simple. Est-ce la forme orbiculaire? Pas du tout. Est-ce l'état creux? Non. Sont-ce les bords à pic? Pas davantage, puisqu'on les rencontre dans d'autres ulcérations. Est-ce l'aspect alvéolaire du fond ou bien encore la souplesse de la base? Non plus. Est-ce enfin la multiplication des lésions? Pas le moins du monde. Si bien, au total, que nous n'avons pour faire le diagnostic que ces caractères réunis. Néanmoins, puisque nous n'avons pas trouvé dans la clinique ce signe pathognomonique à la recherche duquel nous sommes toujours, demandons-nous s'il n'y en aurait pas un ailleurs. Eh bien, oui, il en existe un. Où donc? Dans la méthode expérimentale. Inoculez, en effet, du pus chancereux, et vous verrez apparaître un autre chancre. Y a-t-il une maladie quelconque qui produise un résultat semblable? Non; aussi, comme l'a si bien dit Ricord, le chancre n'est ni dans sa forme, ni dans son fond, mais dans le pus qu'il sécrète.

Jusqu'ici, nous avons étudié le chancre à la période d'état; occupons-nous de voir ce qu'il devient ensuite. Il reste stationnaire pendant quelque temps, puis, au delà, il entre dans la période de réparation qui se traduit par deux caractères:

- 1o Le chancre se déterge, perd sa teinte jaune pour devenir rouge;
- 2o Il s'exhausse, se met au niveau des parties voisines et quelquefois même devient légèrement papuleux, puis se cicatrise.

Quelle est la durée d'un chancre? 6 à 8 semaines en moyenne; quelquefois, avec un bon traitement, 5 semaines; enfin, quand la maladie est mal soignée, plusieurs mois et même des années.

Terminons par la question du siège. Tous les statisticiens sont d'accord sur quatre points: en premier lieu, le chancre simple, dans l'immense majorité des cas, siège aux organes génitaux. Chez l'homme, par ordre de fréquence, les organes atteints sont le prépuce, la rainure du gland, le fourreau, le méat, l'intérieur de l'urèthre, le scrotum. Chez la femme, ce sont: la fossette naviculaire, les grandes lèvres, les petites lèvres, le col utérin, et enfin, sur la même ligne, le clitoris, le vestibule, le vagin et l'urèthre. Au deuxième rang viennent se placer les chancres péri-génitaux, c'est-à-dire ceux qui occupent le périnée, le pubis, la partie supérieure et interne des cuisses, les plis génito-cruraux. Prennent, comme troisième place, les chancres de l'anus, plus fréquents chez la femme que chez l'homme pour deux raisons: la première, vous la concevez facilement; la seconde, c'est que ces chancres peuvent être consécutifs à des chancres de la vulve dont le pus a coagulé sur l'anus. Enfin, au quatrième rang, se placent les chancres de tout siège qui sont très rares. Ici, laissez-moi attirer votre attention sur une dernière particularité qui concerne les chancres de la face. Ils sont tellement rares qu'à une certaine époque, on les a niés. Pourquoi en est-il ainsi? C'est, en premier lieu, parce que la femme ne se livre jamais complètement de peur qu'on ne les aperçoive; c'est, en deuxième lieu, que la

face est un mauvais terrain. Comment donc savez-vous cela ? Par les expériences de médecins assez hardis pour inoculer des chancre à la face. Qu'a-t-on vu alors ? Le chancre a pris, il est vrai, mais il a végété, est resté toujours malingre, et s'est éteint rapidement, même sans traitement. Donc, si les chancres de la face sont rares, cela peut tenir : d'abord à ce que la contagion prend très rarement à la face, et ensuite parce que le chancre végété de telle sorte que les malades ne viennent pas consulter le médecin, pour une lésion qui ne les inquiète pas.—*Praticien.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Suppression de la douleur dans les accouchements.** — M. JEANNEL, de Montpellier, a fait des recherches dans le but de confirmer celles de MM. Doléris et Dubois sur les applications locales de cocaïne pour supprimer la douleur de l'accouchement.

Au moyen d'une solution contenant de l'eau, de la glycérine et du chlorhydrate de cocaïne à 4/00, avec laquelle ils avaient badigeonné le col utérin, les culs-de-sac vaginaux, la vulve et toute l'étendue des parois vaginales, ils sont arrivés à supprimer la douleur, qui est due successivement aux contractions du muscle utérin, à la déchirure du col et enfin à la dilatation forcée de l'orifice vulvaire. Non seulement toute souffrance disparaît ainsi, mais encore, fait important, l'accouchement n'est en rien troublé dans son mécanisme normal, ni dans le temps normalement nécessaire à son accomplissement. Le muscle se contracte avec autant de vigueur, et les réflexes, qui ont leur point de départ dans la muqueuse du corps et du col de l'utérus et du vagin, ne sont nullement amoindris; seul l'élément douleur est supprimé.

“Les expériences ont porté sur huit femmes. Dans six cas, le résultat a été très net. Les primipares chez lesquelles la dilatation du col déterminait des souffrances considérables, au point que la femme poussait des cris continuels, au moment des contractions, ont été subitement calmées après une ou deux minutes de badigeonnage du col avec la cocaïne. Chez d'autres, arrivées à la période d'expulsion, et que la douleur immobilisait à chaque contraction de l'utérus, la souffrance a été diminuée au point que, selon leur dire, elles ne souffraient plus que dans le bas-ventre et ne redoutaient plus de pousser à la volonté de celui qui les assistait. Ces résultats ont paru si nets, et tellement évidents, qu'il n'y a aucun doute à conserver sur l'action analgésique du médicament.”

**Conclusions.** — Toutes les conclusions auxquelles M. Doléris est arrivé se sont trouvées absolument confirmées par les observations de M. JEANNEL.

Il ne faut pas croire en effet, comme paraît le supposer M. Frankel que les douleurs ressenties par les femmes, pendant l'accouchement soient quelque chose de simple; bien au contraire, ces douleurs sont la résultante d'une série d'éléments douloureux dont le point de départ est parfaitement différent.

En effet, M. Doléris a essayé de dissocier ces phénomènes, dont l'ensemble constitue les douleurs de l'accouchement, et d'établir quels sont ceux qui sont atteints par la cocaïne.

a. Il y a d'abord la douleur de la contraction utérine, analogue à tout effort accompli par un organe musculaire à fibres lisses, luttant contre un obstacle matériel. On ne peut rien contre cette sensation ; mais l'expérimentation démontre qu'elle n'a rien d'excessif. Elle doit même être insignifiante si l'on s'en rapporte : 1<sup>o</sup> aux contractions indolores de la grossesse ; 2<sup>o</sup> au peu de souffrance qui persiste après l'analgésie. La distension du segment inférieur de l'utérus est peut-être la véritable cause de la douleur ressentie pendant les contractions.

b. Il y a ensuite la douleur qui résulte de la distension, du tiraillement des nerfs des portions sus-vaginale et intra-vaginale du col et de ceux du vagin. Par des badigeonnages analgésiques répétés, portant sur les régions mises à découvert, au fur et à mesure de la dilatation, on l'atténue d'une façon remarquable.

c. Il y a en troisième lieu la douleur vive, profonde, due à la compression des troncs nerveux du bassin, contre laquelle nous ne pouvons rien.

d. Il y a ensuite la douleur ressentie par les muqueuses ; on la supprime.

e. Enfin, la douleur de l'expulsion à la vulve, parfois atroce ; on la supprime également.

L'auteur ajoute " que les femmes, qu'il a observées avec une attention scrupuleuse, ont toujours accusé une diminution étonnante ou la cessation complète des impressions douloureuses, dont elles rapportent d'ordinaire le siège au bassin et aux parties génitales. Beaucoup d'entre elles n'éprouvaient plus que des sensations vagues dans le bas-ventre et continuaient à accuser des douleurs dans les reins ; toutefois le changement opéré par l'application du médicament était vraiment singulier et surprenant. Quant à la période d'expulsion, elle est à peu près indolore, et ce résultat tend à se confirmer de plus en plus. M. Doléris n'a expérimenté que chez des primipares, et il pense que déjà on peut augurer d'un résultat nouveau en ce qui touche la marche de l'accouchement : l'expulsion est très rapide."

Telles sont les conclusions de M. Doléris que les observations de M. JEANNEL confirment complètement. Les résultats de Paris sont identiques à ceux de Montpellier, et il est peu commun en physiologie d'arriver à une pareille concordance.

Avant de terminer, je dois dire un mot du *manuel opératoire*, qui est du reste fort simple.

Le chlorhydrate de cocaïne doit être employé en solution aqueuse et non en pommade, car dans ce dernier cas les résultats sont moins nets.

La meilleure solution est une solution au 20<sup>e</sup>, c'est-à-dire à 5 0/0. On a constaté que les solutions plus concentrées ne produisaient pas des effets plus avantageux, et que des solutions à un titre inférieur, 3 0/0, par exemple, étaient souvent infidèles.

À la première période de l'accouchement, on peut se servir d'un spéculum à travers lequel on badigeonne le col de l'utérus, les culs-de-sac vaginaux et les parois du vagin au moyen d'un pinceau ou même d'un tampon de ouate préalablement trempé dans une solution et qu'on laisse ensuite à demeurer.

