

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—M. LARAMEE.

Du goître.

Je profite de la présence dans nos salles, d'un cas bien caractérisé de goître, pour vous entretenir de cette maladie au sujet de laquelle vous serez consultés plus d'une fois.

Qu'entend-on par le mot goître? Le goître est l'hypertrophie ou augmentation de volume, pure et simple, de la glande thyroïde. Cette hypertrophie se présente sous la forme d'une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, située sur le larynx et la trachée. Dans le cas qui nous occupe, le goître est passablement développé, mais il peut atteindre des proportions beaucoup plus considérables. Ainsi, on cite des cas où la glande hypertrophiée descendait jusqu'à l'ombilic et même jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Quelquefois, le goître, au lieu de descendre, remonte en arrière, vers la nuque; j'ai eu occasion d'en observer un cas semblable chez lequel les cheveux retombaient sur la tumeur de manière à faire croire que le malade portait un énorme fichu autour de son cou. Le goître est ordinairement bilatéral; c'est généralement le lobe droit de la glande qui est affecté. Ce qui incommode le plus les malades dans les cas de goître, c'est la gêne parfois considérable de la respiration et de la déglutition produite par la tumeur comprimant, par sa face profonde le larynx et la trachée et allant quelquefois jusqu'à contourner ces organes. C'est ce que nous remarquons chez ce malade quand il est entré à l'hôpital; outre que sa respiration était laborieuse, il avait aussi de la difficulté à avaler les aliments solides et même les liquides. Nous avons au reste une preuve évidente que le goître a des rapports intimes avec le larynx dans le fait que la tumeur remonte chaque fois que le malade fait un mouvement de déglutition. Ce mouvement de la tumeur ne lui appartient pas en propre, cela va de soi, mais lui est communiqué par les mouvements de l'organe sur lequel elle repose. De fait; le goître n'a pas de mouvements, parce que les vaisseaux qui y entrent ne sont ni assez gros, ni assez dilatés pour faire pulsater la tumeur. Néanmoins, si cette dernière était fortement appuyée sur quelque artère de gros calibre, comme la carotide, les pulsations de l'artère lui seraient communiquées. Dans le cas présent, vous voyez qu'on ne constate absolument aucun mouvement.

Presque toujours le goître est endémique. Il se montre de préférence parmi les populations des montagnes ou des pays montagneux. C'est ainsi qu'il existe à l'état d'endémie parmi les populations de

la Suisse, des Alpes, des Pyrénées et des Vosges. Ici, en Canada, nous le rencontrons assez fréquemment, et il n'en est peut-être pas un seul parmi vous qui ne puisse indiquer une localité ou paroisse où le goître n'existe pas. Le fait est que notre pays est assez riche en chaînes de montagnes pour expliquer ce fait. J'ajouterai que notre malade a résidé pendant cinq ans à Oka.

Le goître se rencontre aussi dans les vallées et les pays plats, mais beaucoup moins fréquemment; il est plus commun à la campagne que dans les villes. On le dit rare dans certaines parties des États-Unis, surtout à Philadelphie, mais il est assez commun dans les environs de New York, dans la Pensylvanie et la Virginie.

A quoi le goître est-il dû ?

Les uns l'attribuent à l'usage d'eau renfermant des sels de magnésie ou des sels calcinés, ou à l'usage d'eau de neige; les autres croient qu'il est dû à l'absence d'iode dans l'air atmosphérique et dans l'alimentation. Il y a du vrai, sans doute, dans ces diverses hypothèses, mais ce qui est plus vrai encore, c'est que l'on voit des sujets faisant usage d'eau magnésienne, ou calcaire, ou de neige, ou habitant des pays montagneux, et qui cependant ne souffrent pas et n'ont jamais souffert du goître. Pourtant, l'opinion qui rattacherait la cause du goître à l'absence d'iode dans l'air ou l'eau potable semble être très accréditée aujourd'hui. L'iode, vous le savez, est aussi nécessaire à l'économie que le fer. Une mauvaise alimentation, un air vicié, l'habitation de lieux humides, toutes ces conditions agissent comme causes prédisposantes du goître par le fait qu'elles amènent une diminution de la proportion d'iode renfermée dans l'air atmosphérique.

On dit aussi que l'habitude d'aller le cou nu et celle de porter un fichu trop serré sont aussi, de même que la constitution scrofuleuse, des causes prédisposantes du goître.

Le goître est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Rarement on le rencontre avant l'âge de 7 ou 8 ans. Notre malade a 47 ans. Or il est rare que la maladie fasse sa première apparition à un âge aussi avancé qui est plutôt l'âge des productions malignes. Ces productions morbides sont les kystes séreux, dont les parois peuvent devenir, à la longue, fibreuses, cartilagineuses, osseuses, plus rarement des noyaux squirrheux ou du tissu encéphaloïde, mais ce sont autant de complications. Ce malade nous dit avoir eu une première attaque de goître à pareille époque, l'an dernier, et en a guéri presque complètement. Je dis presque complètement, car au dire du patient, il lui est resté, après la disparition quasi-totale de la tumeur, une certaine gêne de la respiration.

Je résumerai cette question de l'étiologie en disant qu'il n'est pas toujours facile de saisir, dans tous les cas, la cause intime de la maladie. Il est probable que cette cause n'est pas unique mais multiple.

Le diagnostic du goître simple se fait en général sans trop de difficultés. La maladie peut être confondue avec le goître exophthalmique et avec une tumeur siégeant dans la glande thyroïde.

Le goître exophthalmique est assez rare. Il se montre généralement chez les jeunes sujets, surtout chez les jeunes filles nerveuses. Il se présente à nous sous trois symptômes qui le caractérisent essentiellement et que nous n'observons pas dans notre cas. Ce sont: 1o Les palpitations cardiaques; 2o Les pulsations siégeant dans la tumeur

dont les vaisseaux sont dilatés outre mesure ; 3o L'exophthalmie. Ces palpitations, survenant par accès, sont parfois excessives et s'accompagnent d'une très notable accélération des battements cardiaques, de 120, 140 et même 200 à la minute. Les palpitations peuvent se manifester avant le développement exagéré de la glande, mais l'exophthalmie ne vient habituellement qu'en dernier lieu. Les pulsations de la tumeur sont dues à la dilatation extrême des vaisseaux qui s'y distribuent. Quand notre malade s'est présenté à nous pour la première fois, il présentait quelques signes superficiels qui pouvaient faire croire à un goître exophthalmique. Ainsi, on remarquait une légère proéminence des globes oculaires, une congestion évidente des vaisseaux de la face et des conjonctives ; celles-ci étaient larmoyantes. Mais le malade nous dit que ses yeux ont toujours été proéminents de la sorte ; de plus, la pression de la tumeur sur les veines de la région cervicale expliquait simplement les phénomènes congestifs que nous remarquions à la face. La tumeur, remarquez-le bien, ne pulsait pas du tout.

Je dirai en passant que la pression du goître sur les vaisseaux cervicaux, si elle est un peu considérable, peut produire un certain degré de congestion cérébrale passive qui se traduit par de la céphalalgie, de la lourdeur de tête, des accès de mauvaise humeur, etc., comme cela s'est montré chez notre malade, à cause de la gêne du retour du sang veineux de la région céphalique. Il peut même survenir de l'hémorragie cérébrale, surtout s'il y a déjà prédisposition par endartérite ou périartérite.

Les tumeurs qui pourraient le plus facilement nous en imposer dans ce cas sont le cancer, le kyste, le tubercule, les productions ostéoides. Ces dernières, ainsi que le kyste, peuvent être facilement éliminées, vu l'absence totale des signes qui leur sont propres. Cet homme n'est pas à l'âge où se développent d'ordinaire les tubercules. Les poumons sont sains et il n'y a nulle part ailleurs signe de tuberculisation. Le cancer ne suit pas la marche que nous avons observée dans ce cas. Car il ne faut pas oublier que ce malade a eu, l'an dernier, une attaque semblable de goître, dont il s'est guéri presque complètement. Il n'y a enfin ni amaigrissement ni cachexie.

Pour ce qui est du traitement du goître, vous n'ignorez pas que l'iode passe pour être l'antagonisme par excellence de l'hypertrophie du corps thyroïde. Le fait est que de tous les modes de traitement employés jusqu'ici pour combattre le goître, le traitement par l'iode est celui qui a donné les meilleurs résultats.

L'iode s'administre intrà et extrà. Localement, on emploie la teinture d'iode comme révulsif ou mieux encore l'onguent d'iode comme fondant. A l'intérieur on donne soit l'iode soit l'iodure de potassium. Notre malade a été, à son arrivée à l'hôpital, mis immédiatement au régime iodé. Nous avons fait faire des frictions avec l'onguent d'iode, et à l'intérieur avons prescrit la solution de Lugol. De plus nous avons, avant-hier, essayé un moyen que l'on a beaucoup recommandé dernièrement, c'est l'injection de teinture d'iode dans la substance même de la glande. Ce traitement a donné entre les mains de quelques praticiens des résultats très satisfaisants. Ainsi on a rapporté 36 guérisons sur 48 cas de goître traités par cette méthode.

Les injections produisent très peu de phénomènes inflammatoires ; elles se pratiquent de temps à autre, 30 gouttes d'iode étant injectées

à la fois. Ici nous n'avons pas encore eu le temps de constater les bons effets du traitement. Nous les pourrions voir mieux dans quelques jours.

L'alimentation du goîtreux doit être telle qu'elle contienne une aussi grande quantité d'iode que possible. Ainsi vous devez lui recommander les œufs, le lait, le cresson, etc. L'usage de l'huile de foie de morue est aussi recommandable. A ceux de vos malades qui s'en sentiraient le goût, vous pouvez aussi conseiller comme articles de diète, les écrevisses et les grenouilles dont la chair renferme une assez forte proportion d'iode.

Parmi les autres médicaments conseillés contre le goître, nous avons l'onguent de biiodure de mercure, l'onguent d'oxyde noir de cuivre, etc., mais aucun d'eux n'a encore donné de résultats comparables à ceux de l'iode.

Le changement de lieu trouve bien ici son application vû qu'on cite le fait que des jeunes gens qui, après avoir contracté le goître en buvant l'eau d'une même source, pour échapper à la conscription, n'avaient qu'à changer d'habitation et de boissons, pour que leur goître disparût.

La chirurgie intervient peu dans le cas de goître, sauf dans les cas où il y a menace bien grande d'asphyxie.

Depuis que notre malade a été soumis aux injections parenchymateuses d'iode, le goître a diminué d'à peu près $22\frac{1}{2}$ pouces sur sa circonférence.

Considérations sur la lymphangite utérine; (1)

par Flavien Dupont, M. D., Montréal.

Comme je vous l'ai promis à la dernière séance, je vais aujourd'hui passer en revue les différentes théories de la péritonite puerpérale.

Ces théories peuvent se résumer comme suit:

1^o Inflammation de péritoine, par voisinage du tissu utérin enflammé.

2^o Inflammation cheminant le long des fibres de la trompe.

3^o Cavité tubaire propageant l'inflammation à la séreuse.

4^o Formation d'une salpingite indépendante de l'utérus, puis évacuée dans le péritoine, péritonite.

5^o Altération primitive de l'ovaire; voisinage de la séreuse, péritonite.

6^o Péritonite par phlébite.

7^o Enfin, lymphatiques transportant les inflammations ou les matières septiques de l'utérus au péritoine.

Je me propose de discuter la valeur relative de chacune de ces théories et d'éliminer, après examen, celles qui ne pourront supporter une discussion sérieuse.

Cependant, il serait bien long et bien ennuyeux de discuter un à un les arguments apportés par les auteurs à l'appui de leur thèse. Aussi, pour plus de brièveté, allons-nous soumettre aux seules épreu-

des de l'anatomie pathologique ou de la physiologie, les différentes lésions ou mécanismes qu'ils ont invoqués. Quand leurs théories auront ainsi passé par ce creuset, nous verrons ce qu'elles valent, et partant, l'importance que nous pouvons leur accorder. S'il est vrai que la saine clinique doit s'appuyer sur l'anatomo-pathologie, nous n'aurons pas de reproche à faire à ce mode d'examen, et nous aurons, comme résultat de son emploi, des raisons solides pour motiver notre adhésion. Après cette revue générale faite, nous considérerons les signes différentiels de la phlébite et de la lymphangite.

Entrons maintenant en matière. Et d'abord, arrêtons-nous un instant à la première théorie : Inflammation du péritoine, provoquée par le tissu utérin enflammé.

Les autopsies nombreuses qu'on a faites dans des cas de péritonites puerpérales ont trop souvent montré le tissu musculaire de l'utérus parfaitement sain, sans aucune trace d'inflammation, pour que nous puissions considérer cette théorie comme bien fondée. Aussi Lucas-Championnière, après de nombreuses coupes pratiquées sur tous les points de la matrice, se sent-il tout-à-fait disposé à rejeter complètement cette interprétation. D'après cet auteur, pour les mêmes raisons Copland n'aurait pas été plus heureux en affirmant que l'inflammation chemine le long des fibres de la trompe et arrive ainsi à enflammer le péritoine.

Donc, à défaut de preuves suffisantes, nous rejetons ces deux premières théories et nous passons immédiatement à l'examen de la troisième qui est tout-à-fait séduisante par sa simplicité : Propagation de l'inflammation par la cavité tubaire. En effet, quoi de plus simple et de plus séduisant ? Toutefois, avant de nous y rallier, voyons comment elle peut supporter la discussion.

Par cette voie, la transmission de l'inflammation ne saurait se faire que de deux manières :

- 1^o Par inflammation de la muqueuse tubaire, enflammant par voisinage le péritoine, ou
- 2^o Par transport de matières septiques déversées dans la cavité abdominale.

Et d'abord, nous avons dit : Par inflammation de la muqueuse, etc.

Comment pourrions-nous soutenir cette théorie, en face des nombreuses autopsies qui nous montrent la muqueuse tubaire parfaitement saine, ou altérée dans ses deux tiers externes seulement. Encore dans cette dernière lésion nous pourrions peut-être trouver un motif pour notre adhésion. Mais cette altération n'est pas constante, et nous avons vu et admis que cette inflammation des deux-tiers externes s'expliquait par des phénomènes de voisinage que nous avons étudiés dans l'anatomo-pathologie. Donc, encore ici, nous avons de fortes objections contre ce mode de transmission des inflammations de l'utérus au péritoine.