À la seconde période, le spéculum est inutile ; on introduit le tampon directement, en ayant soin de le mettre en contact avec toute la muqueuse du vagin et de la vulve.

Il va sans dire que cette opération doit être faite à plusieurs reprises, jusqu'à ce que l'insensibilité soit obtenue ; car il faut tenir compte de la sécrétion abondante de mucus qui a lieu à ce moment et qui gêne un peu l'absorption en entraînant le liquide analgésiant.

Enfin cet amendement de douleur, pendant l'accouchement, n'est pas le seul bénéfice que l'on doit retirer de la cocaïne en obstétrique. Elle est encore très utile dans certains phénomènes accidentels ou qui suivent l'acte de la parturition.—*Paris médical.*

**Version et extraction du fœtus ; faut-il séparer temporairement ces deux opérations ?**—M. le Dr Fraipont trouve, dans une communication à la Société Gynécologique de Berlin, la réponse à cette question, du Dr WINTER, basée sur un chiffre de 310 cas de présentations transversales. Il conclut :

1<sup>o</sup> L'opinion qu'il faut séparer toujours la version et l'extraction repose sur l'idée fausse que la présentation des pieds produite artificiellement (par la version) offre le même pronostic que cette présentation quand elle est spontanée.

2<sup>o</sup> La thérapeutique employée généralement, et qui consiste à faire la version aussi vite que possible après l'écoulement des eaux, repose sur la crainte que l'on a de voir mourir le fœtus dans l'utérus et particulièrement sur le fait que plus on attend, plus la version est difficile.

3<sup>o</sup> Ce n'est pas seulement l'écoulement prématuré des eaux qui entraîne la mort du fœtus, mais aussi et surtout le tympanisme utérin, les contractions trop fortes, ou le tétanos de la matrice.

4<sup>o</sup> La version ne peut pas être rendue plus difficile, si on attend la dilatation du col. Les difficultés venant de la distension trop forte du segment inférieur de l'utérus, avec une présentation transversale prolongée, ne se manifestent que dans la période d'expulsion. La contraction passive de l'utérus ne rend pas la version difficile. Le tétanos utérin est une circonstance spécifique, pathologique, produite mécaniquement ou chimiquement, que l'on doit toujours éviter.

5<sup>o</sup> Dans les cas normaux, les enfants supportent facilement la version suivie de l'extraction immédiate.

6<sup>o</sup> Attendre après avoir fait la version à temps est très dangereux pour l'enfant : les enfants, en partie, meurent dans la matrice, ou bien, ils ne peuvent être sauvés parfois que par une extraction faite avec rapidité.

7<sup>o</sup> Les causes de la mort des enfants pendant la version sont les blessures du cordon ombilical, les décollements placentaires ou l'entrée de l'air dans l'utérus.

• 8<sup>o</sup> Lorsque la poche des eaux est intacte, mais aussi lorsqu'elle est déjà rompue, la version ne doit être faite que si l'extraction immédiate après est impossible.

9<sup>o</sup> Il n'y a que des indications tout à fait spéciales (placenta prævia, prolapsus du cordon ombilical, infection commençante, menace d'asphyxie intra-utérine de l'enfant, distension exagérée du segment inférieur de la matrice, faiblesse des contractions utérines) qui exigent une version hâtive (c'est-à-dire avant l'ouverture complète du col) et seulement alors dans l'intérêt de la mère.

10<sup>o</sup> Dans la version céphalique, les règles restent les mêmes *mutatis mutandis* que dans la version podalique.—*Ann. Médico-Chir. de Liège.*

**De l'emploi des injections d'eau chaude en gynécologie**, par le Dr BUDIN.—Il y a quelques années, une dame russe arrivait de Kreuznach à Paris. Elle avait des hémorrhagies utérines très abondantes, dues à la présence de fibromes. Un de nos confrères, mort depuis, fut chargé de lui donner des soins. Aucun des moyens ordinaires ne pouvant arrêter l'écoulement sanguin, le médecin eut recours à un procédé qui a toujours été mis en usage, avec succès, par le beau-frère de la patiente, un des professeurs les plus distingués de l'académie de Saint-Pétersbourg : il consistait à introduire dans l'utérus un bâtonnet recouvert de fil de coton et trempé dans une solution de perchlorure de fer ou dans la teinture d'iode. L'hémorrhagie s'arrêtait, et un fil attaché au bâtonnet permettait à la malade de l'enlever au bout de deux ou trois heures ; mais chaque nuit l'écoulement sanguin reparaisait très abondant et on courait chez le médecin qui venait placer un nouveau bâtonnet. Dérangé cinq nuits de suite, il finit par se récuser en déclarant qu'il ne s'occupait pas spécialement de gynécologie.

Nous nous étions trouvé en relation à Saint-Pétersbourg avec le professeur parent de la malade ; on vint nous prier de la voir et de ne pas l'abandonner ; à quatre heures de l'après-midi, l'introduction d'un bâtonnet arrêta un écoulement sanguin abondant ; malgré cela, et malgré l'emploi de préparations de seigle ergoté, à trois heures du matin on accourut en toute hâte chez nous ; une nouvelle hémorrhagie était survenue, elle céda à l'emploi du même moyen. On comprendra l'effroi de la pauvre femme qui, très affaiblie, craignait à chaque instant l'apparition d'une hémorrhagie grave. Elle désirait vivement rentrer chez elle, et un médecin avait été demandé par dépêche pour l'accompagner en Russie ; mais ce voyage serait-il possible ?

Nous résolûmes d'avoir recours aux injections vaginales très chaudes, entre 45 et 50° centigrades. La température devait être élevée progressivement par l'addition d'une nouvelle quantité de liquide et l'injection devait être continuée pendant cinq ou six minutes. Une grande bouillote était maintenue sur le feu en permanence, dans une pièce voisine, afin qu'on pût avoir l'eau nécessaire, quelle que fut l'heure. La nuit suivante nous ne fûmes pas dérangés, le moyen avait fait merveille ; on le continua, et dès qu'une hémorrhagie se reproduisit, elle était facilement arrêtée. La malade reprit des forces, et au bout d'une dizaine de jours, accompagnée par le médecin qui était venu la chercher, elle partit couchée dans un wagon-salon et complètement rassurée, car elle avait avec elle un appareil capable de lui donner à tout moment l'eau chaude nécessaire. Elle arriva sans encombre à Saint-Pétersbourg.

Peu de temps après, un de nos confrères, le Dr Kéval nous demanda de voir avec lui une blanchisseuse des environs de Louvre, âgée de près de cinquante ans. Elle avait des hémorrhagies de la ménopause que rien ne pouvait arrêter.

Le Dr Kéval avait tout essayé ; tout avait échoué, l'anémie était extrême. Dès que la malade essayait de s'asseoir sur son lit, elle avait des menaces de syncope, et chaque fois que l'écoulement sanguin reparaisait, son entourage craignait de la voir succomber. Le toucher vaginal, combiné avec le palper abdominal, montra que l'utérus n'était pas augmenté de volume ; il n'existait aucune ulcération. On eut recours aux injections vaginales d'eau aussi chaude que possible. Les hémorrhagies furent totalement arrêtées ; deux semaines plus tard, nous revîmes

la malade qui avait repris beaucoup de forces, et qui surtout n'avait plus aucune inquiétude, assurée qu'elle était de pouvoir faire cesser l'écoulement sanguin s'il se reproduisait.

Une de nos clientes, atteinte de fibromes utérins, perdait, au moment de ses règles, une énorme quantité de sang. Depuis quinze jours elle était au lit, et les pertes, malgré tous les moyens employés, ne diminuaient pas. Elle s'affaiblissait et commençait à avoir des craintes; nous lui conseillâmes les injections vaginales d'eau très chaude. A peine étions-nous parti que plusieurs personnes de sa famille arrivèrent: imbues des préjugés généralement répandus, elles protestèrent contre notre prescription; nous aurions conseillé l'eau froide, très bien, mais l'eau chaude!... C'était vouloir déterminer une hémorrhagie peut-être mortelle. La malade les laissa dire: une première injection diminua considérablement l'écoulement sanguin; une seconde, faite le lendemain matin, en détermina la cessation complète. Au bout de quelques jours, les forces étaient revenues et la patiente reprenait peu à peu sa vie ordinaire. Pendant une année, nous ne la revîmes plus, elle prenait d'une façon intermittente du sirop d'ergotinine. Quand elle revint nous voir, elle nous raconta en riant que nous lui avions donné un très bon moyen de se passer de nos conseils: lorsque ses règles duraient depuis huit à dix jours et continuaient à être très abondantes, elle les arrêtait en employant des injections d'eau très chaude. A l'examen local, nous constatâmes que les fibromes avaient beaucoup diminué de volume.

Nous n'en finirions pas si nous voulions rapporter tous les cas dans lesquels les injections vaginales d'eau chaude employées, soit seules, soit le plus souvent comme moyen adjuvant, nous ont rendu de grands services en gynécologie. Dans les métrites, elles amènent la disparition de la douleur et des hémorrhagies; dans les inflammations du tissu cellulaire péri-utérin, alors qu'il n'y a encore qu'une sorte d'infiltration œdémateuse, elles font disparaître la sensibilité et la congestion. Dans certains cas de rétroversion où l'utérus est fixé en arrière, elles nous ont paru aider beaucoup à l'assouplissement des adhérences et faciliter ainsi les tentatives de réduction de l'organe.