Et d'autre part, après avoir vu dans les expériences de Fontaine combien est difficile la pénétration dans la trompe des liquides injectés dans l'utérus, nous ne sommes pas portés à accepter facilement le transport des matières septiques par cette voie. "Il faut, dit Fontaine, exercer une forte pression pour que les liquides pénètrent dans la cavité tubaire." Il n'en faudrait pas une moins grande n'est-ce pas, pour que les matières septiques contenues dans l'utérus pussent se

déverser, par cette voie, dans la cavité abdominale. Or, comme dans nos circonstances, cette pression *nécessaire* manque absolument, la théorie tombe d'elle-même.

De plus, en considérant l'étroitesse naturelle de l'orifice tubaire, étroitesse qui va jusqu'à en rendre l'examen difficile, et, qui plus est, quand nous songeons à l'oblitération presque complète de cet orifice étroit par les replis de la muqueuse, nous devenons de plus en plus réfractaires à cette opinion, qui, en y réfléchissant, nous apparaît comme une conception anti-physiologique.

“ De fait, s'il y avait là cette communication facile que l'on suppose, on ne concevrait pas qu'une femme pût accoucher sans avoir une péritonite; même, elle ne pourrait avoir ses règles sans qu'il passât une certaine quantité de liquide dans le péritoine pour l'enflammer” (Championnière).

Nous savons maintenant ce que vaut cette troisième théorie. Examinons-en une quatrième soutenue par Bernutz : Salpingite sans communication avec l'utérus, pus évacué dans le péritoine, péritonite.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps ici, car en présence de faits contradictoires où la trompe est trouvée parfaitement saine, et pour nous qui regardons son inflammation comme secondaire, nous ne saurions adhérer bien fort à cette théorie, surtout quand l'examen des pièces nous permet d'en émettre une plus générale, plus rationnelle et plus constante.

Maintenant, que dire de la cinquième théorie : Altération primitive de l'ovaire, péritonite par voisinage ?

Nous ne saurions nier que l'inflammation de l'ovaire suffit à produire une péritonite. Mais de là à la possibilité de faire de cette altération une cause générale de péritonite, il y a loin. Et une telle conclusion serait imprudente, surtout, comme nous l'avons vu ailleurs, quand certains auteurs font aujourd'hui de l'ovarite une affection consécutive à la métrite et admettent que l'inflammation serait ainsi transportée de l'utérus à l'ovaire par l'intermédiaire des lymphatiques mêmes. Cette interprétation, avouons-le, affaiblit considérablement cette théorie et lui enlève encore du peu d'importance que nous venons de lui accorder.

Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à examiner la valeur respective de la phlébite et de la lymphangite comme cause de péritonite puerpérale.

Avant d'entrer dans le vif de la question, il est d'abord nécessaire de dire qu'un grand nombre de ceux qui se sont occupés de cette étude ont souvent confondu les vaisseaux des deux ordres, en prenant des lymphangites pour des phlébites. Cruveilhier lui-même dit qu'il a souvent fait cette méprise, et Lucas-Championnière confesse avoir commis la même faute au début de ses recherches. De plus, nous trouvons dans des ouvrages, fort recommandables d'ailleurs, des descriptions de phlébite, qui, aujourd'hui, avec nos connaissances positives sur les lymphatiques utérins, conviennent de toutes pièces à la lymphangite. Pour preuve, je vous cite la description suivante faite par Behier. D'abord, comme le fait remarquer très judicieusement Lucas-Championnière, il recherche les veines utérines surtout sur les côtés et aux angles de l'utérus, puis il dit : “ Enfin, plus profondément encore, c'est du pus véritable que l'on trouve, pus *crémeux*, tout-à-fait phlegmoneux,

ou bien ce pus est plus *concret*, comme disposé en *caillots purulents*. Les parois veineuses au niveau de cette collection *sont parfois et même assez souvent d'un blanc nacré*, sans apparence d'injection ou de fausses-membranes."

Localisation, apparence, couleur blanc-nacré, pus crémeux, caillots purulents, tout est complet; il n'y a pas de doute à conserver sur la nature de ces vaisseaux. Aussi Championnière, après une étude minutieuse des observations de Béhier, dit qu'il n'a conservé aucun doute sur la méprise qu'à faite ce dernier, dans la plupart des cas qu'il rapporte. Et il en est ainsi des observations de Dance, de Tonnelée et de celles de Billoir.

Ceci dit, la confusion étant admise, nous voyons jusqu'à quel point on a pu exagérer la fréquence de la phlébite et l'importance du rôle joué par elle dans la production de la fièvre puerpérale.

Pouvons nous expliquer de quelque façon ce peu de fréquence de la phlébite dans les complications puerpérales? Anatomiquement, Virchow et Cruveilhier l'expliquent par la thrombose des sinus veineux, qui ferme ainsi cette voie au passage des matières septiques, et cliniquement, nous pouvons l'expliquer par *la rareté de l'infection purulente dans les cas de ce genre*. Donc, pour toutes ces raisons, sans nier toutefois le rôle qu'elle peut jouer, nous devons diminuer considérablement l'importance de la phlébite dans le développement des accidents puerpéraux.

Maintenant, il ne nous reste plus qu'à nous occuper de la lymphangite et à voir si nous ne trouvons pas dans cette affection une explication plus facile et plus fréquente de la péritonite puerpérale.

Nous avons vu ailleurs combien étaient fréquentes les douleurs du côté des annexes dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Nous avons prouvé que ces douleurs étaient liées à une inflammation des lymphatiques.

Nous savons tous combien sont fréquentes les lésions de l'utérus après l'accouchement.

Nous avons démontré la relation qui existe entre la lymphangite et les traumatismes et les lésions de la matrice.

Et enfin nous avons reconnu à cette lymphangite une grande puissance à produire la péritonite.

Messieurs, inutile que nous poussions plus loin, nous avons dans ces quelques propositions tout ce qu'il nous faut en fait de preuves irrécusables pour affirmer la fréquence et l'importance de la lymphangite dans le développement de la péritonite puerpérale.

Et maintenant que nous avons passé en revue toutes les théories de la fièvre puerpérale, nous pouvons affirmer, en toute sûreté, qu'aucune ne saurait avoir une si grande importance, et partant mériter plus notre adhésion que celle du développement des accidents puerpéraux par la lymphangite utérine.

C'est là la seule conclusion à laquelle je veux arriver. Mon intention n'est pas de faire accepter cette théorie à l'exclusion de toute autre. Non. Mon seul désir est d'empêcher de confondre, sous le nom vague de fièvre puerpérale, des groupes de maladies que nous devrions au moins différencier par l'anatomie pathologique, (c'est ce que demande Lucas-Championnière,) et de faire accorder à chacune d'elles l'importance qu'elle commande par sa fréquence et par

sa gravité. Cette distinction nous guidera avantageusement dans l'ins-
titution de notre traitement et aidera beaucoup à son succès. N'aurions-
nous retiré de ce travail que ce résultat, je considère que nous n'aurions
pas encore perdu notre temps.

Bien que nous en ayons vu assez pour nous permettre d'établir la
fréquence relative de la phlébite et de la lymphangite dans la part
qu'elles prennent au développement de la péritonite puerpérale, il ne
sera pas inutile d'y ajouter encore quelques témoignages qui, sans
doute, aideront à porter la conviction dans les esprits.

Ces témoignages viennent appuyer l'opinion qui veut que nous trou-
vions dans la fréquence de la péritonite, dans les cas qui nous occu-
pent, un argument en faveur de la lymphangite.

A ce propos Botrel a dit : " La péritonite est une conséquence néces-
saire de l'angioléucite, tandis qu'assez souvent, dans la phlébite, l'in-
flammation n'atteint pas la séreuse." Cette conclusion est peut-être
trop rigoureuse, pour ce qui a trait à la nécessité de la péritonite, dans
la lymphangite; aussi croyons-nous plus prudent de dire simplement,
avec Lucas-Championnière, que : " parmi les péritonites puerpérales,
un grand nombre sont consécutives à la lymphangite utérine."

A ces témoignages précieux, nous pouvons encore ajouter celui de
Cruveilhier, qui savait distinguer la phlébite de la lymphangite et qui
dit n'avoir observé, de 1830 à 1832, que 8 cas de phlébite contre un
grand nombre de cas d'angioléucite. Et plus loin : " tandis que la
phlébite purulente s'observe assez souvent indépendamment de la péri-
tonite, la lymphangite s'accompagne presque toujours de péritonite et
de phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéux."

Inutile de tirer des conclusions; contentons-nous de résumer ce qui
précède dans les termes suivants :

Parmi toutes les théories que nous venons d'énumérer, un certain
nombre doivent être rejetées, comme la 1^{ère}, la 2^{me}, la 3^{me} et la 4^{me}.

Les trois autres étant appuyées sur des faits plus constants, nous
pouvons leur accorder plus de valeur. Mais les plus importantes d'entre
elles sont celles de la phlébite et de la lymphangite, et entre ces deux
dernières, la lymphangite doit tenir le premier rang, car elle est plus
fréquemment confirmée que les autres par la clinique et l'anatomo-
pathologie.

Messieurs, je vais maintenant essayer d'établir une distinction entre
la phlébite et la lymphangite utérine. Les moyens de distinction dans
ce cas appartiennent à deux ordres de faits différents : les uns à la
clinique et les autres à l'anatomie pathologique.

Pour plus de concision, je procéderai, si vous voulez bien me le per-
mettre, d'une façon sommaire, et nous verrons d'abord les différences
que nous permet de voir l'anatomie pathologique entre ces deux ordres
de vaisseaux enflammés.

Je mets en regard les lésions des uns et des autres :

LYMPHANGITE.	PHLÉBITE.
1 ^o Les vaisseaux aboutissent à des ganglions.	1 ^o Les veines n'aboutissent pas à des gan- glions.
2 ^o Ces vaisseaux sont munis de valvules.	2 ^o Les veines utérines en sont dépourvues.
3 ^o Les lymphatiques présentent une paroi mince, bosselée, et d'un blanc nacré.	3 ^o Les veines ont une paroi épaisse, fragile, injectée, adhérente aux parties voisines.

- | | |
|---|--|
| 40 Les lymphatiques contiennent un pus blanc, crémeux et bien lié, quelquefois des caillots fibrineux blancs, sans mélange de sang. | 40 Les veines contiennent des caillots adhérents, une matière puriforme mélangée de matière colorante rouge. |
| 50 Les lymphatiques apparaissent surtout aux angles et sur les côtés de l'utérus, au point de réunion du col et du corps. | 50 Les veines n'ont pas de localisation particulière, ne sont pas limitées comme les lymphatiques, et montrent beaucoup de sinus enflammés à la surface placentaire. |

Voilà, messieurs, pour la partie anatomique; voyons ce que la clinique met à notre disposition pour aider à la distinction que nous voulons faire.

M. Sirodey, dans un travail publié en 1875, dans les *Annales de Gynécologie*, s'est appliqué à rechercher les signes différentiels de ces deux affections. Voici les résultats auxquels il serait parvenu. D'après lui, une douleur vive, un début très rapproché de l'accouchement, une élévation brusque de la température et sa persistance au summum seraient d'excellents indices de lymphangite; tandis qu'un début moins vif, une élévation de température moins prompte, des irrégularités de la fièvre, des frissons répétés, une marche moins rapide caractériseraient la phlébite. Si je ne me trompe, nous avons là tous les éléments nécessaires à cette distinction, et avec un peu d'attention, nous pourrions toujours établir assez facilement à laquelle des deux affections nous avons affaire. Dans les cas douteux, nous pourrions toutefois nous renseigner au moyen du toucher vaginal. Nous trouverons, dans le cas de lymphangite, en touchant dans le cul-de-sac postero-latéral, des trainées irrégulières et douloureuses, aboutissant à des ganglions plus ou moins volumineux, caractères que nous ne saurions retrouver dans le cas de phlébite.

Messieurs, je ne puis terminer sans faire remarquer que dans cet examen, si je ne me suis pas occupé de la cause générale qui peut dominer toutes les lésions que nous avons passées en revue, c'est à dessein que je l'ai fait. Je n'ai voulu étudier ici que la lésion en elle-même, dans ses caractères et son importance, en un mot, sans me soucier du génie de la maladie, je n'ai cherché qu'à indiquer la porte d'entrée du mal et je l'ai suivi dans les ravages qu'il peut causer sur son passage. Toutefois, puisqu'à l'article traitement, nous aurons à tenir compte de la cause générale, peut-être ne paraîtra-t-il pas hors de propos d'ajouter que nous l'acceptons, quelle qu'elle soit, avec tous ses caractères et toute sa puissance.

Pour nous, qu'elle dépende de l'encombrement, de l'épidémie, ou de la contagion, peu nous importe, et nous reconnaissons volontiers l'influence qu'elle peut avoir sur la marche et la terminaison de la maladie, et cela nous suffit. De là à dire que nous sommes disposés à voir dans tous les cas mortels l'influence d'un genre spécial, il y a loin. Le vent est aux microbes. Des hommes considérables et puissants y croient. Celui de la fièvre puerpérale a été découvert. Pasteur nous l'a fait voir. Nous y croyons. Mais je crois aussi que les complications puerpérales peuvent être graves, mortelles même, en dehors de son influence. Le pronostic seul de la péritonite simple me suffit et m'autorise à persister dans cette opinion.

NOTES DE THERAPEUTIQUE ; (1)

Par H. E. DESROSIERS, M. D.,

Professeur à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

*Paraldéhyde.—Alcool et anesthésiques.—Agaririne.—Iodure d'éthyle.—
Acide salicylique.—Transfusion.*

Paraldéhyde.—Tel est le nom d'un nouvel agent hypnotique que l'on est à expérimenter en divers endroits, et qui, si l'on en croit les résultats déjà obtenus, serait appelé à prendre place dans la thérapeutique à côté de l'opium et du chloral.

La paraldéhyde est une modification isomère de l'aldéhyde. Elle est plus soluble dans l'eau froide que dans l'eau chaude.