Les injections vaginales d'eau chaude doivent être faites le soir, lorsque les malades viennent de se coucher, et le matin, une heure ou deux avant qu'elles quittent le lit. La femme est donc étendue sur le dos, les cuisses relevées, et un bassin assez grand pour contenir une certaine quantité de liquide est glissé sous le siège. L'injection est faite par une aide, avec beaucoup de douceur, car il faut éviter que le jet produise un choc sur le fond du vagin ou sur le col de l'utérus; l'injecteur à poire en caoutchouc doit être préféré à l'irrigateur. La durée de l'opération est de six à huit minutes, et au fur et à mesure que l'eau se refroidit, on en ajoute une nouvelle quantité dans le bassin. La température du liquide varie suivant les indications: tantôt une température de 40° suffit, tantôt au contraire, dans les cas d'hémorrhagie, par exemple, il est nécessaire d'employer un liquide aussi chaud que la malade peut le supporter et on élève progressivement la température à 45, 48 et 50°. Emmet a remarqué que certaines femmes ne supportaient pas d'emblée les injections d'eau chaude; cependant, si on commence chez elles, par une température plus basse (38° centigrades environ), on peut, au bout d'une semaine ou deux, élever graduellement la température.

Les injections d'eau chaude sont également utilisées en obstétrique.

Pour M. Pinard, employées pendant le travail, elles activent d'une façon notable la dilatation de l'orifice utérin, abrègent non-seulement la première période de l'accouchement, la plus longue et la plus pénible pour la femme, mais aussi la période d'expulsion et celle de la délivrance.

Elles aident à arrêter certaines hémorragies après l'accouchement, celles qui ont leur source, par exemple, dans une déchirure des parois du vagin ou dans une lésion étendue du col. Un matin, en arrivant à la Charité, nous trouvâmes une femme chez laquelle l'accouchement et la délivrance venaient de se terminer; elle perdait une notable quantité de sang; mais comme l'utérus était dur et contracté, nous pensâmes immédiatement à une hémorragie des parois du vagin. Le lit ayant été formé de façon à permettre l'arrivée directe de la lumière sur les organes génitaux, on écarta les lèvres et on chercha, sans le trouver, le point de départ de l'écoulement; le sang ruisselait et venait, non de la moitié antérieure, mais du fond du vagin. La femme fut mise sur le côté et, à l'aide du spéculum de Sims, on reconnut une déchirure de la paroi postérieure du canal vaginal, au niveau du cul-de-sac.

La compression digitale, qui réussit habituellement si bien dans les hémorragies de ce genre, étant impossible, de l'eau à 45° fut mise dans un bassin, et on pratiqua une injection qui fut continuée pendant six ou sept minutes en élevant la température à 50°. L'écoulement s'arrêta dès les premiers moments et ne reparut plus. Il n'y eut même pas de lochies sanglantes pendant les suites de couches.

Peu de temps après, les deux sages-femmes attachées à notre service assistaient la femme d'un employé de l'hôpital; une hémorragie vaginale grave se produisit aussitôt après l'accouchement; mais elle fut, grâce au même moyen, promptement arrêtée. Les injections d'eau chaude faites, non plus dans le vagin, mais dans la cavité utérine après l'accouchement pour arrêter les hémorragies, sont maintenant classiques: l'orifice utérin étant largement ouvert, rien ne s'oppose à la sortie du liquide. Si le placenta et les caillots ont été préalablement extraits, le passage de l'eau à une température de 40 à 45° est généralement efficace.

Mais lorsque l'accouchement a eu lieu depuis un assez grand nombre de jours, si l'orifice utérin est revenu sur lui-même et s'il y a des pertes de sang abondantes, on a recours avec succès au seigle ergoté, et surtout aux grands bains chauds conseillés par le professeur Tarnier. Dans ces derniers cas, les injections d'eau chaude ont aussi donné d'excellents résultats, grâce à l'usage de la sonde à canal en forme de fer à cheval, qui assure d'une façon certaine le retour du liquide sans que la contraction la plus puissante de l'orifice utérin puisse y mettre obstacle.

Le Dr Bar, accoucheur de l'hôpital Tenon, a aussi arrêté, l'année dernière, une hémorragie utérine survenue chez une femme qui, sept jours auparavant, avait fait un avortement de trois mois: le liquide employé était une solution de sublimé à 1/1000 et à 42°. Plus récemment le Dr Maygrier, accoucheur de la Pitié, appelé au dix-neuvième jour après l'accouchement près d'une malade qui avait des hémorragies graves, conseilla d'abord des injections d'eau chaude dans le vagin avec la liqueur de Van Swieten; l'écoulement sanguin s'arrêta, mais deux jours plus tard une nouvelle hémorragie survint. Il fit alors, au vingt-et-unième jour, par conséquent, une injection intra-utérine avec la grosse sonde métallique à canal en forme de fer à cheval; la sonde a pénétré



facilement dans l'utérus. Le liquide injecté était la liqueur de Van Swieten dédoublée et portée à 43°, la quantité employée un litre et demi. L'hémorrhagie s'arrêta et n'a jamais reparu depuis.

Le lavage de la cavité utérine (car on doit faire passer doucement un courant d'eau chaude plutôt que faire une véritable injection) peut être pratiqué de la façon suivante: la malade est couchée sur le dos et son siège est mis sur un bassin auquel s'adapte un tube qui permet à l'eau de descendre dans un seau placé au-dessous du lit. Le liquide employé se trouve dans un vase de verre; de ce vase part un tube en caoutchouc qu'on fixe sur la sonde; pour s'assurer qu'elle fonctionne bien, on introduit celle-ci dans l'utérus, puis on fait élever le récipient; plus le vase est placé haut, plus le liquide s'écoule rapidement. On règle ainsi à volonté la force du courant employé pour le lavage.

Donc, dans un certain nombre de circonstances, les lavages vaginaux et intra-utérins faits avec de l'eau chaude ou très chaude rendent les plus grands services. Il est certain cependant qu'on ne devra pas y avoir recours dans tous les cas: parfois ils seront efficaces, parfois même peut-être ils seront nuisibles, mais les contre-indications n'ont pas encore été nettement formulées. Ce n'est pas tout, plusieurs points auraient besoin d'être précisés: Quelle doit être la température du liquide? Quelle doit être la durée du lavage et de l'injection? Combien de fois faut-il les renouveler par jour? Quelle doit être l'intensité du courant? Quelle est la meilleure situation à donner aux femmes? etc...

Mais, dès maintenant, les faits nombreux signalés par certains médecins et les quelques observations que nous venons de rapporter montrent quel bénéfice les malades peuvent retirer de ce mode de traitement relativement simple.—*Abeille médicale.*

## :PEDIATRIE.

**De l'incontinence nocturne d'urine essentielle,** par le Dr. H. PICARD.—(1) On oppose à l'incontinence nocturne d'urine deux médicaments principaux: la *belladone*, quand elle résulte d'une contraction exagérée de la vessie; la *noix vomique*, quand elle provient de la faiblesse des muscles périurétraux.

Les règles d'administration de la belladone ont été posées par Trouseau. Ce médecin commençait par donner une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir au moment du coucher, pendant plusieurs jours; puis, sans se laisser arrêter par la cessation ou la persistance de la maladie, il augmentait progressivement les doses du médicament, qu'il poussait jusqu'à 6, 7, 8, 9, 10 et même 15 à 20 centigrammes, et cela, pendant un mois ou deux, quand bien même la guérison était obtenue et si cependant il n'y avait pas intolérance. Trouseau a quelquefois remplacé l'extrait de belladone par l'alcaloïde de cette plante, l'*atropine*, médicament dangereux qu'il donnait dans un sirop et qu'il vaut mieux laisser de côté. Si les pilules de belladone ne pouvaient être avalées, on les remplacerait avantageusement par le sirop suivant, dont la formule est due à Jules Simon: sirop de belladone et

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de juillet.

sirop de tolu, 60 grammes de chaque. À un enfant de 4 ans, l'habile médecin que nous venons de nommer en donne 2 cuillerées à café, une le matin et une le soir.

La belladone agit en produisant la diminution de la sensibilité, la paresse du mouvement, la résolution musculaire et le ralentissement de la sécrétion urinaire, double action qui concourt à la guérison.

Malheureusement, la belladone n'étant pas toujours supportée, parce qu'elle provoque une sorte d'ivresse, de l'insomnie et de la congestion de la face et des yeux, on est forcé de la remplacer. On peut alors avoir recours au bromure de potassium, qu'on administre en solution, en sirop ou en poudre. Étant admis qu'une cuillerée d'eau pèse 15 grammes et une cuillerée de sirop 20 grammes, on compose la solution ou le sirop de telle sorte qu'une cuillerée de l'une ou de l'autre renferme 25 centigrammes pour un enfant de 12 ans. On administre une, deux, trois et même quatre cuillerées du médicament qui n'est, d'ailleurs, pas dangereux, en surveillant l'effet, de manière à ne pas trop déprimer l'individu. Le bromure peut aussi être divisé en paquets qu'on fait dissoudre et prendre dans du bouillon, ce qui constitue un mode facile d'administration.