D'après Morselli (*Revue des sciences médicales*), l'action hypnotique de la paraldéhyde est analogue à celle de l'hydrate de chloral, avec cet avantage qu'elle ne modifie ni la circulation, ni la respiration. Elle n'offre pas les mêmes dangers dans son emploi chez les aliénés.

Cinq, dix ou vingt minutes après l'administration de cette substance, la période hypnotique est commencée. La dose efficace varie de 18 à 72 grains, le sommeil durant de deux à sept heures. Quant le médicament a été administré à doses modérées, le réveil, d'après Peretti et les autres observateurs, n'est accompagné ni de malaise, ni de maux de tête, ni de troubles des voies digestives. A doses élevées, Berger a remarqué au réveil de la céphalalgie, nausées, vomissements, du vertige et une sorte d'ébriété.

Suivant Peretti, la paraldéhyde aurait sur le chloral les avantages suivants : 1^o Même à fortes doses, elle est sans danger pour l'action du cœur ; 2^o Elle n'a pas d'effet convulsif ; 3^o Elle produit rapidement le sommeil sans amener d'abord un stade d'excitation, et sans provoquer d'état congestif ; 4^o Le réveil (à doses modérées) ne s'accompagne d'aucune sensation désagréable. D'autre part, elle aurait comme inconvénients : 1^o De déterminer une rapide accoutumance, de sorte que, bien plus encore que pour le chloral, il faut augmenter la dose ; 2^o De communiquer à l'haleine une odeur pénétrante et désagréable.

Comme ceux du chloral, les usages de la paraldéhyde sont multiples. Morselli l'a essayée, et avec succès, comme calmant et hypnotique, dans toute les formes de l'aliénation mentale, dans la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie et dans d'autres maladies, la bronchite, la pneumonie, les affections du cœur. Il a presque toujours obtenu un sommeil tranquille, profond et sans aucun désordre circulatoire ou cérébral ; 50 grains de paraldéhyde sont suffisants pour obtenir un sommeil de quatre à sept heures, non interrompu. L'auteur n'hésite pas à comparer l'influence de la paraldéhyde à celle du chloral et de la morphine dans les maladies mentales, et à lui donner la préférence dans certains cas, notamment dans la mélancolie avec agitation. Elle a paru utile et sans danger dans quelques cas de paralysie générale. Dans les maladies de poitrine, elle a non seulement procuré le sommeil, mais encore combattu la dyspnée et la toux. Enfin, elle a été également employée chez les cardiaques sans aucun danger.

(1) Voir la livraison de novembre 1883.

M. Dujardin-Beaumetz qui a soumis un grand nombre de ses malades à l'action de la paralaldéhyde a obtenu les résultats suivants : Comme hypnotique, la paralaldéhyde s'est montrée supérieure à la morphine et au chloral, mais cette supériorité cesse lorsqu'on compare ces trois médicaments au point de vue de l'action calmante, et tandis que le chloral et surtout l'opium calment la douleur, quelquefois même sans déterminer le sommeil, la paralaldéhyde est impuissante à obtenir même la cessation des phénomènes douloureux. La paralaldéhyde sera donc un excellent médicament dans l'insomnie, même dans celle qui survient chez les morphiomanes. (*Bulletin de thérapeutique*)

M. Constantin Paul a, pour sa part, obtenu des succès contre la morphiomanie, en se servant de la paralaldéhyde.

La paralaldéhyde est, comme on le voit, une substance qui promet beaucoup. Pourvu qu'elle ne nous ménage pas une déception du genre de celle dont nous a gratifiés l'éther bromhydrique, d'anesthésique mémoire.

Alcool et anesthésiques.—Dans une note insérée dans la *Tribune médicale*, M. le Dr Dubois, préparateur de physiologie à la Faculté des Sciences, étudie l'influence de l'alcool sur l'action physiologique des anesthésiques et en particulier du chloroforme et de l'éther, et donne les résultats des expériences auxquelles il s'est livré dans ce but. Ces résultats se résument ainsi : Dans l'état d'alcoolisme aigu, l'anesthésie se produit plus rapidement. En conséquence, le titre du chloroforme peut être abaissé dans le mélange anesthésique. La quantité, en volume, du mélange qui doit pénétrer dans l'arbre aérien pour produire l'anesthésie et la mort, est moindre que celle qui est nécessaire à l'état normal. Les symptômes sont à peu près identiques chez les sujets alcoolisés (alcoolisme aigu) et chez ceux qui ne le sont pas ; il n'en serait pas de même dans les cas d'alcoolisme chronique et d'alcoolisme en retour, ce qui est déjà, du reste, parfaitement établi. En un mot, dans l'alcoolisme aigu, l'alcool agirait dans le même sens que le chloroforme, et l'on perdrait en résistance ce que l'on gagnerait en vitesse.

On sait qu'avant la découverte de l'éther et du chloroforme, l'ivresse alcoolique était utilisée dans le but d'amener l'anesthésie chirurgicale. Aujourd'hui, même avec l'emploi de ces deux précieux anesthésiques, on recommande l'administration d'une dose modérée d'alcool ou d'eau de vie préalablement à l'administration du chloroforme ou de l'éther. Les expériences du Dr Dubois doivent nous engager à persévérer dans l'emploi de cette méthode et même à augmenter la dose du stimulant (dose qui, si nous ne faisons erreur, est en général assez faible,) sans toutefois pousser jusqu'à l'alcoolisme aigu. L'anémie cérébrale et la syncope consécutive peuvent être, de la sorte, efficacement prévenues.

Agaricine.—On ressuscite de nouveau l'emploi de l'agaric blanc contre les sueurs nocturnes des phthisiques. Seifert, de Würzburg (*Bulletin de thérapeutique*) s'est servi du principe actif, l'agaricine, et l'a administrée à doses de 1/10 à 1/5 gr. et en a obtenu souvent de très bons effets. L'agaricine cependant ne serait pas un remède absolu, et il faudrait parfois l'employer à doses croissantes, vu l'accoutumance qui s'en établit. Le médicament n'agit efficacement qu'au bout de cinq ou six heures, d'où l'indication de l'administrer cinq ou six heures avant le retour présumé de la diaphorèse. L'agaricine aurait en outre un effet calmant sur la toux des malades et procurerait à ceux-ci un sommeil tranquille.

Iodure d'éthyle.—D'après le prof. Bartholow, de Philadelphie (*College and Clinical Record*), l'iodure d'éthyle est un antispasmodique précieux, agissant d'une manière toute particulière, et procurant un soulagement immédiat dans les cas d'asthme spasmodique. Il rendrait aussi de bons services dans la bronchite capillaire, la pneumonie catarrhale et la bronchite chronique, et semblerait appelé à remplacer la vapeur d'iode dans la thérapeutique des maladies des voies respiratoires. La dose en est de 5 à 20 gouttes, en inhalation, trois fois par jour.

Ces applications de l'iodure d'éthyle ne sont pas nouvelles. En janvier 1878, M. le prof. Germain SÉE a rapporté devant l'*Académie de médecine* les succès obtenus par lui dans les accès d'asthme traités par l'iodure d'éthyle. Il avait de plus administré le médicament, et avec grand profit, dans trois cas de dyspnée cardiaque, deux cas de bronchite chronique, et un cas de laryngite œdémateuse.

Acide salicylique.—Le prof. DaCosta (*College and Clin. Record*) est d'avis que les salicylates ne sont pas aussi efficaces que l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire. Bartholow semble penser aussi de la sorte et emploie de préférence la formule suivante: R Acide salicylique. ʒii; Bicarbonate de soude, ʒi; Eau, ʒiii.—M—Dose: une à deux cuillerées à thé.

Transfusion.—En janvier dernier, M. Dieulafoy a fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la transfusion du sang appliquée au traitement de la maladie de Bright. (*Union médicale*). L'éminent pathologiste prouve d'abord par des traits d'observation journalière que, dans les cas de mort par hémorrhagie, il arrive souvent qu'on sauve le malade, le liquide transfusé agissant non par sa quantité seule, mais par le fait que cet apport de sang nouveau détermine des modifications favorables dans la composition de la masse sanguine toute entière. Or c'est en considérant ce fait que M. Dieulafoy a été amené à essayer la transfusion contre les accidents dépendant de certains états dyscrasiques et notamment du mal de Bright. Il cite trois observations de malades atteints de néphrite chronique et chez lesquels fut pratiquée la transfusion. Dans le premier il y eut une amélioration rapide et notable qui se maintint quelque temps, après quoi le patient finit par succomber, l'autopsie démontrant que la guérison était impossible, vû l'étendue et la gravité des lésions, mais faisant voir aussi que la petite quantité de sang transfusé avait dû modifier considérablement la dyscrasie du sang, puisque l'amélioration produite par la transfusion avait été si rapide. Dans le second cas, la transfusion fut faite en dernier ressort, pendant le collapsus: insuccès. Le troisième cas était celui d'un brightique confirmé, qui au bout de quinze jours pouvait quitter l'hôpital pour reprendre son métier de forgeron.

Les observations rapportées par M. Dieulafoy lui semblent donc venir à l'appui de l'opinion qui fait jouer un grand rôle à l'état dyscrasique du sang dans la maladie de Bright. M. Dieulafoy se demande si, en pratiquant la transfusion plus tôt, dès le début de l'affection, et en la réitérant d'une façon méthodique, à intervalles rapprochés, on ne pourrait pas espérer un résultat curatif.

M. Dujardin-Beaumez a déclaré être opposé à la transfusion dans les cas de maladie de Bright comme dans tous les cas où l'état morbide dépend de lésions organiques.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Valeur diagnostique et pronostique de l'épistaxis, par le professeur Cozzolino (de Naples).—M. Cozzolino divise les épistaxis en : 1^o épistaxis traumatiques ; 2^o épistaxis par lésions organiques de la muqueuse, des vaisseaux ou du squelette du nez ; 3^o épistaxis mécaniques actives, ou par fluxion directe ; passives, par stase ou par fluxion indirecte ; 4^o épistaxis adynamiques et dyscrasiques.

Après avoir décrit la symptomatologie de l'épistaxis, avoir étudié le diagnostic et le pronostic de cette affection prise à un point de vue général, il considère l'épistaxis dans les maladies où elle se rencontre. Tout d'abord, dit-il, l'épistaxis s'observe dans tous les traumatismes du nez et dans toutes les lésions organiques de la muqueuse, mais surtout dans les néoplasies malignes et dans les fractures de la base du crâne, cas dans lequel elle se complique souvent d'hémorragies par l'oreille (otorrhagies.) Son importance diagnostique, pronostique et médico-légale, en pareil cas, est telle qu'il se réserve de traiter ce sujet à part.

L'épistaxis remplace souvent un flux de sang habituel, comme la menstruation et le flux hémorroïdaire. Cette variété a été soigneusement étudiée par Gubler, qui a placé ces flux supplémentaires, vicariants, dans la catégorie des épistaxis mécaniques, comme celles qui atteignent les aéronautes, les plongeurs et les ouvriers qui travaillent sous pression, ou comme celles qui succèdent à un changement brusque de température, aux inhalations, à la respiration d'un air raréfié, etc.

Mais l'hémorrhagie nasale commence à acquérir une grande importance clinique dans les maladies suivantes :

Dans la *congestion cérébrale*, on a voulu voir dans l'épistaxis un symptôme précurseur de l'apoplexie (Portal, Cazalis, Franck, Watson). Les cas qui surviennent sans affection organique doivent être respectés, d'après de nombreux cliniciens, lorsqu'ils ne dépassent pas certaines limites, car leur brusque suppression est regardée dans le public comme une cause d'apoplexie, comme l'auteur l'a entendu dire par une dame fort distinguée de soixante ans, à laquelle il a dû faire le tamponnement.

Dans la *leucocythémie*, l'épistaxis occupe la première place par la fréquence et l'abondance. Jaccoud explique les hémorragies dans la leucocythémie par l'obstruction partielle du réseau capillaire par les globules blancs, comme l'ont démontré Ollivier et Ranvier. L'épistaxis se rencontre dans tout le cours de la maladie, mais principalement vers la fin.

Mais dans l'étude de l'épistaxis, ce qu'il y a de plus intéressant dans la pratique, ce sont les causes des épistaxis passives ou par stase, et l'appoint qu'elles apportent dans le diagnostic des lésions de certains viscères, comme le foie, la rate, le cœur, les poumons et les reins.

Epistaxis dans les maladies du foie.—Les anciens connaissaient l'existence de ce symptôme dans les maladies du foie. Hippocrate l'a

signalé plusieurs fois. Galien paraît avoir observé divers cas de cirrhose avec épistaxis, la cirrhose étant la lésion du foie où l'épistaxis est pour ainsi dire de règle. Arétée, Celse sont dans le même cas, et, pour arriver à notre époque, nous trouvons de nombreux auteurs qui signalent cette existence de l'épistaxis.

Les anciens, et parmi eux Hoffmann, considéraient l'épistaxis dans la jeunesse comme un signe prodromique d'une lésion du foie. Les auteurs modernes émettent des avis très différents sur la fréquence de l'épistaxis dans la cirrhose. D'après sa statistique, l'auteur conclut que ce n'est pas un symptôme habituel, mais qu'il est toutefois fréquent. Cependant Trousseau et Grisolle le croient rare, et Niemeyer et Frerichs sont de l'avis contraire. Mais un fait clinique certain, c'est que l'épistaxis a lieu par la narine correspondant au côté malade. Aussi l'épistaxis dans la cirrhose survient presque toujours par la narine droite; dans les maladies de la rate, il survient par la narine gauche et ainsi de suite. C'est là un fait de la même nature que celui, noté par Gubler, de la rougeur de la pommette dans la pneumonie, du côté du poumon malade.

Dans la cirrhose, l'épistaxis apparaît aux diverses périodes. Mais d'après ce que M. Cozzolino a vu et lu, il conclut: que les épistaxis sont fréquentes au début, et qu'elles se rencontrent dans toutes les phases de la maladie, mais en diminuant d'intensité, ou bien elles sont remplacées par d'autres hémorrhagies (cétorrhagie, hématomèse), qui sont une grave complication de la maladie. Au point de vue du pronostic, l'épistaxis est bénigne ou mortelle, suivant l'époque de son apparition, sa fréquence, son abondance, et la coïncidence d'une autre hémorrhagie. Quant à la pathogénie, les opinions sont diverses. Les uns admettent un affaiblissement de l'action du cœur accompagné d'une nutrition vicieuse et de l'atonie des vaisseaux (Buhl); d'autres invoquent l'altération du sang par la rétention de certains matériaux de la bile, qui, en restant dans le sang, lui donnent une grande fluidité (Monneret, Gubler, Frerichs). En résumé, on peut dire que les épistaxis de la cirrhose semblent être dues aux causes diverses suivantes: 1^o altération du sang consécutive soit à la diminution de la fibrine, soit à la rétention des matériaux de la bile, ou enfin à la débilité de l'absorption veineuse intestinale; 2^o dégénération vasculaire consécutive aux différentes causes de la cirrhose; 3^o modifications survenues dans la tension vasculaire.

En outre, dans les hyperémies du foie, aiguës ou chroniques, pyrétiques ou apyrétiques, primitives ou consécutives, l'épistaxis se montre souvent.

Dans les *maladies de la rate*, les épistaxis sont moins fréquentes que dans celles du foie, et se montrent dans les congestions passives ou persistantes, et surtout dans la dégénérescence de ces organes.

Dans les *maladies du cœur et des gros vaisseaux*, l'épistaxis peut se présenter à toutes les époques de l'évolution de la lésion cardiaque, mais on l'observe surtout à la période ultime. Quelques cliniciens, Gendrin, Bouilland, Monneret, placent la cause de cette épistaxis dans la congestion du foie. Sans doute cette condition peut avoir quelque influence; mais le seul obstacle mécanique à la circulation en retour de la tête et l'excitation du système nerveux suffiront à en expliquer la pathogénie.

Les épistaxis répétées, suivant quelques cliniciens, principalement à un âge avancé, doivent appeler l'attention du praticien sur l'examen du

cœur et des gros vaisseaux. D'autres pensent qu'il faut songer à l'athéromasie des petites artères périphériques de la muqueuse nasale on particulier.

Dans les maladies du rein, tous les auteurs sont d'accord pour constater la fréquence de l'épistaxis, surtout dans la maladie de Bright, aiguë ou chronique. Rayer dit que l'épistaxis se montre particulièrement dans les prodromes de l'intoxication urémique et qu'elle est alors remarquable par sa répétition. Ces épistaxis doivent être attribuées à l'altération du sang et des capillaires, et aux troubles mécaniques apportés à la circulation générale. Jackson a noté ce fait que l'épistaxis coïncide souvent avec les hémorrhagies de la rétine; c'est là un indice de maladie chronique, qui s'associe souvent à l'albuminurie et aux hémorrhagies cérébrales.

Epistaxis dans les maladies du poumon.—Les épistaxis dans la tuberculose se distinguent, comme les hémoptysies, en prémonitoires, concomitantes et terminales (Bouffé). Les épistaxis prémonitoires apparaissent avant tous les autres symptômes de tuberculose, et sont les plus importantes au point de vue du diagnostic et du traitement. Elles sont notées déjà par Hippocrate et Hoffmann. Ces hémorrhagies relèvent de l'état constitutionnel du malade, d'une véritable déviation (Sorre). La pathogénie de cette épistaxis peut évidemment varier suivant la période à laquelle elle apparaît. Les épistaxis prémonitoires sont attribuées à une fluxion active sur la muqueuse nasale, parce que la circulation du sang chez les gens prédisposés à la phthisie est beaucoup plus mobile, par suite de la chétive nutrition des parois vasculaires. Et de fait les épistaxis se produisent spécialement au printemps et en été, principalement lorsque la température fraîche ou froide devient douce ou chaude. Bouchard et Leudet admettent qu'il peut se manifester, dans le cours de la phthisie, une diathèse hémorrhagique caractérisée spécialement par la production à la surface de la muqueuse de pétéchies et d'hémorrhagies sur les muqueuses, ce qui est d'ailleurs conforme à la chimie pathologique, laquelle a signalé que dans le sang des phthisiques les globules blancs augmentent et les rouges diminuent continuellement.

Il faut signaler, d'autre part, que la rhinoscopie a démontré l'existence de lésions organiques de la muqueuse et du squelette du nez dans la phthisie, fait signalé par Grisolle et Barth. L'auteur croit pouvoir affirmer que la tuberculose de la muqueuse nasale est excessivement rare; il n'en a jamais observé que deux cas: le premier était relatif à un commissaire de marine qui avait une perforation des cartilages, lésion survenue presque en même temps que les symptômes thoraciques; le second concernait un ouvrier qui présentait des ulcérations folliculaires de la membrane de Schneider.

En somme, quant à l'épistaxis de la phthisie pulmonaire, on peut dire que c'est la plus fréquente de toutes les hémorrhagies. Elle précède généralement, et souvent de beaucoup, la tuberculose et se manifeste plus rarement dans le cours de la maladie, et avec une rareté extrême à la période ultime ou cachectique.

Le caractère des hémorrhagies de la tuberculose est d'être à répétition. Ce caractère devra mettre en garde lorsqu'il se présentera chez des adolescents avec une véritable constance. Dans ces cas, il est bon d'agir comme si l'on avait affaire à un tuberculeux.

Outre la phthisie, l'épistaxis se rencontre avec une grande fréquence dans l'asthme et la toux convulsive. Dans ces cas, il y a presque toujours en même temps une hémorrhagie sous-conjonctivale et palpébrale.

Epistaxis dans le rhumatisme. Hippocrate a dit que les gens atteints d'épistaxis dans l'enfance et dans la jeunesse étaient particulièrement prédisposés aux douleurs articulaires. Chomel a dit également : "La suppression d'un saignement de nez habituel occasionnera une céphalalgie gravative, des douleurs dans les membres, quelquefois des douleurs néphrétiques ou des affections des articulations, etc. Requin et Monneret sont de cet avis, et Bazin signale la fréquence des hémorrhagies et entre autres des épistaxis chez les arthritiques. Quelquefois l'épistaxis coïncide avec une diminution de la douleur, et peut être considérée comme une complication favorable. Mais si elle est abondante elle peut constituer un symptôme fâcheux en aggravant l'anémie qui est la conséquence habituelle du rhumatisme. Enfin l'épistaxis est d'un pronostic grave, quand, dans le cours d'un rhumatisme, elle coïncide avec une éruption confluyente et des sudamina comme l'a noté Tresfort.

Quant au pronostic de l'épistaxis, G. Sée attira l'attention des praticiens sur celles qu'on appelle supplémentaires, vicariantes, et que l'on attribue à un désordre général de la circulation; en effet la rareté des hémorrhagies essentielles, comme l'a remarqué Chomel, devra faire considérer l'épistaxis comme le symptôme d'une lésion qui pourra être localisée dans les fosses nasales, comme le fera reconnaître clairement la rhinoscopie antéro-postérieure, ou relever de l'analyse clinique des organes centraux par suite d'une lésion précédemment constatée, ou encore de l'état du malade. Hérard pense qu'il peut s'écouler un long intervalle entre les hémorrhagies et les signes de la phthisie; le rapport de corrélation n'est pas douteux pour cela, parce qu'il est démontré que les lésions pulmonaires peuvent rester longtemps limitées à la période purement congestive.

Pour ce qui est du pronostic général de l'épistaxis, on peut, dit M. Cozzolino, admettre que le pronostic *immédiat* est ordinairement bénin: les cas d'hémorrhagie inquiétante sont rares. Mais le pronostic *lointain* est d'une certaine gravité, spécialement chez les adolescents où l'on doit redouter l'éclosion de la tuberculose. Chomel a dit: "Le rétablissement d'un malade à la suite d'hémorrhagie ne suffit pas pour juger la question, et la sécurité ne peut être entière qu'après plusieurs mois ou même plusieurs années." "Je n'aime pas, a dit Pidoux, ces déviations du flux menstruel; défiez vous en" Jaccoud est du même avis.

En somme l'épistaxis, même dans les cas de congestion cérébrale par insolation, par action atmosphérique, ne doit pas être négligée; mais on devra toujours rechercher la cause directe ou indirecte de cette hémorrhagie qui est presque toujours un symptôme.

Quant aux causes directes, elles relèvent des spécialistes, mais indirectement elles appartiennent à la clinique car la spécialité et la clinique doivent toujours se donner la main.

Dans les maladies infectieuses, typhus, diphthérie, rougeole, l'épistaxis représente toujours une grande complication, surtout quand elle s'accompagne d'une autre hémorrhagie. C'est surtout dans la diphthérie qu'elle affecte une gravité particulière, non seulement par l'extension du processus diphthéritique à la muqueuse nasale, mais par la malignité de la maladie.—*France médicale.*

Emploi des lavements dans les cas de constipation.—La profession médicale n'apprécie peut-être pas à leur juste valeur les immenses avantages que l'on peut retirer de l'emploi des lavements dans les formes les plus opiniâtres de constipation et d'obstruction intestinale. En France le lavement constitue un apéritif d'usage journalier. Nous faisons mieux que cela en Angleterre. La coutume qui prévaut chez nos voisins, de soulager la plus légère constipation au moyen d'un enema, n'a jamais été bien populaire de ce côté du détroit et c'est tant mieux. L'expérience doit à coup sûr faire mettre de côté l'emploi systématique des injections rectales dans le traitement *domestique* de la paresse intestinale la plus légère. Ces cas peuvent se traiter bien mieux et avec moins de chances de passer à l'état chronique, par d'autres moyens. D'un autre côté, dans les formes les plus graves de rétention des matières fécales, nous devrions toujours avoir recours aux lavements et prendre bien soin de les pratiquer d'une manière efficace. Chez les sujets d'âge moyen, surtout s'ils mènent une vie sédentaire, ce qu'on appelle rétention des fèces n'est souvent qu'une forme très fréquente de constipation. Ces cas sont loin d'être rares, si on les compare, tant aux autres variétés de constipation qu'à la même forme de la maladie à d'autres époques de la vie et chez des individus d'habitudes plus actives. Chez ces malades, la stase fécale est plus particulièrement apte à produire une obstruction intestinale complète, et c'est alors que souvent la vie peut-être sauvée par l'usage des enema.

Il n'y a peut-être pas une seule forme d'obstruction intestinale où les lavements puissent faire du mal. Dans la plupart des cas, au contraire, ils viennent au premier rang parmi les moyens dont nous disposons pour obtenir de bons effets. Dans beaucoup de cas qui semblent, au premier abord, offrir peu de chances, et même où la cause prédisposante de l'obstruction est une affection organique et incurable, nous pouvons, bien souvent, par ce moyen, soulager une obstruction intestinale imminente et empêcher la stagnation des matières fécales. Ce n'est pas une exagération que de dire que les lavements sont de beaucoup supérieurs à tous les autres remèdes dans le traitement curatif de la *coprostase* des vieillards.—*British Medical Journal*.

Des angines de poitrine, par M. Henri HICHARD, in, *Revue de médecine*.—Il n'y a pas une angine de poitrine; il y a des angines de poitrine. Cet état morbide est un syndrome qui répond à des états anatomiques variés et représente des maladies différentes au même titre que les palpitations et les syncopes.

Les théories si nombreuses proposées jusqu'à ce jour pour expliquer la nature de l'angine de poitrine peuvent être cataloguées en artérielles, nerveuses, myocardiaques et diathésiques. La plupart renferment une portion de la vérité et peuvent s'appliquer à certains cas, mais non à tous.

L'angine de poitrine, qui mérite seule ce nom, est due à des lésions capables de déterminer l'*ischémie cardiaque*, à une altération de l'aorte et surtout des artères coronaires (angine de poitrine d'*origine artérielle*). C'est là l'angine de poitrine *vraie*, celle dont on meurt; on peut l'appeler maladie de Rougnon-Herberden, pour rendre justice aux deux premiers auteurs dont la description est restée classique.

L'ischémie cardiaque peut être de *cause organique*; dans la plupart des cas, elle est due à une obturation incomplète des artères coronaires. M. Huchard en a observé récemment un exemple incontestable. Un sujet jeune, alcoolique, syphilitique et fumeur, mais n'ayant présenté pendant la vie aucun bruit morbide du cœur et des vaisseaux, meurt subitement d'un accès typique d'angine de poitrine: la nécropsie révèle une aortite oblitérante ayant amené un rétrécissement considérable de l'embouchure de la coronaire, aortite demeurée si bien latente au point de vue clinique, qu'en l'absence d'autopsie ce cas eût été revendiqué sans doute par les partisans de l'angine de poitrine *sine materia* ou par névralgie cardiaque. Dans les cas de ce genre, le cœur insuffisamment nourri par des vaisseaux rétrécis est en état d'imminence permanente d'angine de poitrine; comme, dans la claudication intermittente par rétrécissement des artères iliaques, les muscles des membres inférieurs deviennent douloureux à la moindre fatigue, toute cause qui précipite le mouvement du cœur, émotion, effort, fait naître des accidents douloureux dans le muscle cardiaque ischémié. L'examen de 72 observations a permis de relever 38 fois des altérations des coronaires, 17 fois des altérations de l'aorte. Par contre, la théorie qui fait reposer l'angine de poitrine sur la névrite du plexus cardiaque ne s'appuie jusqu'à ce jour que sur six autopsies, les unes non probantes, puisqu'elles notent en même temps un rétrécissement des coronaires, les autres incomplètes, parce qu'il n'y est pas fait mention de l'état de ces artères.

L'ischémie du cœur peut être simplement *fonctionnelle*. Tandis que l'angine de poitrine par ischémie de cause organique est généralement mortelle (*angina major*), l'angine de poitrine par ischémie fonctionnelle du cœur (*angina minor*) se termine presque toujours par la guérison. Elle s'observe dans l'hystérie si féconde en troubles vaso-moteurs, en spasmes de tout genre, et surtout dans l'intoxication par le tabac, qui peut la produire par plusieurs mécanismes: 1^o par son action contractive sur les vaisseaux artériels; 2^o par son action spéciale sur les pneumo-gastriques et le système nerveux; 3^o par l'influence qu'il exerce sur les fonctions digestives.