La noix vomique s'administre chez les enfants, en sirop contenant en dissolution l'acétate de ce médicament sous forme de sel, le sulfate de strychnine. On prescrit : sulfate de strychnine 5 centigrammes, sirop de sucre 100 grammes, qui contiennent à peu près 20 cuillerées à café. Il en résulte que chaque cuillerée à café renferme à peu près 2 milligrammes  $\frac{1}{2}$  ; une cuillerée à dessert, qui en est le double, 5 milligrammes et une cuillerée à bouche 1 centigramme de sulfate de strychnine, puisqu'elle contient quatre cuillerées à café ou deux cuillerées à dessert.

Chez les enfants de 5 à 10 ans, on commence, le premier jour, par administrer deux cuillerées à café, une le matin, une le soir pendant deux jours. Si cette dose est bien supportée, on laisse deux jours de repos et on augmente d'une cuillerée à café, c'est-à-dire qu'on donne trois cuillerées à café pendant encore deux jours, puis, après un nouveau repos de deux jours, on administre quatre cuillerées à café et, ainsi de suite, jusqu'à six, mais en ayant soin d'espacer exactement les intervalles séparant l'administration des cuillerées.

Cette dose atteinte, on substitue une cuillerée à dessert à une cuillerée à café et, en suivant les mêmes règles, on arrive à six cuillerées à dessert (60 grammes de sirop, 3 centigrammes de sulfate de strychnine.) Enfin on remplace une cuillerée à dessert par une cuillerée à bouche, en augmentant de même, de manière à donner : 50, 60, 80, 120 grammes de sirop, c'est-à-dire 3, 4 et jusqu'à 6 centigrammes de sulfate de strychnine.

Au-dessus de dix ans, on commence par la cuillerée à dessert et on arrive de la même manière jusqu'à 200 grammes de sirop, c'est-à-dire 10 centigrammes de principe actif.

La strychnine a pour propriété d'augmenter les actions réflexes. Celles-ci étant plus vives, les mouvements ou contractions qui en résultent deviennent plus énergiques. Aussi le sujet auquel on administre ce médicament devient-il bien plus sensible aux phénomènes extérieurs qui produisent sur lui une impression des plus vives, surtout si les doses ont été fortes et longtemps continuées. Dans ces circonstances

il peut se manifester des spasmes, des convulsions que le moindre attouchement, le moindre bruit suffisent à provoquer.

Il en résulte que la plus grande attention doit présider à l'administration de la strychnine, qu'on doit interrompre si le malade se plaint d'un peu de raideur dans les mâchoires et les muscles du cou, de mal de tête, de troubles de la vue ou de vertiges.

Il faut encore savoir qu'il y a des susceptibilités particulières pour ce médicament et que certains enfants ne le supportent pas, même à petites doses. On ne doit pas non plus ignorer qu'il a la propriété de s'accumuler, c'est-à-dire de ne donner lieu à aucun phénomène pendant les premiers temps de son administration, pour se révéler ensuite tout à coup par des manifestations inquiétantes. Aussi faut-il de temps à autre en interrompre l'usage pour lui laisser le temps de s'éliminer.

En somme, le sirop de strychnine, bien qu'il ait été préconisé par Trousseau, qui a tracé les règles, d'ailleurs assez délicates, de son administration, n'est pas un médicament d'une pratique facile. Aussi l'a-t-on justement abandonné pour lui substituer le seigle ergoté, qui a, comme la strychnine, la propriété de faire contracter la fibre musculaire. On le donne en poudre, 20 centigrammes matin et soir, délayé dans de l'eau sucrée ou enveloppé dans du pain azyme, pour un enfant de 4 ans, et on augmente les doses avec l'âge : 25 centigrammes à 5 et 6 ans ; puis 30 et jusqu'à 50 centigrammes, matin et soir, pour un enfant de 14 à 15 ans. Ces doses peuvent être continuées pendant 10 ou 15 jours et reprises, après interruption de quelques jours, et cela pendant un mois, temps au bout duquel le médicament a produit tout son effet.

La poudre de seigle ergoté pourrait être remplacée par l'ergotino en pilules de 10 centigrammes, dont on ferait prendre 2, 3 et même 5 par jour, à intervalles égaux.

Dans certains cas, où l'augmentation de la contractilité vésicale paraît concorder à une faiblesse des muscles de l'urèthre, on peut très bien associer la strychnine ou mieux le seigle ergoté à la belladone.

Je ne dois pas passer sous silence, à propos de l'incontinence par atonie, l'eau de *Contraxville*. Les exemples ne sont pas tout à fait rares, en effet, d'enfants de 4 à 5 ans que l'usage de cette eau, à la dose d'une demi-bouteille par jour, soit à la source, soit en ville, a guéris complètement en quelques jours.

Mais de tous les moyens, le plus employé actuellement et probablement le plus efficace contre l'incontinence par insuffisance des muscles uréthraux, est l'électricité induite. Les deux pôles peuvent être appliqués sur la peau, l'un au périnée l'autre sur le ventre au niveau de la vessie ou dans le rectum. Le docteur Grusse, médecin du lycée de Varves, a obtenu de nombreux succès par ce moyen. En cas d'échec, on introduit l'un des pôles dans la région membraneuse de l'urèthre, l'autre restant appliqué sur l'hypogastre, le périnée ou dans le rectum. Le pôle introduit dans l'urèthre est terminé par une tige mince et flexible formée de cinq ou six fils très fins en laiton recouverts d'un tissu et gomme élastique et munie, à l'une des extrémités, d'un crochet également en laiton ; à l'autre, d'une olive de même métal si on l'introduit dans le rectum. L'électricité est produite par une petite machine d'induction.

La tige flexible étant accrochée à l'un des pôles et son olive intro-

duite dans la région membraneuse, tandis que la plaque métallique de l'autre pôle est appliquée sur l'hypogastre ou le périnée, ou l'olive introduite dans le rectum, on fait passer le courant pendant deux à cinq minutes et on recommence ainsi tous les jours ou tous les deux jours.

Cette méthode pourra effrayer les enfants et leurs parents, mais à tort, car elle n'est pas douloureuse. Son effet, quand elle doit guérir, est presque immédiat et, si elle échoue, elle soulage le plus souvent.

Le fer sous forme de *peptonate* est un médicament à administrer simultanément au seigle ergoté, à la strychnine, à l'électricité; car si ces agents tonifient spécialement la fibre musculaire, celui-ci fortifie l'individu tout entier en reconstituant les globules sanguins.

L'*hydrothérapie*, comme le fer, est un tonique puissant, mais qu'on doit administrer avec prudence.

À côté de l'hydrothérapie, se placent les bains de mer pour les sujets lymphatiques ou scrofuleux, et les bains sulfureux pour les enfants nerveux.

Si l'incontinence paraissait être le résultat d'une inflammation de la vessie, le meilleur moyen de la faire disparaître serait d'injecter dans cet organe quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent de 200 à 500.

Les boissons délayantes ou le bicarbonate de soude conviendraient aux urines trop denses ou trop acides.

Ai-je besoin d'ajouter qu'on devra faire manger le soir les enfants de bonne heure, et les empêcher de boire en trop grande quantité.

On cherchera à rendre compte exactement de l'heure à laquelle ils font pipi au lit, de manière à les réveiller en temps opportun. Dans le jour même, on aura soin de les faire uriner aux mêmes heures, en espaçant les mictions le plus possible, de manière à habituer la vessie à maintenir l'urine pendant longtemps.

Enfin, si l'enfant urine par paresse, on lui administrera, sans crainte, quoique prudemment, une correction. C'est un moyen des plus efficaces et dont Trousseau cite un exemple probant, celui d'une grande jeune fille à laquelle le fouet appliqué par une mère énergique produisit plus d'effet que tous les médicaments.—*Progrès médical*.

**Terreurs nocturnes chez les enfants**, par le professeur W. B. ATKINSON.—Une mère nous apprend que son enfant a eu, pendant plus d'un an, l'habitude de se réveiller en sursaut la nuit, et de pousser des cris, comme si elle était en proie à une grande terreur. Elle est âgée de cinq ans. Un examen attentif ne montre aucun signe de maladie. Elle a un bon appétit, elle digère bien, ses fonctions sont régulières; en somme elle jouit d'une bonne santé. Elle est atteinte de ce que l'on appelle "terreurs nocturnes", affection très connue dans certaines familles, attaquant les enfants l'un après l'autre, lorsqu'ils arrivent à l'âge où l'on peut s'apercevoir des désordres.

Malheureusement, ceux-ci ne sont pas toujours compris des parents, et l'on en trouve qui, ayant la charge de tels enfants, s'efforcent, par des menaces et des châtiments, de corriger ce qu'ils regardent comme une mauvaise habitude.

Ces enfants devraient être considérés comme des êtres réclamant la plus grande attention. J'ai la ferme conviction que le manque de soins particuliers et de traitement de cette affection, qui prouve toujours une

certaine lésion dans la force mentale de l'enfant, peut conduire, dans quelques cas, à une démence plus ou moins prononcée ou à l'idiotisme.

Nous la trouvons souvent associée à l'incontinence nocturne. Le premier symptôme n'est fréquemment qu'une plainte de l'enfant de "l'humidité du lit." Car on m'a souvent apporté à ma clinique un enfant exigeant mes soins pour cette affection, et, sur ma demande, j'apprenais qu'il avait aussi cette habitude de se réveiller en sursaut, en poussant des cris perçants comme par terreur, fait auquel la mère ne voyait aucune conséquence. Cette incontinence d'urine est, à mon avis, dans la plupart des cas, si ce n'est dans tous, le résultat de la frayeur. Comme dans l'hystérie et dans les autres genres de troubles nerveux, le sphincter de la vessie laisse une voie à l'urine, qui est alors involontairement rejetée.

Cette maladie se déclare la plupart du temps à un âge peu avancé, ceux qui auront l'occasion de l'étudier sur quelques enfants verront se présenter constamment des cas où le jeune enfant criera dans son sommeil et s'agitiera avec toutes les marques de terreur jusqu'à ce qu'il soit tranquillisé par les caresses et la présence de quelqu'un qu'il regarde comme propre à le protéger. Chez quelques sujets, on observe cette affection à un âge tellement avancé qu'il atteint la puberté, et, dans de tels cas, le sujet éprouve la frayeur la plus étrange à l'approche de la nuit ou de l'obscurité, et celui qui peut se montrer à lui comme un compagnon est avec plaisir le bienvenu.

Les actions du petit malade sont très variées pendant une attaque. Tel enfant se lèvera de son lit et s'élancera vers un endroit de salut; cela pourra être dans les bras de ses parents ou dans une chambre occupée, sans faire attention à son état de nudité ou à autre chose. Tel autre marchera sans prononcer un mot, les yeux grands ouverts et le visage fixé comme par la peur, marchant évidemment dans son sommeil, et, une fois arrivé à la prétendue place de sûreté, sanglotera convulsivement et saisira tortement quelqu'un, comme s'il craignait une poursuite. Un troisième, dans sa peur, couvrira sa tête avec ses couvertures et restera tremblant de crainte jusqu'à ce qu'il tombe dans un sommeil malaisé, dont il se réveillera mal reposé et avec de violents maux de tête.

On a supposé que la cause était, soit la présence de vers dans les intestins, surtout cette espèce connue sous le nom de "*stomatoporus*" oxyures, qui, par une action réflexe, produisent cette affection nerveuse; soit une indigestion, quand l'enfant s'est chargé l'estomac de substances nuisibles ou même d'aliments sains, mais en trop grande quantité; soit une excitation nerveuse chez les enfants plus âgés, provenant d'histoires ridicules ou de mauvaises lectures; soit enfin un effort mental provenant d'une étude trop sérieuse ou de travaux dépassant ce que peut supporter un tout jeune enfant.

Un sujet né d'une mère d'une nature très excitable hérite d'une manière étonnante de l'infirmité de sa mère, et, s'il devient en proie à ces attaques, la cure est difficile. En général, l'amélioration vient seulement après une longue persistance dans le traitement; mais, lorsque l'enfant est arrivé à un âge mûr, d'autres troubles nerveux viennent quelquefois remplacer celui-ci.

Le traitement consistera, comme dans toutes les maladies de l'enfance, à observer les symptômes et à agir suivant les indications.

Il faut toujours essayer de prévenir les attaques par un dîner léger.

composé d'aliments d'une facile digestion; éviter les stimulants, comme le café et le thé; faire coucher l'enfant dans une chambre suffisamment éclairée, pour que ses yeux ne soient pas obligés de se fatiguer pour connaître la nature des objets qui sont dans sa chambre.

Il faut se rappeler que, fréquemment, dans l'obscurité, même un objet bien connu offre une mauvaise apparence.

L'enfant sera couvert de manière à empêcher l'accumulation de la chaleur naturelle, et ne sera pas surchargé, car cela seul peut le rendre inquiet, sujet à un sommeil agité, et ainsi le prédisposer à une attaque.

Si une attaque vient à se présenter, il faut caresser l'enfant de la manière la plus bienveillante et ne pas chercher à se rendre maître de l'excitation par des paroles dures et la crainte des coups. Il est bien préférable pour la mère ou la nourrice de coucher auprès de l'enfant et par sa présence le garder, pendant son sommeil, dans un sentiment de confiance et de sécurité.

Le traitement général, dans ce cas, est l'emploi du bromure de potassium. Mais, lorsque l'affection semblera être causée par la présence d'un parasite, il faudra appliquer un traitement vermifuge. — *Archives of Pediatrics*.—*Moniteur de l'hygiène publique*.

**Symptômes et traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants,**  
par M. le Dr BOUCHUT (1) — *D. Symptômes de la fièvre typhoïde ataxique.*— Les symptômes de cette forme grave de la fièvre typhoïde de l'enfance ressemblent entièrement à ceux qu'on observe dans la fièvre typhoïde adynamique. Ils sont à peu près semblables, sauf en ce qui concerne les accidents nerveux.

En outre des phénomènes de la fièvre typhoïde adynamique, il y a une très grande agitation, des cris aigus spontanés ou provoqués par le moindre contact, par l'obligation de boire, par la nécessité des changements de linge, de draps, par les soins de propreté, etc. Il y a des soubresauts de tendons, des contractions continuelles fibrillaires dans les muscles, de la carphologie, et enfin un violent délire. Les enfants ne savent plus ce qu'ils font ni ce qu'ils disent. C'est à peine s'ils reconnaissent ceux qui les entourent. Ils jettent leurs membres hors du lit, ils veulent se lever en luttant contre leurs gardiens, et l'on est obligé, pour les contenir, de les attacher aux barres de leur lit.

Dans quelques cas plus rares, ils ont de véritables hallucinations. Thore en a rapporté plusieurs exemples, et j'en ai publié un qui a été recueilli dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie. J'en ai vu un autre cas en ville avec le docteur de Montfumat, et la petite fille eut pendant dix jours l'hallucination continuelle d'une bête noire courant au pied de son lit.

On peut rapporter ces accidents à une altération de la substance corticale légèrement ramollie, fait établi par Piédagnel, et à la congestion des méninges. Dans quelques cas de violent délire, il y a méningo-encéphalite typhoïde et l'ophtalmoscope, en montrant une hyperhémie névro-rétinienne avec infiltration séreuse du nerf optique, confirme ce diagnostic. A l'autopsie et à l'aide du microscope, j'ai constaté dans la gaine lymphatique des vaisseaux capillaires de la substance corticale une multiplication considérable de leucocytes.

(1) Suite et fin.— Voir la livraison de juillet.

Cette forme ataxique de l'affection typhoïde est aussi grave que la précédente et elle fait périr un grand nombre des enfants sur lesquels on l'observe.

Le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants comporte trois indications :

- 1<sup>o</sup> Nettoyer l'estomac des saburres ou sécrétions muqueuses altérées;
- 2<sup>o</sup> Evacuer et neutraliser les matières putrides et bactériennes de l'intestin ;
- 3<sup>o</sup> Modérer la fièvre et entretenir les forces.

PREMIÈRE INDICATION. — Lorsqu'au siècle dernier on désignait la fièvre typhoïde sous le nom de *fièvre putride*, la conception n'était pas mauvaise, et elle est justifiée par les recherches actuelles. C'est alors qu'on donnait les purgatifs, ce que beaucoup de médecins ont continué à faire aujourd'hui dans le but de nettoyer et de laver l'intestin des matières putrides qui s'y trouvent. Ces matières créent un milieu intérieur favorable à l'éclosion des *lombrics*, des *trichocéphales*, et j'ajouterais des *ptomaines* et *leucomaines* intestinales dont la résorption entraîne un état général plus ou moins grave.

La maladie qui commence crée le milieu où se développent les parasites, les microbes et les alcaloïdes dont l'effet doit être si funeste.

Que faire alors ? Empêcher la formation et le séjour des sécrétions gastro-intestinales.

Si le médecin fait un diagnostic rapide et peut traiter l'affection à son début, il peut *juguler* la maladie ou en *diminuer l'intensité*.

Comment arrive-t-on à ce but ? Par l'*émétique* ou l'*éméto-cathartique*. Il faut donner aux jeunes enfants de 4 à 10 ans :

Emétique, 25 milligrammes.

Eau sucrée, 60 grammes.

A prendre en une fois.

Et chez les enfants de 10 à 15 ans :

Emétique, 5 centigrammes.

Eau sucrée, 60 grammes.

A prendre en une fois.

Cette médication fait vomir et produit un abaissement momentané de la température fébrile de un à deux degrés, pendant 24 heures, puis la température remonte.

Ou bien on donne :

Emétique, 25 milligrammes.

Citrate de magnésie, 30 grammes.

Ce qui produit des vomissements et quelques garde-robes.

On a ainsi débarrassé l'estomac et l'intestin des sécrétions muqueuses où se forment les microbes et les leucomaines. Cela suffit souvent pour arrêter la maladie, et si elle continue, sa marche est très lente et sa gravité très atténuée.

Une nouvelle purgation à l'eau de Sedlitz ou de magnésie, 30 grammes vers le troisième jour du traitement, achève ce que l'émétique a commencé.

Tel est le *traitement abortif* de la fièvre *putride* ou typhoïde, prise à début. Mais si la maladie est lancée et qu'on la prenne au quatrième ou cinquième jour, il n'y a plus à compter sur cette médication pour un aussi bon résultat. La maladie suivra son cours et on ne doit plus compter

cher qu'à la modérer. Toutefois, c'est encore au nettoyage et à l'antisepsie de l'intestin qu'il faut avoir recours.