L'angine de poitrine des fumeurs présente une physionomie spéciale. Elle s'accompagne presque toujours de troubles fonctionnels du cœur (ralentissement et affaiblissement des battements, intermittences, arythmie, palpitations, syncopes), et aussi de quelques troubles de la respiration (dyspnée, asthme nicotique). Les accès disparaissent assez rapidement, comme presque tous les accidents du tabagisme, après la cessation complète de l'habitude de fumer. Les accès se terminent très rarement par la mort; aussi l'angine de poitrine nicotique, par ses caractères cliniques, sert-elle de transition entre l'angine de poitrine vraie dont on meurt et les pseudo-angines dont on ne meurt pas.

Les *pseudo-angines* de poitrine, qui diffèrent autant des précédentes qu'une attaque épileptiforme diffère d'un accès comitial, sont:

1^o *D'origine nerveuse et arthritique*. L'angine de poitrine des névropathes ou des neuro-arthritiques (hystériques, arthritiques, hypochondriaques) s'observe à tous les âges, mais plutôt avant 30 ou 40 ans. Elle s'observe plus souvent chez la femme. Les accès se répètent fréquemment, parfois périodiquement, sont souvent nocturnes, comme les paroxysmes des autres affections arthritiques, faux croup, asthme,

goutte; ont une durée assez longue ($\frac{1}{2}$ heure à 3 heures); sont spontanés ou causés par les influences les plus variables, mais rarement provoqués par des causes identiques, comme lo sont ceux de la maladie de Rougnon-Heberden par les efforts, la marche, etc; sont précédés plutôt que suivis par les troubles vaso-moteurs, et quelquefois même causés par eux (angine de poitrine vaso-motrice d'Eulenburg et Landois); ils sont séparés par un état de bonne santé relatif; ils coexistent ou alternent avec d'autres manifestations du nervosisme.

2^o *D'origine gastrique ou par dilatation cardiaque.* L'angine de poitrine myocardique ou gastro-myocardique se voit à tous les âges et dans les deux sexes également. Les accès moins violents, mais plus longs que ceux de l'angine vraie, éclatent souvent après les repas, même les plus légers parfois, consistant plutôt en une sensation de plénitude de la poitrine, que de constriction du thorax, s'accompagne de dyspnée et d'anhélation, d'un état syncopal, et coexiste fréquemment avec les signes de dilatation des cavités cardiaques.

Au point de vue étiologique et pathogénique, M. Huchard admet cinq groupes: 1. L'angine de poitrine organique peut dépendre de la syphilis, de l'alcoolisme, de la goutte, du saturnisme. 2. Les angines nerveuses se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hypochondrie, la maladie de Graves et même l'épilepsie. 3. Les angines réflexes peuvent être d'origine viscérale, gastro-intestinale, par exemple, ou d'origine périphérique. 4. Les angines diathésiques se rattachent à l'arthritisme, au diabète, à la syphilis. 5. Les angines toxiques peuvent être causées par le tabac, l'abus du thé ou du café, l'alcool, l'oxyde de carbone, l'impaludisme.

Le traitement de l'angine de poitrine vraie, qui n'est pas aussi incurable qu'on le croit généralement, doit être curatif et préventif des accès. Il faut s'abstenir des émissions sanguines. Les inhalations de nitrite d'amyle, qui agit comme stimulant, comme tonique du cœur et de la circulation, les préparations de nitro-glycérine ou trinitrine, les injections de morphine sont les trois meilleurs moyens de soulager pendant l'accès. Pour les prévenir, une hygiène sévère et la médication iodurée doivent être instituées.—Le traitement des pseudo-angines consiste d'abord à calmer la douleur, ensuite à prescrire, suivant l'indication causale, les eupeptiques, les alcalins, les antispasmodiques.—*Union médicale.*

Vapeurs de glycérine contre la toux.—M. le prof. TRASTOUR, (de Nantes) emploie avec grand avantage les vapeurs de glycérine toutes les fois qu'il existe une toux fatigante ou pénible. Il suffit de placer $1\frac{1}{2}$ ou 2 onces de glycérine dans une capsule de porcelaine et d'évaporer au moyen d'une lampe à alcool. Il se dégage une énorme quantité de vapeurs. Ces vaporisations sont très précieuses dans la phthisie, et bon nombre de malades en retirent un soulagement notable. En se servant de glycérine phéniquée, on pourrait obtenir des vapeurs antiseptiques si recherchées aujourd'hui dans le traitement de l'angine diphthérique.—*Gazette médicale de Nantes.*

Du traitement hygiénique de l'albuminurie, par SENATOR (de Berlin).—L'auteur rappelle d'abord combien le traitement purement médicamenteux de l'albuminurie donne peu de résultats. Aussi le traitement hygiénique acquiert-il une importance considérable.

La diète présente à considérer la quantité et la qualité de la nourriture : les dernières recherches ont prouvé que l'albumine, dans les urines, augmente pendant la digestion. L'albuminurique évitera donc les repas abondants ; il prendra souvent, mais peu à la fois.

Pour ce qui est de la qualité, on interdira complètement les œufs ; on modèrera l'usage de la viande et du fromage. On recommandera, au contraire, une alimentation végétale. Le vin rouge sera toléré, mais on interdira les eaux-de-vie. La bière augmente la quantité d'albumine. Les épices et les aliments fumés sont également nuisibles.

Senator apprécie beaucoup la cure de lait, mais il croit que, pour la rendre tolérable, elle ne doit pas être exclusive ; on y joindra un peu de pain, des panades, etc.

Les eaux minérales salines ou alcalino-salines, tant sous forme de boissons que sous forme de bains, produisent d'excellents résultats.

Les fonctions de la peau ont une grande importance. Il faut donc maintenir constamment la peau dans un état de transpiration plus ou moins énergique.

Les causes de refroidissement seront évitées avec le plus grand soin ; il faudra de même s'abstenir des mouvements musculaires : aussi le repos au lit est ce qu'il y a de préférable. Si le malade sort, il ne devra le faire qu'en voiture. Les émotions morales sont également funestes.

La menstruation augmente constamment la quantité d'albumine ; c'est donc surtout à cette époque que l'observation scrupuleuse des règles hygiéniques est nécessaire.

Si l'on veut assurer et compléter ces prescriptions de l'hygiène, il faudra envoyer le malade dans un climat approprié. Il faudra choisir les localités sèches du sud, Bordighera, Cannes, mais surtout l'Égypte et le Caire. L'influence heureuse que ces climats exercent sur l'organisme s'explique par leur action sur la peau, par le repos corporel et intellectuel dont on y jouit, et peut être aussi par le régime qui est plus végétal que chez nous.—*France médicale.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique.—Extrait d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker.—Le sujet que je me propose aujourd'hui d'étudier avec vous m'a semblé digne de toute votre attention, en ce sens qu'il s'étend à des cas fort nombreux et d'observation quotidienne : je veux parler de la *sensibilité de la vessie au point de vue physiologique et pathologique.*

Cette sensibilité est absolument différente suivant qu'on étudie l'influence du *contact* ou de la *distension*. La différence, déjà très accusée dans les conditions normales, s'accroît encore dans les états pathologiques, et j'ajoute que vous ne sauriez trop vous en pénétrer si vous voulez éviter dans la pratique de nombreux déboires ou même de véritables désastres.

Il importe tout d'abord d'étudier cette sensibilité à l'état normal, c'est-à-dire tant qu'il n'existe aucune altération inflammatoire ou né-

plastique des parois vésicales. Eh bien, messieurs, on peut dire que la sensibilité au contact, si la vessie n'est pas malade, est des plus obtuses. Nous en avons pour preuves, en première ligne, la possibilité de retenir une assez grande quantité d'urine sans même en avoir conscience. Vous le savez, nous n'éprouvons le besoin d'uriner que lorsque la quantité du liquide atteint plusieurs centaines de grammes, et nous ne saurions trop nous en féliciter; sans cette tolérance particulière il nous faudrait uriner à chaque instant.

D'autre part, vous retrouverez une tolérance analogue, mais moins naturelle, pour le contact de véritables corps étrangers, comme les instruments du cathétérisme ou les calculs. Vous me voyez tous les jours pratiquer l'exploration de la vessie avec une sonde métallique; toutes les fois que les urines sont parfaitement claires et témoignent nettement de l'intégrité de la vessie, les malades n'accusent pour ainsi dire aucune douleur; c'est même ce qui a si longtemps permis de faire la lithotritie à courtes séances, sans chloroforme. Il en est de même lorsqu'on a recours, pour dilater un canal rétréci, au cathétérisme à la suite, c'est-à-dire aux instruments armés de bougies conductrices. Celles-ci s'enroulent, se replient sur elles-mêmes contre la paroi vésicale, et exercent sur elle un contact dont les malades ne sont avertis par aucune sensation.

Enfin, contrairement à l'opinion généralement admise qui fait de la pierre une affection des plus douloureuses, vous aurez très souvent l'occasion de constater avec quelle indifférence elle peut être supportée par la vessie. Je ne veux pas dire assurément que les calculeux ne souffrent jamais. Il y en a dont la miction est si fréquente et si douloureuse que leur existence devient intolérable. Mais, je n'hésite pas à le déclarer, ce sont des cas exceptionnels, et ils s'expliquent par la cystite qui les complique.

En l'absence de cystite, complication rare et tardive, les malades souffrent peu. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils n'éprouvent aucune douleur. Il est certain que la douleur peut naître sous l'influence de tout ce qui provoque la locomotion du calcul. C'est ainsi que nombre de calculeux souffrent au début de leur affection, parce que le corps étranger, petit et facile à entraîner, est chassé pendant la miction contre le col ou même dans son orifice. Le contact est alors assez énergique, et il s'exerce précisément sur la partie la plus sensible de l'organe. C'est ainsi également que la douleur est provoquée par les secousses trop brusques déterminées par exemple par une voiture mal suspendue, sur un sol mal pavé. Mais, lorsque le calcul ne subit pas de locomotion marquée, soit par le fait de son poids, soit par le repos du malade, la douleur est faible et peut même faire complètement défaut. Ainsi s'explique l'histoire de ces malades calculeux le jour et guéris la nuit. On en voit qui souffrent assez peu pour conserver facilement des mois et des années un calcul volumineux et nettement constaté par une exploration antérieure. Ils peuvent aller et venir, faire à petits pas des promenades assez longues et vaquer à leurs occupations ordinaires sans en être vivement incommodés.

La tolérance de la vessie arrive donc parfois à des limites extrêmes, non plus seulement pour l'urine, son contenu naturel, mais pour des corps étrangers. Je serais même tenté d'ajouter, en considérant l'histoire de certains calculeux, que cette tolérance, dont ils semblent avoir

tant à s'applaudir, peut leur devenir très funeste. Souffrant peu, ils reculent sans cesse devant une opération dont ils s'exagèrent la gravité, et ils attendent jusqu'à ce que la vessie se révolte enfin et inaugure en s'enflammant la période douloureuse de la maladie. Mais alors on peut se trouver en présence d'une pierre très volumineuse, et soustraite à la lithotritie par le seul fait de ses dimensions. Ce n'est pas tout; ces calculs si bien supportés sont le plus souvent d'une excessive dureté. En l'absence de toute poussée de cystite, les urines sont constamment restées claires et acides et n'ont pas déposé, autour du noyau primitif, ces couches successives de phosphates plus ou moins friables qui entrent dans la constitution des gros calculs mal supportés. Sa dureté s'ajoute donc au volume pour rendre la lithotritie impraticable, au grand détriment des malades, qui n'ont plus d'autres ressources que la taille, opération toujours infiniment plus grave, malgré les récents perfectionnements qu'elle a subis.

En opposition avec cette indifférence au contact et de l'urine et même des corps étrangers, réfléchissez à ce qui arrive dès que vous faites entrer en jeu la distension; voyez ces malheureux atteints brusquement de rétention d'urine complète. Dès les premières heures, vous les trouvez en proie aux douleurs les plus atroces, à l'anxiété la plus poignante. Couverts de sueur, la face injectée, ils prennent en gémissant les attitudes les plus bizarres pour essayer souvent en vain d'expulser quelques gouttes d'urine. Mais si vous voulez, d'après vos sensations personnelles, vous faire une idée très exacte de la sensibilité de la vessie à la distension, vous n'avez qu'à interroger vos propres souvenirs. Rappelez-vous l'angoisse rapide que vous avez certainement éprouvée lorsqu'il vous est arrivé de résister quelque temps au besoin d'uriner. La douleur s'exaspérait encore si pendant ce temps vous étiez obligé de marcher ou d'aller en voiture. Et d'ailleurs ne savez-vous pas que, même au repos complet, la simple envie d'uriner suffit pour interrompre le sommeil des personnes les plus profondément endormies.

Ainsi, messieurs, en dehors de toute altération pathologique des parois vésicales, vous avez déjà pu vous convaincre de la différence, remarquable qu'il y avait, au point de vue de la sensibilité, entre le contact et la distension. Mais celle-ci ne provoque pas seulement de la douleur; elle détermine en outre de la congestion.

Vous pouvez en avoir la preuve tous les jours dans l'observation la plus simple, et, sans sortir du domaine de la physiologie normale à tous les âges de la vie, vous voyez la réplétion de la vessie s'accompagner d'érections qui témoignent de la gêne apportée à la circulation par le développement du globe vésical. L'enfant au berceau entre souvent en érection quand sa vessie est pleine. C'est une circonstance bien connue des mères et des nourrices. Prévenues par ce phénomène de l'imminence de la miction, elles évitent des surprises désagréables. Vous-mêmes, messieurs, vous connaissez bien ces érections matinales prolongées que la miction suffit à faire disparaître. Il n'est pas jusqu'aux vieillards qui ne retrouvent le matin un retour de virilité. Mais c'est malheureusement à ces érections du pot de chambre qu'en sont réduits en général ceux qui ont eu le tort d'accumuler les années.

Si vous vouliez des preuves plus directes de la congestion causée par

la distension, je vous rappellerais ce qu'il est facile de constater pendant la taille hypogastrique, c'est à dire la turgescence énorme des veines prévésicales et l'engorgement sanguin de toute l'épaisseur de la paroi, lorsque la vessie remplie de liquide est fortement repoussée en avant par le ballon rectal de Peterson, turgescence et engorgement qui disparaissent aussitôt après la ponction dès que le liquide s'est échappé. Je vous rappellerais encore ces hématuries consécutives aux rétentions d'urine sur lesquelles j'ai déjà longuement insisté.