**DEUXIÈME INDICATION.** — *Évacuer les matières de l'intestin et les neutraliser.*—Tant que le ventre offre du gargouillement dans la fosse iliaque, indice de matières liquides en stagnation, on peut donner du citrate de magnésie, 15 à 20 grammes ; mais s'il n'y a pas de gargouillement iliaque, il ne faut pas continuer les purgations. Il ne faut pas les continuer davantage si le ventre est très ballonné.

Dans ce cas, après avoir évacué les matières de l'intestin et lorsque le ballonnement indique une fermentation gazeuse, je donne de la *poudre de charbon finement porphyrisée*, trois cuillerées par jour dans de l'eau pure, avec *salicylate de soude* comme antiseptique. On peut mettre 1 gramme pour 100 de liquide. Dans le même but, on peut donner de la *solution d'acide salicylique*, 2 grammes par litre, de la *solution d'acide borique*, 3 grammes par litre, du *sulfate de quinine*, 25 à 50 centigrammes par jour, ou enfin de *l'extrait de quinquina*, 3 grammes par jour en solution.

**TROISIÈME INDICATION.** — *Modérer la fièvre et soutenir les forces.*—Tout en continuant le traitement antiputride de la fièvre typhoïde, il faut soutenir les forces avec de l'eau et du vin, avec du bouillon froid, avec de l'eau étendue d'eau bouillie, d'eau de Saint-Galmier, d'eau de Seltz. Puis, selon le degré de la fièvre, entre 39 et 40 ou au-dessus, faire des lavages rapides de tout le corps avec de l'eau vinaigrée aromatique froide, au moins deux fois si ce n'est trois fois par jour. Cette pratique diminue la fièvre, abaisse le degré de température et soulage beaucoup les enfants. On peut aussi employer dans le même but les lavements quotidiens d'acide phénique. 50 centigrammes à 1 gramme.

Il est bien rare que ce traitement ne réussisse pas et ne permette de conduire les enfants à la convalescence, sauf les cas de complications exigeant un traitement spécial.

Ces complications sont l'engouement pulmonaire et la broncho-pneumonie infectieuse, l'otite et l'otorrhée, la stomatite et le muguet entraînant parfois des parotidites par rétention salivaire, les eschares au sacrum les hémorrhagies intestinales, la perforation intestinale, les accès de fièvre intermittente ou pernicieuse, la méningite typique infectieuse, les contractures, l'albuminurie, la myocardite et l'endocardite, etc.; mais leur traitement m'entraînerait trop loin et ce sera l'objet d'un article prochain.—*Paris médical.*

### Eczéma papulo-squameux des organes génitaux.

P.—Onguent de goudron.....	2 drachmes
Onguent d'oxyde de zinc .....	1 once
Acide carbolique .....	1 drachme

M.—En applications sur de la charpie maintenue en place au moyen d'un bandage. En même temps, usage de sel de la Rochelle, soir et matin, pour tenir les intestins libres.—*Peoric Medical Monthly.*



## FORMULAIRE.

**Leucorrhée vaginale.**

P.—Acide tannique.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Alun.....	$\frac{1}{2}$ “
Acide borique.....	$\frac{1}{2}$ “
Glycérine.....	8 onces

M.—Appliquer tous les trois jours, sur un tampon d'ouate.—*Peoria Medical Monthly.*

**Amygdalite.**—*Dr Jurist.*

P.—Teinture de gayac comp.....	2 drachmes
Teinture de quinquina comp.....	2 “
Chlorate de potasse.....	1 drachme
Miel.....	1 once
Eau.....	q.s. pour faire 3 onces

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

**Chorée.**—*Parvin.*

P.—Sulfate d'hyoscyamine.....	$\frac{1}{200}$ grain
Bromure de sodium.....	5 grains

M.—A prendre, en solution aqueuse, trois fois par jour.

En même temps le malade est mis à l'usage de la solution de Fowler, à dose de deux gouttes après chaque repas.—*College and Clinical Record.*

**Teigne.**—*DaCosta.*

P.—Solution de potasse.....	$\frac{1}{2}$ once
Glycérine.....	$\frac{1}{2}$ “
Eau.....	3 onces

M.—En lotions, pour ramollir les croûtes.

P.—Sublimé.....	4 grains
Eau.....	1 once

M.—En lotions, deux fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Eczéma du cuir chevelu.**

1 <sup>o</sup> P.—Acide salicylique.....	12 grains
Teinture de benjoin.....	20 gouttes
Vaseline.....	1 once
2 <sup>o</sup> P.—Acide salicylique.....	18 grains
Amidon.....	$\frac{1}{2}$ once
Oxyde de zinc.....	$\frac{1}{2}$ “
Vaseline.....	1 “

M.—On lave deux ou trois fois le cuir chevelu au savon noir, puis on applique, chaque jour, l'une ou l'autre de ces pommades. La dernière est plus ferme et plus siccativ.—*Union médicale.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AOUT 1886.

---

Nous avons expédié dernièrement, à tous nos abonnés, leur note de souscription ; ils seraient très aimables en accusant réception à bref délai.

L'ADMINISTRATION.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

## I.—Assemblée spéciale du Bureau des Gouverneurs,

tenue à Montréal, le 13 juillet 1886.

Présents : MM. les Drs Lemieux (président), Belleau, L. LaRue, Simard, E. P. Lachapelle, P. E. Mignault, R. P. Howard, Parke, Leprohon, Kennedy, Durocher, H. A. Mignault, Marmette, Guay, De St-George, Hart, Rodger, Lanctôt, Geo. Ross, Austin et Campbell.

Lecture et adoption du rapport des assesseurs pour les Universités Laval et McGill.

Les Drs Delaney et John Howe, gradués de l'Université Laval, Québec, reçoivent la licence du Collège, sur présentation de leurs diplômes.

On lit le rapport des examens préliminaires du mois de mai (1886).

Les messieurs dont les noms suivent sont admis à l'étude de la médecine : MM. Arthur Baribault, R. Chevrier, J. A. Charette, J. Desrosiers, E. Dumont, W. S. England, P. Gagnier, C. Girard, John Hayes, E. Huot, H. Lauriault, T. L'Ecuyer, L. E. Laroche, G. E. Lesage, L. de Martigny, P. Lussier, Jos. Marchand, J. L. G. Masson, C. D. Meickle, O. Mercier, G. L. McKee, C. E. Morin, L. A. Noël, J. O. Poitras, E. Provençal, E. Rainville, H. H. Roy, F. Serres, L. St-Germain, F. E. Thompson, L. V. Vézina, A. E. Villeneuve, A. Bédard, F. Bélanger, A. Brossard, L. M. F. Cypihot, J. Dandurand, J. Désy, A. U. Dorais, H. Fortin, E. Laurin, F. Lavoie, A. Lecavalier, J. Lemay, C. Lemaire, J. A. Magnan, Jos. A. René, F. Richard, L. Robillard, E. Savard, A. Taillefer, J. C. F. Tassé, C. Vézina et J. A. Bédard.

Un des secrétaires donne lecture du rapport du Comité (d'amendements) tel que publié. (1) On lit aussi un rapport présenté par la minorité des membres du comité, puis on décide de s'en tenir au premier rapport et de le discuter clause par clause.

Le Bureau décide en premier lieu la création d'un *Bureau central d'examineurs*.

---

(1) Voir notre livraison de juin.

La clause I est amendée comme suit :

“ Le Bureau sera connu sous le nom de Bureau central d'examineurs et sera composé de deux examinateurs pour chaque matière. L'examen se fera dans la langue parlée par le candidat examiné, pourvu que les deux examinateurs aient le droit d'interroger alternativement. S'il arrive que les examinateurs ne s'accordent pas, l'examen sur cette matière sera référé au comité général.

La clause II est également amendée ainsi :

Le Bureau central d'examineurs se composera de deux représentants de chacune des écoles de médecine et d'un nombre égal de médecins non attachés à ces mêmes écoles.

La clause III est amendée de façon à correspondre à l'amendement de la clause II.

Le reste du rapport est adopté avec les amendements suivants :

1. Le Bureau central se réunira à Québec et à Montréal, alternativement.
2. L'examen préliminaire se fera une fois l'an, le premier mercredi de juillet, alternativement à Québec et à Montréal.
3. Les gradués ès-arts ne seront pas exemptés de subir l'examen préliminaire.
4. Le Bureau des Gouverneurs se réunira dans la seconde semaine de mai de chaque année, à Québec et à Montréal, alternativement.

## II.—Assemblée triennale du Collège,

tenue à Montréal, le 14 juillet 1886.

Le Dr C. E. Lemieux, président, au fauteuil.

Environ 150 membres du Collège sont présents à l'assemblée.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et adoptées.