Et du reste, les faits tirés de la pathologie générale auraient pu suffire à vous faire prévoir d'avance la facilité, sinon la fatalité de cette congestion. Partout, dans tous nos organes, le cerveau, la moelle, l'estomac, vous voyez la suractivité fonctionnelle déterminer la congestion, voire même l'inflammation. Et vous voyez cette congestion survenir avec d'autant plus de facilité qu'il existe déjà des phénomènes douloureux. La douleur est en effet une grande cause de congestion réflexe. Je ne vous parlerai pas des battements que l'on ressent au bout du doigt atteint de panaris, ni de l'injection de l'œil qu'une lésion quelconque rend douloureux. Mais je vous signalerai ces fluxions qui surviennent assez fréquemment dans un grand nombre de névralgies, au niveau des régions hyperesthésiées. Il semble que très généralement la douleur soit le point de départ d'un acte réflexe qui aboutit à la dilatation vasculaire. Or je viens de vous démontrer combien la distension de la vessie excellait à réveiller le phénomène douleur. Il est donc tout naturel de constater en même temps cet autre phénomène complémentaire: la congestion. S'il a peu d'importance tant que nous ne sortons pas de l'étude physiologique proprement dite, tant qu'il n'existe pas de lésions des voies urinaires, il n'en est plus de même dans les conditions nouvelles créées par la pathologie. Alors, c'est elle qui méritera de devenir l'objet de vos principales préoccupations, parce qu'elle peut faire éclater des phénomènes inflammatoires, imminents peut-être, mais non déclarés, ou leur imprimer, s'ils existent déjà, une recrudescence des plus fâcheuses.

Nous n'avons étudié jusqu'à présent les effets du contact et de la distension que sur la vessie normale. Il est temps de voir ce qu'ils deviennent quand la vessie est enflammée ou le siège d'une autre altération quelconque de ses parois.—(A suivre.)—*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Le coup de fouet.—Le Dr Lardier préconise contre ce diastasis la faradisation, qui guérit immédiatement un accident constitué par une distension exagérée de la fibre musculaire qui, sans être rompue, a perdu sa faculté contractile.

La production du diastasis se trouve liée à trois conditions principales :

1° Par suite d'une *illusion du sens musculaire*, les mouvements provoqués et voulus ne sont pas proportionnels à l'effort à fournir. Ce sont des *mouvements qui portent à faux*.

2° Par leur soudaineté, leur instantanéité, les mouvements exécutés échappent à la surveillance et au contrôle du sens musculaire. Ce sont, dans le sens propre du mot, des *mouvements irreflexis*.

3° La fibre musculaire, par suite de modifications survenues dans sa texture et sa constitution moléculaire, ne retrouve plus en elle-même, quoique modérément distendue, sa faculté contractile.

La cinésialgie, ou douleur résultant du diastasis musculaire, est d'autant plus intense que le muscle, atteint dans l'une de ses parties, de diastasis, passe plus subitement de l'état de relâchement à celui de contraction.

La *faradisation*, en faisant rentrer artificiellement, dans le faisceau musculaire, la fibre atteinte de diastasis, et en lui rendant sa propriété contractile, fait disparaître aussitôt la douleur résultant de la lésion et est, par conséquent, directement curative, supérieure à tous les traitements palliatifs, à toutes les applications narcotiques.

La faradisation est applicable et réussit à toutes les périodes du diastasis, à la condition que la fibre musculaire n'ait pas perdu toute contractilité.—*Concours médical.*

Nouveau mode d'administration des anesthésiques.—M. P. BERT a lu dernièrement devant l'Académie des Sciences un travail sur un nouveau procédé d'administration des anesthésiques. Les recherches de M. Bert, qui visent surtout la pratique chirurgicale, ont démontré que la puissance anesthésique des substances qui servent dans ce but, quelles qu'elles soient, dépend bien plutôt de la proportion d'air qui est mélangé à ces substances au moment où elles sont inspirées, par le malade que de la quantité absolue de celles-ci. On peut citer comme exemple, à l'appui de cette proposition, les résultats de l'expérimentation sur les animaux : ainsi chez le chien on peut obtenir la mort presque à coup sûr, et même au bout d'un temps assez court, en faisant respirer à cet animal un mélange de 30 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, tandis qu'on peut l'endormir sans danger avec une quantité de chloroforme trois fois plus forte, pourvu qu'elle soit mélangée avec un volume d'air exactement défini. C'est sur ce principe que repose la méthode dont M. Bert vient d'exposer les avantages. Cette méthode échappe à la plupart des reproches que l'on peut adresser au procédé ordinaire, et qui se résument en ce fait que, dans l'anesthésie obtenue par ce procédé, la respiration des vapeurs de chloroforme se fait d'une manière très inégale, la tension de ces vapeurs étant sujette à varier pendant tout le temps de l'opération, tantôt trop forte, tantôt trop faible. De là une incertitude dans les résultats et une série d'accidents qui semblent liés étroitement à cette condition défectueuse. Ainsi une tension trop forte, comme celle que le chirurgien produit quand il administre d'emblée le chloroforme à doses massives, amène des phénomènes d'excitation très marqués, caractérisés par des paroles incohérentes, de l'agitation, des signes de résistance violente de la part du malade et souvent des phénomènes de congestion céphalique. Les vomissements sont très fréquents, même au cours de l'opération, surtout quand celle-ci porte sur le ventre ; on les voit, parfois, persister plusieurs heures ou même plusieurs jours après. Chez certains malades on observe également des troubles d'origine cardiaque dont la gravité est bien connue des chirurgiens.

Avec le mélange titré d'air et de chloroforme, la plupart de ces inconvénients tendent à disparaître.

L'application de cette méthode a été faite un certain nombre de fois chez des opérés du service de M. le Dr Péan, à l'hôpital Saint-Louis, avec le concours de M. Bert et les résultats obtenus plaident hautement en sa faveur. La proportion de 8 gram. de chloroforme pour 100 litres

d'air est celle à laquelle M. Bert donne la préférence ; on peut encore obtenir une anesthésie suffisante en abaissant la quantité de chloroforme à 7 gram. mais avec cette dose le sommeil est déjà moins profond. Ce mélange n'est nullement désagréable à respirer et ne provoque pas cette répulsion que l'on observe souvent par le procédé ordinaire. Les patients ne présentent ni toux, ni suffocation, ni arrêt de la respiration, et le chirurgien n'est exposé de leur part à aucune résistance. La période d'excitation est atténuée ou nulle et l'insensibilité complète est obtenue en six ou huit minutes au plus. Cette dernière se soutient d'une manière très égale et les temps les plus douloureux de l'opération n'éveillent aucune réaction. La salivation est médiocre ; il n'y a généralement ni nausées, ni vomissements consécutifs. La respiration est calme : la température ne s'abaisse que d'un degré au plus.

L'insensibilisation obtenue par ce procédé présente, en outre, l'avantage de persister même après la soustraction des vapeurs anesthésiques. Cette prolongation spontanée de la période anesthésique a déjà permis plusieurs fois d'exécuter des opérations complémentaires d'une certaine importance et d'une certaine durée, sans qu'il fût nécessaire de soumettre de nouveau le malade à l'inhalation du mélange chloroformique. M. Bert résume les avantages de la méthode dans les quelques propositions suivantes :

Pas de période d'excitation. Délire faible ou nul. Insensibilité régulière. Sommeil et respiration calmes. Anesthésie constante et prolongée.

En réponse à la communication de M. P. Bert, M. GOSSELIN a démontré que la simple compresse arrive à d'aussi parfaits résultats (sans un danger de plus) que le fait l'appareil peu maniable, lourd, volumineux, incommode et dispendieux de M. Bert. Pour la pratique usuelle, M. Gosselin estime que la méthode qui consiste à administrer le chloroforme à très petites doses en commençant et avec des intermittences, n'offre aucun danger et suffit à toutes les indications.

De son côté M. RICHET s'est élevé très fortement contre la méthode de M. Bert dont il a mis en doute les résultats favorables, et cela avec une énergie de parole et de conviction dont l'ex-ministre de l'instruction publique a été tout surpris.

Opération d'Estlander.—Quand l'opération de l'empyème ne réussit pas complètement ou quand elle laisse après elle une fistule pleurale, en même temps que le poumon, aplati sur la colonne vertébrale, enfermé sous de fausses membranes, ne peut plus se dilater ou ne se dilate qu'incomplètement, de sorte qu'entre lui et les côtes il y a un vide que rien ne peut combler, le médecin n'est pas, pour cela, désarmé ; il peut encore recourir à l'opération d'Estlander ou thoracoplastie par laquelle on ouvre largement le thorax en réséquant un certain nombre de côtes. M. BERGER a étudié magistralement la question dans un rapport dont nous extrayons les détails suivants.

A.—Siège et lieu de l'opération.—La région de la paroi thoracique choisie pour la résection dépend, avant tout, du siège de la cavité qu'il s'agit de combler et de celui de l'orifice fistuleux. Mais, d'une façon générale, le lieu le plus favorable, pour pratiquer la résection costale, est la partie latérale du thorax et, pour mieux préciser encore, la ligne axillaire.

B.—*Détermination des côtes à réséquer, de leur nombre et de l'étendue des segments à enlever.*—La première règle est de faire dès l'abord une très large résection, afin de ne pas avoir à renouveler l'opération.

Suivant que la cavité suppurante aura son siège au dessus ou au dessous de l'orifice fistuleux, on réséquera les côtes au-dessus ou au-dessous de cet orifice et on en réséquera un nombre proportionnel aux dimensions verticales du foyer intrathoracique. Mais à cause de leurs connexions et de leur rôle mécanique, on ne devra jamais faire porter la résection sur les deux premières côtes, ni sur les deux dernières.

Enfin on donnera une étendue plus grande aux segments réséqués vers les parties moyennes du foyer que vers ses extrémités. Les chirurgiens ont attaqué jusqu'à quatre, cinq et six côtes, enlevé des segments de onze et même de treize centimètres de longueur.

C.—*Manuel opératoire.*—L'incision des parties molles doit être large; sa direction variera suivant les cas particuliers: incisions multiples ou uniques, linéaires, cruciales, courbes, en II, lambeaux quadrilatères ou autres peuvent être employés, mais si l'on taille un lambeau, il faut avoir soin qu'il soit ramené par son propre poids sur les surfaces à recouvrir.

Les résections costales seront faites par la méthode sous-périostée, qui offre le meilleur moyen d'éviter la blessure des nerfs et des vaisseaux intercostaux. On incise les digitations du muscle grand-dentelé, puis le périoste dans une étendue un peu plus grande que celle qui doit avoir la résection. On détache, avec la spatule, le périoste de la face antérieure et des bords de chaque côte, enfin de la face profonde. C'est seulement alors que l'on opère la section avec une pince courbe de Liston. Pour cela, on glisse un des mors de la pince sous la côte, et on la coupe à l'une des extrémités du segment à enlever; on saisit celui-ci avec un davier, on achève de détacher le périoste de la face postérieure et l'on pratique la section de l'extrémité opposée.

Quelques chirurgiens font le curage de la cavité suppurante; M. Berger croit qu'il n'y faut procéder qu'exceptionnellement, il se contente de pratiquer, dans le trajet fistuleux, des injections forcées avec une solution de chlorure de zinc à 5 ou 8 %.

D.—*Phénomènes ultérieurs.*—La plaie de la paroi thoracique, réunie par la suture, est recouverte d'un pansement antiseptique; des injections désinfectantes sont régulièrement pratiquées dans le thorax. Bientôt la suppuration tarit, et la paroi revenant sur elle-même, on voit diminuer sensiblement la quantité du liquide que l'on peut faire pénétrer dans le trajet fistuleux. On peut encore augmenter cette tendance à la rétraction par la compression exercée au moyen d'un bandage élastique. L'amélioration est quelquefois longue à se produire, mais le traitement général, pour rétablir la constitution épuisée, n'est pas moins nécessaire que le traitement local.

E.—*Conclusions.*—La résection des côtes, pratiquée dans le but de permettre l'affaissement de la paroi thoracique et d'amener ainsi l'oblitération de la cavité suppurante, dans l'empyème chronique avec fistule pleuro-cutanée, compte déjà un nombre important de succès (38 %), obtenus dans des cas où l'on ne pouvait attendre la guérison des efforts de la nature ni des autres modes de traitement.

Dans un certain nombre de cas, où la guérison est restée incomplète, cette opération a néanmoins été suivie d'une amélioration notable.

Quand elle est restée inefficace, elle n'a jamais causé d'aggravation et n'a jamais déterminé la mort.

Elle est indiquée dans tous les cas d'empyème chronique où la guérison ne peut plus être espérée autrement. Les seules contre-indications formelles se tirent de l'existence de lésions tuberculeuses, de la présence de l'albumine dans les urines. En un mot, les contre-indications sont les mêmes que dans toutes les opérations chirurgicales.—*Concours médical.*

Abcès profonds du cou; de leur ouverture sans bistouri.—Service de M. le Dr PÉRIER, à l'hôpital St-Antoine.—Chassaignac recommandait à ses élèves de ne jamais ouvrir directement les abcès de la région sus-hyôidienne et de la région parotidienne, quand ils semblaient être sous-aponévrotiques. Il voulait que l'on n'incisât au bistouri que la peau. Dès que l'aponévrose était mise à nu, il mettait de côté l'instrument tranchant, pénétrait dans le foyer avec une sonde cannelée et s'en servait pour agrandir l'orifice par déchirement. Au besoin, il se servait d'une seconde sonde cannelée pour arriver à ce résultat.

M. Périer a modifié un peu ce *modus faciendi*. Au lieu de la sonde cannelée, il emploie la pince de Lister. Lorsque cette pince, qui est longue et mince, est fermée, elle perforé facilement les tissus, mais elle est assez mousse pour ne point percer les vaisseaux. Une fois la pince au centre du foyer, on en écarte les branches et on la retire en maintenant l'écartement des branches. Il est facile d'avoir ainsi une ouverture aussi large que celle qui a été pratiquée à la peau, sans avoir eu la crainte de couper ni artères ni veines.

Depuis longtemps M. Périer a toujours ouvert de cette manière, non-seulement les abcès profonds des régions précitées, mais aussi un nombre d'abcès sous-musculaires, notamment les foyers purulents situés sous le vaste interne dans la zone des vaisseaux fémoraux. On obtient dans tous les cas un orifice suffisant pour passer un ou deux doigts, et qu'on peut ensuite agrandir par déchirure plutôt que par incision. C'est à peine si le malade perd quelques gouttes de sang, et à ce premier avantage se joint celui d'avoir le minimum de vaisseaux ouverts au contact d'un foyer purulent, c'est-à-dire le minimum de chances de fièvre et d'infection.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Du traitement du placenta prævia, par James MURPHY, M. D.—*Association Médicale Britannique.*—Le degré de mortalité des mères et des enfants dans les cas de placenta prævia n'est pas dû tant à l'impuissance de l'art en face de cette complication, qu'à l'hémorrhagie fatale survenant avant qu'on ait pu obtenir du secours, ou encore à l'impuissance souvent trop fréquente de ce secours. Quand donc nous savons qu'il s'agit d'une présentation du placenta, chaque fois que l'enfant est évidemment viable (après le 7^e mois,) une hémorrhagie fatale pouvant survenir à tout moment; nous pouvons alors, en provoquant le travail, prévenir cet accident, et nous avons dans ce cas l'avantage de pouvoir être utile à la mère et à l'enfant. L'expérience de ceux qui préconisent cette méthode en confirme pleinement l'efficacité.

Dans la plupart des cas, les hémorrhagies survenant à plusieurs reprises vers la fin de la grossesse doivent nous avertir que le placenta se présente. Si elles se montrent à bonne heure, elles auront généralement pour résultat l'avortement, lequel n'est pas plus grave que dans les cas ordinaires de fausse-couche. Les hémorrhagies se déclarant plus tard, mais avant le septième mois, ne sont pas graves non plus, ordinairement : dans les cas cités par Müller aucun cas de mort ne fut constaté avant le 1er mois. Cet auteur a remarqué que dans les cas d'implantation totale, l'hémorrhagie se montre le plus souvent de la 28^e à la 36^e semaine, tandis que dans ceux où l'implantation n'est que partielle l'hémorrhagie survient plus fréquemment après la 32^e semaine. Ces pertes de sang doivent être regardées comme étant de sérieux avertissements, car, bien qu'en certains cas elles puissent être légères, cependant il arrive bien souvent que l'hémorrhagie suivante soit fatale ; d'où il suit que, comme je l'ai dit plus haut, dès lors que le diagnostic de placenta prævia est bien établi et que l'enfant est décidément viable, plus tôt s'établira le travail, mieux ce sera et pour la mère et pour l'enfant.

Vient ensuite la question : Comment doit-on provoquer le travail ? Et, une fois qu'il est provoqué, comment faut-il le conduire ? Pour éviter les répétitions, je dirai ici que le traitement est le même en principe, que le travail soit ou non commencé. Il ne diffère que dans le mode d'application suivant les périodes. Maintenant, malgré tout le respect que je dois aux auteurs qui l'ont recommandé, je maintiens que le règne du tampon est fini ; que c'est là un moyen aussi peu scientifique en théorie qu'il est incertain et peu sûr en pratique ; que la rupture des membranes n'est pas de pratique bien facile dans tous les cas, qu'en outre, elle n'arrête pas toujours sûrement l'hémorrhagie, et qu'elle empêche de faire la version aussi facilement et aussi rapidement qu'il le faudrait, dans les cas où cette opération devient nécessaire. Ce qu'il faut, c'est un moyen par lequel on puisse à la fois arrêter l'hémorrhagie et diminuer la longueur du travail ; or, nous avons ce moyen à notre disposition dans le dilateur hydrostatique de Barnes, surtout tel que modifié par Steele. Dans quelques cas, il peut être nécessaire d'avoir recours à l'introduction préalable de l'éponge préparée ; mais, le plus souvent, avec de la patience et une légère pression, le doigt peut être introduit, et préparer ainsi la voie au plus petit dilateur. Le Dr Barnes a fait remarquer qu'il se produit spontanément et naturellement un temps d'arrêt dans l'hémorrhagie quand cette partie du placenta qui était implantée sur le segment inférieur du col s'en est détachée, pourvu toutefois que les contractions utérines se mettent aussi de la partie ; et bien qu'il n'en donne pas la raison, je crois que la voici : Quand le placenta est inséré normalement sur l'utérus, le léger décollement qui se produit nécessairement par suite de la dilatation de l'os distend les vaisseaux qui, s'ils sont alors rompus, ne peuvent pas se contracter, ce qui fait que l'hémorrhagie continue. Mais quand le placenta est décollé au degré indiqué plus haut par le Dr Barnes, il reste flasque et ne fait aucune traction sur les vaisseaux, et permet de la sorte à ceux-ci de se contracter, ce qu'ils font immédiatement pourvu que l'utérus se contracte aussi. De là l'indication de passer le doigt dans l'os et d'en décoller avec soin le placenta, de manière à favoriser la flaccidité de celui-ci. Si l'utérus contracte

bien alors, l'hémorrhagie cesse; sinon, il faudra administrer de l'ergot. J'administre invariablement ce remède dans tous les cas de placenta prævia, mais, quand la chose est possible, j'attends un peu, de façon à en obtenir l'effet conjointement avec l'expulsion du fœtus.

Lorsque tout va bien, il vaut mieux dilater l'os très doucement, sans employer plus de force qu'il ne faut; (cependant s'il survient de l'hémorrhagie, il peut devenir nécessaire de commencer l'accouchement avant que l'os soit tout à fait dilaté,) et quand la dilatation est complète, si les tranchées sont fortes et se succèdent avec rapidité, les membranes peuvent, si elles ne le sont déjà, être rompues, après quoi le cas est laissé aux seules forces de la nature. C'est cependant là l'exception, car, en règle générale, il est désirable que les choses aillent plus vite, attendu que le décollement partiel du placenta a pour effet d'amener l'asphyxie du fœtus; or, le plus tôt celui-ci sera mis au monde, le mieux ce sera. Les moyens à mettre un œuvre dans ce but dépendront des circonstances. Si la tête est à portée, on peut appliquer le forceps; le plus souvent cependant, la version devra être préférée.

En résumé; dans tous les cas de placenta prævia après le 7^e mois, l'accouchement devra être provoqué; il devra l'être également avant le 7^e mois si l'hémorrhagie est considérable ou se répète souvent; on provoquera le travail au moyen de la dilatation artificielle de l'os; le placenta sera d'abord suffisamment décollé pour en amener la flaccidité puis on dilatera l'os complètement. A moins de contrindication, l'ergot sera administré, et l'enfant extrait le plus vite et le plus doucement possible.—*British Medical Journal.*

Traitement de l'éclampsie puerpérale.—1^o *Par la pilocarpine.*—Le traitement de l'éclampsie puerpérale par la pilocarpine est loin d'être nouveau, puisque Bidder l'employait déjà en 1872; les deux cas suivants sont néanmoins intéressants, au point de vue de l'histoire de la thérapeutique de l'éclampsie:

Premier cas.—Femme atteinte d'éclampsie grave. Neuf accès le premier jour. Le deuxième et le troisième jour on administre la pilocarpine à la dose de $\frac{2}{3}$ grain, le second jour, un peu moins le troisième. La femme, enceinte de sept mois, put accoucher d'un enfant vivant. L'albumine persista quinze jours dans les urines, et la femme guérit.

Deuxième cas.—Femme en état comateux. Administration de pilocarpine; $\frac{2}{3}$ grain toutes les six heures. La femme accouche bientôt d'un enfant mort. Guérison.

Si nous mentionnons ces deux cas, c'est moins pour prôner l'usage de la pilocarpine en pareil cas que pour montrer l'usage qui peut en être fait. La pilocarpine dans le traitement de l'éclampsie pourra ne pas être inutile, mais qu'elle offre des cures remarquables, c'est ce dont il est permis de douter.—*Bulletin de thérapeutique.*

2^o *Par la morphine.*—Le Dr Maberly Smith rapporte plusieurs cas de succès qu'il a obtenus par ce moyen. La dose d'une injection est de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain selon la gravité des cas. Il vaut mieux employer la simple solution de morphine plutôt que de combiner cet agent avec l'atropine, de même qu'il est préférable de donner une pleine dose plutôt que deux petites. Après une injection, il peut sur-

venir un accès, si le médicament n'a pas eu le temps d'agir, mais il n'en surviendra pas d'autres pendant quelques heures, pourvu qu'on ait proportionné la dose à la gravité de l'attaque. A l'hôpital des femmes en couche de Melbourne, on n'a pas observé de cas de mort par l'éclampsie puerpérale, depuis qu'on a adopté ce traitement, bien que l'on se soit trouvé en présence de cas extrêmement graves et qui se seraient terminés fatalement, l'auteur en est convaincu, si l'on eût employé un autre traitement.

Cette opinion concorde avec celle que le Dr Clark a exposée dans l'*American Journal of Obstetrics* de juillet 1880; mais l'auteur américain emploie des doses plus faibles.—*Rev. de thérap. méd. chir.*

Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale, par le Dr T. Gaillard THOMAS, de New-York. — *Prophylaxie.* — 1^o Dans tous les cas d'accouchement, soit à l'hôpital, soit en pratique privée, le parquet et le plafond de la pièce dans laquelle la femme doit accoucher doivent être lavés soigneusement avec de l'eau carbolisée, à 10 p 100 ou une solution de bichlorure de mercure au 1000^{me}. Le sommier et les matelas seront imbibés de la même manière. Pas de rideaux ni de tapisseries.

2^o Les gardes-malades et le médecin doivent avoir soin que leurs vêtements soient purs de toute effluve ou émanation de nature septique, typhus, érysipèle, septicémie, scarlatine etc, et s'il y a eu quelque danger d'infection par ces effluves, les vêtements devront être changés, puis le corps lavé avec une solution concentrée d'acide borique.

3^o Le travail s'étant déclaré, la garde-malade doit se laver les mains avec de l'eau et du savon, nettoyer soigneusement ses ongles, administrer à la parturiente une injection vaginale antiseptique qu'elle réitérera toutes les quatre heures durant le travail, et tenir constamment appliquée sur les parties génitales une compresse imbibée d'une solution également antiseptique, et cela jusqu'à la naissance de l'enfant.

4^o Le médecin et la garde-malade doivent se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et se bien nettoyer les ongles, puis tremper leurs mains pendant quelques minutes dans une solution de bichlorure de mercure (1 p. 1000.)

5^o La troisième période du travail doit s'effectuer parfaitement, toute portion du placenta doit être enlevée, et l'ergot administré à doses modérées, trois fois par jour, puis continué pendant au moins une semaine afin d'assurer la sortie complète des caillots et l'occlusion des vaisseaux utérins.

6^o Le médecin ne doit rien accepter sans vérification. Après le travail, il examinera soigneusement le vagin et la vulve de la patiente. S'il y a déchirure du périnée, elle devra être immédiatement suturée; s'il se rencontre de petites lacérations elles seront asséchées au moyen d'un linge, puis lavées avec une solution concentrée d'acide carbolique et de persulfate de fer en parties égales, ou recouvertes de collodion au gutta-percha.

7^o Durant les six ou huit heures qui suivent immédiatement le travail, injectez dans le vagin un liquide antiseptique, puis introduisez un suppositoire contenant de 3 à 5 grains d'iodoforme.

8^o Les injections vaginales doivent être répétées toutes les huit heures.

res, mais dans tous les cas d'accouchement laborieux, et dans ceux où l'on s'est servi du forceps, on les réitérera toutes les deux heures pour les continuer durant dix jours au moins. La garde-malade aura soin de se bien laver et désinfecter les mains chaque fois qu'elle devra toucher aux parties génitales de l'accouchée.

9^o Chaque fois qu'il s'agira de vider la vessie, servez-vous d'une sonde neuve en gomme, préalablement désinfectée. Cela vaudra mieux que de confier le lavage d'un vieux cathéter d'argent à la garde-malade.

10^o Le médecin doit s'assurer *par lui-même* si la garde malade est suffisamment capable d'introduire le cathéter, de pratiquer les injections vaginales et d'administrer les suppositoires.

On objectera peut-être que tous les détails précédents, relatifs à la parturiente, ne sont pas du tout nécessaires, vu le très grand nombre de cas où, sans tant de précautions, la convalescence s'établit rapidement, et considérant aussi que tous ces préparatifs feraient plutôt croire à quelque grave opération chirurgicale, mais l'auteur les regarde comme étant de première importance. (Ici le Dr Thomas proteste énergiquement contre l'usage des injections intra-utérines comme mesure prophylactique. Il n'en reconnaît l'opportunité que dans les cas où la cavité de l'utérus a subi quelque traumatisme grave rendant le danger de septicémie presque certain.)

Supposant maintenant le cas où, en dépit de toutes les précautions, le poison a été absorbé, que faut-il faire? L'auteur ne croit pas à la spécificité du germe morbifique donnant lieu à la septicémie puerpérale. Pour lui, c'est très probablement un germe de même nature que celui qui donne origine à la septicémie après une amputation, une fracture composée ou une blessure par arme à feu.

Des débris de placenta ou de membranes retenus dans l'utérus ne sont pas suivis d'une véritable septicémie puerpérale, mais plutôt de toxémie. Si la seule présence de débris organiques en décomposition pouvait produire la septicémie sans l'intermédiaire d'un germe morbifique spécial, la maladie se montrerait aussi dans les districts ruraux les plus sains.

Traitement.—1^o Aussitôt que le diagnostic est porté, toute douleur et tout trouble nerveux doivent être contrôlés au moyen de la morphine en injections sous-cutanées, (à moins qu'il n'y ait quelque idiosyncrasie pour l'opium,) injections qui devront, dans le cours de la maladie, être répétées assez souvent pour soulager toute souffrance, mentale ou physique. Je recommande tout spécialement ici l'administration de la morphine par la méthode sous-cutanée; la seringue devra être bien nette; en trempant au préalable la pointe de l'aiguille dans une solution étendue de bichlorure de mercure (1 p. 1000) on empêche la formation d'abcès au point ou se fait la piqûre.