Le Dr E. P. Lachapelle, trésorier du Collège, présente l'état financier suivant :

*Etat financier du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec depuis le 1er juillet 1883 au 1er juillet 1886.*

### RECETTES.

Balance en main, le 1er juillet 1883.....	\$2,410.82
Examens préliminaires.....	3,490.82
Contributions et enregistrements.....	3,487.00
Honoraires des Licences.....	3,220.00
Dividendes, Banque de Montréal.....	320.00
Intérêt sur dépôts.....	78.68
Sages-femmes .....	20.00

\$13,026.50

### DÉPENSES

Gouverneurs.....	\$1,725.00
Assesseurs .....	1,620.00
Examineurs .....	1,345.00
Remises.....	734.00
Impressions .....	699.50

Annonces.....	\$653.60
C. E. Lamirande. <i>Bonus</i> .....	555.00
Commission sur contribution.....	380.70
Dr Larue, honoraires.....	750.00
Dr Campbell, ".....	300.00
Dr Belleau, ".....	300.00
Dr Lachapelle, ".....	300.00
Estampilles, télégrammes, &c.....	137.04
Papeterie.....	116.68
C. E. Lamirande, frais de voyage.....	100.00
Auditeurs.....	100.00
Frais de voyages.....	79.35
Guarantee Co., Police de garantie du Trésorier.....	60.00
Guarantee Co., Police de garantie de M. Lamirande.....	37.50
Régistre médical.....	50.00
Portiers.....	37.00
Cochers.....	35.15
Commission sur enrégistrement.....	7.50
Chaises.....	4.00
Boîtes de Scrutin.....	2.25
Balance en main, au 1er juillet 1886.....	2,897.23
	<hr/>
	\$13,026.50

E. P. LACHAPELLE, M. D.,

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

N. B.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens possède en outre 5 parts de la Banque de Montréal, valant au pair \$1,000.00.

Nous, soussignés, auditeurs, dûment autorisés par le Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, certifions avoir examiné tous les livres de comptes et reçus entre les mains du Régistrateur, des deux Secrétaires et du Trésorier, et avoir trouvé le tout conforme à l'état financier ci-dessus que nous certifions correct.

Pour prévenir toute erreur et pour faciliter l'examen des livres et des comptes des Officiers du Bureau des Médecins et Chirurgiens, nous suggérons respectueusement qu'à l'avenir, la perception des comptes pour contribution se fasse à un seul et même bureau, c'est-à-dire au bureau de l'agent du Collège des Médecins, et que les comptes pour enrégistrement ne soient payés qu'au bureau du Régistrateur.

Montréal, 10 Juillet 1886.

DAVID SMITH,  
L. ARCHAMBAULT, } Auditeurs.

M. le président, dans un exposé succinct, passe en revue les travaux accomplis par les Gouverneurs durant les trois années de leur mandat.

Le Dr Fortier désapprouve et critique certains *items* des dépenses, et propose, secondé par le Dr L. Laberge, que les Secrétaires reçoivent ordre de préparer tous les ans un rapport des travaux faits par le Collège, que ce rapport soit imprimé et distribué à chacun des membres. Cette proposition est rejetée.

A 1 hr. P. M. l'assemblée s'ajourne pour jusqu'à 2 hrs.

A 2 hrs. reprise de la séance pour l'élection des Gouverneurs.

Sont nommés scrutateurs: MM. les Drs Kennedy, Beaudry, Foucher, Brunelle, J. W. Mount, L. D. Mignault, Gibson, S. Duval, Parke, Chartrand, Guay, Lanctôt, L. LaRue et Hurtubise, puis le scrutin est déclaré ouvert, pour être clos à 4 hrs.

Le Secrétaire pour Montréal donne lecture du rapport adopté par le Bureau des Gouverneurs le 13 juillet.

Le Dr Cotton propose, secondé par le Dr Norman A. Smith que chaque district judiciaire ait désormais le pouvoir d'élire un gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens et que chaque tel district judiciaire élise son propre représentant dans le Bureau. Adopté.

La motion suivante, présentée par le Dr Marsil et appuyée par le Dr Durocher, est adoptée par un vote de 35 contre 10:

"Que l'examen préliminaire à l'étude de la médecine porte sur les matières des cours classiques, y compris la physique, la chimie et la philosophie, et que cet examen préliminaire ait lieu le second mercredi de juillet de chaque année.

Il est proposé par le Dr Dagenais, appuyé par le Dr Brosseau, que les examens primaires et finals se fassent le second mercredi de juillet. Adopté.

A 6.10 hr. P. M. les scrutateurs annoncent le résultat du scrutin et déclarent élus Gouverneurs:

*Cité de Montréal*: Drs T. A. Rodger et J. L. Leprohon.

*District de Montréal*: Drs H. A. Mignault, J. A. Duchesneau, J. B. Gibson, D. Marsil, L. D. Lafontaine, N. H. Ladouceur, A. Longpré et J. E. Turcot.

*Cité de Québec*: Drs A. G. Belleau, L. LaRue, R. F. Rinfret, A. Waters, C. S. Parke et E. A. de St. George.

*District de Québec*.—Drs M. Guay, T. Fortier, E. Rousseau, P. E. Grandbois, L. Labrecque, Hon. T. Robitaille et A. Laferrière.

*District de Trois-Rivières*: Drs J. J. Ross, J. E. Badeaux et D. B. Désaulniers.

*District de St. François*: Drs F. J. Austin, F. Paré et Thos. LaRue. Et l'assemblée s'ajourne.

### III. Assemblée du nouveau Bureau des Gouverneurs.

Le Bureau des Gouverneurs s'assemble immédiatement après l'élection, et procède au choix de ses officiers:

*Président*: Dr W. H. Hingston, Montréal.

*Vice-Président pour Québec*: Dr J. J. Ross (réélu).

" " " *Montréal*: Dr J. L. Leprohon.

*Trésorier*: Dr E. P. Lachapelle (réélu) Montréal.

*Régistrateur*: Dr L. Larue (réélu) Québec.

*Secrétaire pour Québec*: Dr A. G. Belleau (réélu).

*Secrétaire pour Montréal*: Dr F. W. Campbell (réélu).

Puis on procède au choix des assesseurs:

*Université McGill*: Drs L. R. Church et P. E. Mignault.

*Université Bishop*: Drs T. A. Rodger et H. A. Mignault.

*Université Laval (Québec)*: Drs J. A. Garneau et Colin Sewell.

*Université Laval (Montréal)*: Drs D. Marsil et J. B. Gibson.

*Université Victoria*: Drs A. McDonnell et O. Raymond.

Sont nommés membres du Bureau d'examineurs pour les examens préliminaires : MM. les abbés H. A. Verreau et J. C. K. Laflamme et les Révds. A. Howe et M. Weir.

Un comité composé des Drs Lemieux, Geo. Ross, Hingston, Campbell, E. P. Lachapelle, Rodger, Belleau et De St-George, est nommé pour préparer les amendements à faire subir à l'Acte médical actuel, conformément au rapport adopté par le Bureau des Gouverneurs à son assemblée spéciale du 13 juillet, et aux résolutions adoptées par l'assemblée triennale.—*Communiqué officiel.*

---

### Les examens du Bureau central.

---

Les amis des fortes études médicales ont certainement lieu d'être satisfaits du résultat de l'assemblée triennale du 14 juillet dernier, tant au point de vue de la formation du nouveau Bureau Provincial qu'au point de vue des importantes résolutions adoptées par le Collège.

Nous félicitons de tout cœur le Collège d'avoir, à la suite du comité des amendements et à la suite du Bureau provincial, adopté le principe de la création d'un bureau central d'examineurs. La profession toute entière est intéressée à ce que les études médicales soient aussi fortes que possible, et à ce que les conditions d'admission in *nostra docto corpore* soient aussi sévères que le comportent l'importance et la dignité même de notre art. Nous avons tout lieu de le croire, les résultats que nous attendons du nouveau système ne feront que nous convaincre de plus en plus de la nécessité qu'il y avait d'en finir avec le régime des examens universitaires donnant droit de pratiquer.

L'examen préliminaire, ainsi que nous en avons exprimé l'idée, devra être subi par tous les candidats à l'étude de la médecine, sans même en excepter les Bacheliers ès arts. Cette mesure était opportune, et le Collège a bien fait de la sanctionner. Il a fait plus. Il a adopté, par un vote de 35 contre 10, une résolution établissant que la physique, la chimie et la philosophie devront faire désormais partie de l'examen préliminaire. Ceci devra, suivant nous, forcer nos jeunes gens à compléter, jusqu'aux derniers jours, leur dernière année d'études classiques, et à s'y attacher plus spécialement à des matières qui sont de nécessité première aux candidats à l'étude de la médecine.

Un autre point sur lequel le Collège s'est prononcé d'une façon assez catégorique est celui qui a trait à la date des examens du Bureau Central. Le comité des amendements avait fixé cette date au mois d'avril. Le Collège a été d'avis contraire et a choisi le mois de juillet. Nous avons déjà exposé (UNION MÉDICALE, juillet 1886, p. 332,) quelques raisons qui rendaient ce choix très opportun. Notre manière de voir n'a pas changé depuis. Au reste, le fait que la motion du Dr Dagenais à ce sujet a été adoptée par la majorité des membres du Collège, indique suffisamment que nous n'avons, en exprimant notre pensée, été que l'interprète d'un sentiment qui tend de plus en plus à s'établir dans la profession.

---

## L'Association médicale du Canada.

La prochaine réunion de l'Association médicale du Canada promet d'être très intéressante, si nous en jugeons par les titres de quelques travaux qui y seront présentés.

1<sup>o</sup> *Caillots du cœur*, Dr OSLER, de Philadelphie; 2<sup>o</sup> *De la trachéotomie dans la laryngite pseudo-membraneuse*, Dr BELL, Montréal; 3<sup>o</sup> *Le crime et la responsabilité au point de vue médico-légal*, Dr CLARKE, Toronto; 4<sup>o</sup> *Diabète sucré*, Dr T. DUPUIS, Kingston; 5<sup>o</sup> *Traitement des calculs biliaires*, Dr FERGUSSON, Toronto; 6<sup>o</sup> *Inhibition du cœur dans la diphthérie*, Dr GARDINER, London, Ont.; 7<sup>o</sup> *Opération d'Alexander et traitement des déplacements utérins*, Dr A. L. SMITH, Montréal; 8<sup>o</sup> *Excision du coude*, Dr RODDICK, Montréal; 9<sup>o</sup> *Traitement des ganglions tuberculeux du cou*, et 10<sup>o</sup> *Myélosarcome du bras; amputation de l'épaule*, Dr FENWICK, Montréal; 11<sup>o</sup> *Un cas d'abcès pelvien*, Dr ALLOWAY, Montréal.

## Le mode d'élection des Gouverneurs.

Les élections du 14 juillet dernier ont amplement prouvé combien est défectueux le mode suivi jusqu'ici pour le choix des Gouverneurs du Collège, et fourni un argument sérieux à ceux qui ont songé à recourir à un mode nouveau. Actuellement, il se trouve que l'élection est presque entièrement contrôlée par les médecins des deux villes principales, Montréal et Québec, d'abord parce que ces derniers se rendent en nombre relativement plus grand aux assemblées, et en outre, parce qu'ils sont porteurs d'un plus grand nombre de procurations. Or il n'appert pas que les médecins citadins soient toujours très à portée de juger des besoins, intérêts, etc., des districts ruraux, et il peut bien arriver, comme de fait il arrive souvent, qu'ils élisent pour représenter ces districts dans le Bureau, des hommes qui, bien que parfaitement qualifiés sous certains rapports, ne représentent pas toujours les idées, opinions, etc., de cette portion de la profession médicale qu'ils sont censés personnifier; il est également advenu que des médecins fort impopulaires dans leur propre district ont, grâce à ce système, été élus en dépit de leur impopularité, voir même de leur incompétence.

Rien de tout cela n'arrivera, si l'on adopte le mode suggéré par le sous-comité des amendements, et dont la motion de M. le Dr Cotton n'est qu'une modification. Nous croyons donc opportun de décentraliser le pouvoir électif, chaque district judiciaire ou chaque circonscription électorale choisissant ses propres représentants.

Nous irons même plus loin encore, et nous adopterions assez volontiers, toutes réserves faites, une suggestion de M. le Dr Chèvrefils, à l'effet de laisser les médecins de districts gérer en paix et pour leur propre compte certaines petites affaires qui les intéressent plus particulièrement, par exemple: les poursuites contre les charlatans et les médecins non licenciés, les licences à accorder aux sages-femmes, etc. Ces questions, d'intérêt tout local, ne sauraient être mieux comprises et appréciées que par les médecins résidant sur les lieux.

**Errata.**—Nous prions nos lecteurs de vouloir bien rectifier les erreurs typographiques suivantes qui se sont glissées dans notre *Bulletin* du mois de juillet :

Page 331, ligne 29, après : *en améliorant, pour ainsi dire, la, lisez : qualité même des élèves.*

Page 333, ligne 8, après : *dans l'intérêt, lisez : du plus grand nombre.*

Page 335, dernière ligne de l'article intitulé " Le programme des examens, " au lieu de : *et les fins d'examens, lisez : que pour les fins d'examen.*

## NOUVELLES MÉDICALES.

M. le Dr A. BRODEUR, professeur à l'Université Laval, à Montréal, a passé sa thèse devant la Faculté de Médecine de Paris le 30 juillet dernier. Il a pris pour sujet : " De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins." Son comité d'examen se composait de MM. les professeurs Trélat, Farabeuf, Reclus et Landouzy. Il a obtenu la note " *extrêmement satisfait.*"

Le Dr A. Brodeur est attendu à Montréal dans le courant du présent mois.

Le *Journal d'Hygiène populaire* nous arrive toilé de neuf, ce qui lui donne fort belle apparence. Nos félicitations.

L'Association américaine de Rhinologie s'assemblera cette année à St-Louis, Mo., le 6 octobre.

L'Université Laval demande des plans pour l'érection des édifices qu'elle veut faire construire rue Sherbrooke.

Un nouveau journal nous arrive. C'est *La Science populaire*, dirigée par M. Octave CUISSET. Nous attendrons la publication de trois ou quatre numéros avant de juger.

MM. les Drs Louis V. Benoit et Hercule Roy, tous deux gradués de l'Université Laval, à Montréal, se sont fixés, le premier, à Marieville, le second, à St-Jean d'Iberville.

M. le Dr DUDLEY. S. REYNOLDS, de Louisville, Ky, a commencé à publier dans le cours de juillet, un nouveau journal de médecine intitulé *Progress*, qui paraîtra tous les mois, à quarante-huit pages, double colonne. Nous serons très heureux de faire l'échange.

Nous recevons les premiers numéros du *New York Medical Monthly*, revue mensuelle, dont M. le Dr J. Leonard CORNING est le rédacteur en chef. Parmi les noms des collaborateurs, nous remarquons ceux des professeurs AGNEW, BARKER, H. G. FOX, LOOMIS, OTIS, ROOSA et GAILLARD THOMAS. M. le prof. OTIS publie, dans le premier numéro, un article des plus remarquables sur le diagnostic et le traitement de la syphilis. Succès au nouveau confrère !

Nous sont arrivés ces jours derniers, après un séjour de quelques mois au fond de la mer, le *Paris médical* (n<sup>o</sup> du 6 mars), le *Journal d'Hygiène* (n<sup>o</sup> du 4 mars), et la livraison de janvier du *Bulletin médical du Nord*, tous trois malheureux et humides naufragés de l'Orégon. De tous nos échanges d'Europe que la catastrophe de l'Orégon avait engloutis avec celui-ci, seuls, trois de la *Gazette des hôpitaux* (n<sup>os</sup> 25, 26 et 27) manquent



à l'appel. Il est vrai d'ajouter que cette perte nous a été des plus sensibles, et que nous comptons sur la bienveillante obligeance de notre distingué confrère, M. le Dr LE SOURD, pour nous aider à réparer les vides ainsi créés dans nos séries de la *Gazette*.

La dix-neuvième réunion annuelle de l'Association médicale Canadienne se tiendra à Québec, le 18 et le 19 avril prochain. Des arrangements ayant été conclus avec les diverses compagnies de chemin de fer et de vapeurs, chaque membre ou délégué peut obtenir des billets de retour pour lui-même, son épouse et un malade, au prix d'un passage et un tiers chacun. Le secrétaire, M. le Dr James Bell, donnera les certificats nécessaires à l'obtention de ces billets de retour. Ceux des membres qui désirent faire quelque communication à l'Association sont priés d'en avvertir le secrétaire, donnant en même temps le titre de leur travail, le tout afin de rendre plus facile la disposition du programme de l'assemblée.

**Ecole Vétérinaire Canadienne Française de Montréal.**—L'inauguration de cette école (agrégée à l'Université Laval) aura lieu le trente septembre prochain, à 8 heures du soir, au Cabinet de Lecture Paroissial, par un discours d'ouverture prononcé par le professeur V. T. D'Aubigny, M.V., à Montréal.

Les cours comprendront la médecine et la chirurgie, la pathologie, la matière médicale, la chimie, l'histologie, l'anatomie descriptive et comparée, l'obstétrique, l'hygiène, l'anatomie pratique, l'entozoaire, la physiologie et la botanique.

Les membres du conseil sont :

Révd. M. Marcoux, vice-recteur de l'Université Laval, président ;

Directeur, le professeur V. T. D'Aubigny, M. V. ;

Secrétaire : H. E. Desrosiers, M.D.

E. P. Lachapelle, M.D., et N. Fafard, M.D.

Le corps enseignant est composé comme suit :

Professeurs : V. T. D'Aubigny, M.V., médecine et chirurgie ; E. P. Lachapelle, M.D., pathologie générale ; H. E. Desrosiers, M.D., matière médicale ; N. Fafard, M.D., chimie ; A. Joyal, M.D., histologie ; I. Cormier, M.D., anatomie descriptive ; A. R. Marsolais, M.D., obstétrique ; L. H. P. Lorrain, M.V., hygiène ; O. Fortin, M.V., anatomie pratique et entozoaires ; S. Duval, M.D., physiologie comparée et botanique.

Un hôpital possédant une pharmacie et les instruments nécessaires pour la clinique externe, de même qu'une forge seront attachés à l'école.

Les cours seront de six mois par année, pendant trois années, et les élèves recevront des diplômes universitaires.

Les cours pour le semestre 1886-87, sont gratuits, les élèves n'étant tenus de se procurer que les auteurs nécessaire à l'étude.

La circulaire de l'école sera publiée et adressée prochainement.

Ceux qui désirent suivre ces cours devront s'adresser au Rév. M. Marcoux, vice-recteur, Université Laval, Montréal.

Professeur V. T. D'aubigny, 384 rue Craig, Montréal.

Dr H. E. Desrosiers, 70 rue St-Denis, Montréal.

#### NAISSANCE.

DESROSIERS.—A Montréal, le 4 juillet 1886, la dame du Dr H. E. Desrosiers, une fille.

#### DECES.

DOSTALER —A Maskinnongé, le 20 juillet, à l'âge de 4 ans, Joseph Alfred, enfant du Dr. L. J. A. Dostaler.