2^o Les douleurs étant soulagées, couvrez le bord du lit d'une toile imperméable, placez la femme en travers du lit, ayant soin de la tenir toujours bien chaudement couverte, puis après avoir introduit avec grand soin soit un tube de Chamberlain (verre) ou un tube de Lyman (métallique) jusqu'au fond de l'utérus, injectez doucement un courant d'eau tiède au moyen d'une seringue de Davidson. Si vous avez raison de croire que des débris de placenta ou de membranes soient restés, il les faut détacher soigneusement, l'ongle du doigt fai-

sant l'office de curette, ainsi que le recommande le Dr Wilson, de Baltimore.

Certains dangers accompagnent l'administration de ces injections : (a) l'entrée de l'air dans les sinus utérins ; (b) l'hémorrhagie ; (c) l'introduction forcée d'une portion du liquide dans la circulation générale, par l'intermédiaire des sinus utérins ; (d) les convulsions et de violentes douleurs exerçant une influence mortelle sur le système nerveux ; (e) le passage du liquide dans les trompes de Fallope et dans la cavité péritonéale. Tous ces accidents peuvent, dans une certaine mesure, être prévenus par une attention stricte aux détails de l'opération. En faisant usage d'un gros tube et d'eau à pas moins de 100° Fabr., que l'on injecte doucement, lentement et avec beaucoup de précaution, ces dangers peuvent être évités. Il faut avoir soin que le tube n'obstrue pas tout à fait l'os externe ou l'os interne, Si le col s'adapte trop étroitement sur le tube, il faudra le dilater avant que de pratiquer les injections, et cela au moyen des dilatateurs de Barnes ou d'un dilatateur en gutta percha durci. S'il y a hémorrhagie, on ajoute du persulfate de fer à la solution antiseptique et l'on donne l'ergot à l'intérieur.

La fréquence des injections intra-utérines varie avec chaque malade. Dans les cas de médiocre intensité, alors que la température baisse assez vite, il suffira peut-être de donner une injection toutes les 5 heures ; en d'autres cas il faudra les répéter toutes les 3 heures. Enfin dans les cas mauvais il deviendra nécessaire de renouveler les injections toutes les heures. Ces injections devraient toujours être pratiquées par le médecin lui-même, et le liquide porté jusqu'au fond de l'utérus, toutes précautions prises comme il est dit plus haut. Le Dr Thomas est en faveur d'un jet intermittent. Pour lui l'irrigation continue est une illusion dérisoire. Elle fait bien pour les injections vaginales, mais même dans ces cas, le jet intermittent est encore préférable. C'est le meilleur moyen de bien laver le canal génital.

3° L'élévation de la température sera combattue au moyen de l'appareil réfrigérateur de Townsend placé de façon à couvrir l'abdomen tout entier, depuis le cartilage ensiforme jusqu'au pubis. Dans le service du Dr Thomas au *Woman's Hospital* ce mode de réfrigération antiphlogistique est employé aussi fréquemment que le sont les gargarismes dans les maladies de la gorge, et jusqu'à aujourd'hui, aucun mauvais effet n'a été observé, frissons, pneumonie, pleurésie, etc.

4° Placez le système nerveux sous l'influence de la quinine 15 grains matin et soir, ou prescrivez la teinture de Warburg en capsules, ou encore donnez le salicylate de soude.

5° Diète : nourriture légère, surtout le lait ; on peut faire alterner celui-ci avec des bouillons.

6° Gardes-malades intelligentes et en nombre suffisant : deux sont nécessaires : une pour le jour et l'autre pour la nuit.

De plus un médecin-assistant ne sera pas de trop pour aider à mettre à exécution le plan qui vient d'être exposé.

Quand aux substances employées comme antiseptiques, ce sont le thymol, les acides carbolique, borique et salicylique, et le bichlorure de mercure. Ce dernier et l'acide carbolique sont les meilleurs. Cependant le bichlorure semble vouloir prendre le pas sur l'acide phénique.

Pour injections intra-utérines on se sert d'une solution à 1 p. 2000.
—*N. Y. Medical Record.*

Dysménorrhée avec troubles congestifs, emploi des bromures de potassium, de sodium et d'ammonium, par le Dr J. CHÉRON.—On observe fréquemment, chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par 2, 3, 4 mois et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de poids au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et des fréquents besoins de se livrer au sommeil pendant la journée, de l'oppression, des palpitations, un engorgement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque les retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accroître. Ils résultent des poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons. L'action favorable du bromure de potassium, employé seul, à la dose de 35 à 72 grains par jour, est incontestable, mais il se produit en même temps une grande dépression; aussi, il est préférable d'associer les trois bromures d'après la formule suivante :

Bromure de potassium	180 grains.
Bromure de sodium	108 —
Bromure d'ammonium.....	60 —
Sirup d'écorces d'oranges amères.....	3 onces.
Teinture de rhubarbe	2½ drach.
Eau distillée.....	8 onces.

Prendre une cuillerée à soupe, avant chaque repas, dans un peu d'eau rouge. Chaque cuillerée à soupe contient à peu près 10 grains de bromure de potassium, 6 grains de bromure de sodium et 4 grains de bromure d'ammonium.—On produit, par l'emploi de cette association, une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien.—*Rev. des mal. des femmes.—Progrès médical.*

Thérapeutique des lochies dans les affections puerpérales, par le professeur G. EUSTACHE.—La thérapeutique des lochies consiste :

1^o À éviter la rétention et le séjour de l'écoulement dans les lieux de son origine, tant à la vulve et dans le vagin que dans l'utérus ;

2^o À modifier par des topiques liquides l'état de ces surfaces si elles sont malades ;

3^o À modifier aussi secondairement par les mêmes moyens les qualités offensives de l'écoulement.

Il résulte de là que cette thérapeutique devra être mise en œuvre chaque fois qu'il y aura une lésion des voies génitales, et notamment une métrite, et on devra l'employer le plus tôt possible, avant que le processus morbide ait envahi les parties profondes, trompes, ovaires, péritoine.

Pour remplir les indications thérapeutiques, on a :

1^o *L'ergot de seigle*, qui, donné à petites doses (5 à 9 grains par jour en deux ou trois prises) empêchera la rétention des lochies ;

2^o *Les injections intra-vaginales*, pour lesquelles l'auteur emploie de

préférence la solution aqueuse d'acide phénique (1/100). On fait des irrigations matin et soir, et on emploie un ou deux irrigateurs, jusqu'à ce que le liquide revienne propre.

3^o *Les injections intra-utérines*, qui ne doivent être mises en pratique que lorsqu'il existe des symptômes de métrite, et surtout de métrite granuleuse. Pour les faire, l'auteur emploie la solution phéniquée au centième, à + 30° ou + 32° et un irrigateur d'un litre, sur le tube duquel il adapte une sonde en gomme ordinaire ou une sonde à double courant : la sonde est enfoncée lentement dans l'ouverture du col à une profondeur de 5 à 10 centimètres ; on ouvre le robinet au quart et le lavement commence. La durée de l'injection varie entre 5 et 12 minutes.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

SYPHILIGRAPHIE.

Rétrécissement syphilitique du rectum.—Clinique de M. Paul BERGER, à la Charité.—La malade qui va faire le sujet de cette leçon est atteinte d'un rétrécissement dit syphilitique du rectum. Ce rétrécissement est de ceux, en effet, que l'on a décrits sous ce nom alors même que la personne atteinte n'avait jamais présenté aucun accident de nature spécifique.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-sept ans, un peu maigre, sèche, nerveuse. Il y a quatorze ans que les premiers accidents du côté de l'anus sont apparus ; ce n'était encore à cette époque que des tumeurs hémorroïdaires donnant lieu à une perte légère de sang et à quelques douleurs. Mais bientôt la santé commença à s'altérer, des troubles digestifs se manifestèrent, les selles devinrent difficiles ; peu à peu il se fit un écoulement du côté de l'anus, écoulement qui depuis lors n'a jamais cessé, présentant seulement de temps à autre des alternatives d'augmentation ou de diminution, et se reproduisant plusieurs fois par jour.

Pendant longtemps les médecins qui ont traité cette femme n'ont vu chez elle qu'une fistule borgne interne. Cependant, lorsqu'elle est arrivée dans notre service, les premières réponses qu'elle fit à nos questions nous démontrèrent que s'il existait une fistule, il y avait aussi tout autre chose. Du reste, une fistule datant de dix ou douze ans n'aurait pas été sans s'accompagner d'abcès, sans présenter de temps en temps des poussées fistuleuses. Enfin la difficulté des selles, les douleurs qui les accompagnaient et le volume très diminué des matières fécales indiquaient de toute évidence que nous étions en présence d'une lésion toute autre. De plus, les symptômes fonctionnels étaient caractéristiques. Il n'y avait pas de constipation, la malade se purgeait pour ainsi dire journellement pour rendre les selles plus faciles et le moins douloureuses possible. Les matières étaient ainsi demi-solides, en forme de rubans, de longs filaments, de la grosseur d'une plume d'oie et un peu aplaties. La défécation ne s'accompagnait pas de perte sanguine ; elle était douloureuse, douleur cuisante comme si les matières passaient sur une surface à vif. Enfin, troisième caractère fonctionnel, cette femme avait un écoulement anal purulent qui était une véritable infirmité par son abondance et ses intermittences répétées plusieurs fois

par jour, et donnait lieu à de faux besoins fréquents. Cet écoulement était caractérisé par une matière ichoreuse, sanieuse, de teinte rosée, très fétide et comparable, en un mot, à du frai de grenouille.

Après ces premières constatations, nous avons procédé à l'examen de l'anus. Celui-ci n'était pas infundibuliforme comme chez les gens amaigris. Il faisait une saillie au dehors appréciable à la vue, saillie entourée d'une sorte de dépression la séparant des ischions. Le sphincter se laissait assez facilement dilater par le toucher rectal; le premier centimètre était franchi sans difficulté, mais au dessus le canal se rétrécissait en entonnoir, devenait rigide, inextensible et mamelonné, puis, à une hauteur correspondant au niveau de la partie médiane de la seconde phalange de l'index, le doigt était arrêté par des bourgeons au milieu desquels il devinait, plus qu'il ne le sentait, un orifice dirigé en haut et en arrière vers la concavité du sacrum. Le diagnostic n'était pas douteux: il existait un rétrécissement caractérisé par la diminution de calibre et l'inextensibilité du rectum. D'autre part, le toucher vaginal donnait la sensation, en arrière, d'un cylindre plein du volume de l'index et correspondant à la portion rétrécie du rectum. Enfin le ventre était plus ballonné, légèrement distendu, sonore partout. Il n'y avait pas de ganglions dans les aines.

Mais de quelle nature était donc ce rétrécissement? S'agissait-il d'un état spasmodique du rectum, comme cela se rencontre parfois dans certaines affections des organes génito-urinaux? Non, car alors on ne trouverait pas un cylindre rigide inextensible, mais seulement un anneau contractile au niveau du sphincter contracturé. De plus, l'anesthésie chloroformique jugerait la question.

Etions-nous, au contraire, en présence de quelque épithélioma, de quelque cancer du rectum ayant déterminé, comme on l'a parfois observé, un rétrécissement circulaire s'accompagnant de pertes et de douleurs vives? Dans ce cas, la marche de la maladie, les caractères des matières, en un mot tous les signes physiques n'auraient pas été ceux que l'on constatait ici. De plus, le cancer est surtout fréquent à partir de l'âge de cinquante ans, tandis que le rétrécissement du rectum s'observe plutôt dans la partie moyenne de la vie. En outre, ce dernier débute d'une façon insensible, tandis que le cancer a un début très accusé, une marche rapide et une durée beaucoup moins longue. Dans le cancer, les pertes sont sanguines; dans le rétrécissement, elles sont ichoreuses. Enfin le plus souvent l'examen des parties lève tout doute. Dans le rétrécissement, en effet, il y a bien un léger épaissement de la paroi rectale, mais cet épaissement est partout égal, le rectum étant devenu fibreux et souple, sans inégalités de consistance. Dans le cancer, au contraire, il existe toujours une tumeur préminente dans l'intestin et siégeant sur une partie seulement de la circonférence du rectum. Ce n'est que dans quelques cas fort rares que la tumeur forme un anneau à peu près complet. De plus encore, par le toucher vaginal et le palper périnéal, on sent très bien la présence d'une tumeur toujours inégale, bosselée, dure dans certains points, molle dans d'autres. Dans le cancer circulaire, le doigt amène toujours un peu d'écoulement sanguin, ce qui n'a pas lieu dans le cas de rétrécissement. Ajoutons à tous ces signes celui d'une cachexie plus ou moins marquée dans le cancer.

Le diagnostic différentiel est donc, en réalité, relativement assez facile.

Mais qu'entend-on par rétrécissement syphilitique du rectum ? Les auteurs anciens tels que Boyer, Desault, Laugier, etc., ont décrit un rétrécissement consécutif à la syphilis. Mais, comme à cette époque la syphilis était encore assez mal connue, nous ne pouvons attacher aujourd'hui qu'une valeur médiocre à l'interprétation que ces auteurs ont donnée des faits qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Il est bon d'ajouter que dans le même temps d'autres auteurs ont nié la participation de la syphilis. En 1854, M. Gosselin, dans le mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*, a émis des idées absolument neuves, en même temps qu'il donnait une excellente description clinique, laquelle est restée désormais acquise à la science. Depuis lors, d'autres auteurs ont traité aussi plus ou moins à fond la question, et M. Fournier a proposé une théorie un peu hypothétique peut-être sur la pathogénie des rétrécissements du rectum. Quant à l'étranger, nous ne trouvons pas de travaux réellement bien importants sur la question.

Quoi qu'il en soit, voici ce que l'anatomie pathologique nous apprend. Disons tout d'abord que les autopsies sont très rares. M. Gosselin n'en cite que trois et c'est lui qui en donne le plus. Elles nous montrent les lésions qui existent au-dessus, au-dessous et au niveau du rétrécissement, lésions qui portent sur la muqueuse et sur le tissu cellulaire sous-muqueux, lequel devient très épais, dur, lardacé, pouvant atteindre, au niveau même du rétrécissement, jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Le siège de la lésion est situé de 3 à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus. Le rectum est plus ou moins rétréci, il n'est jamais complètement oblitéré; il conserve toujours un calibre appréciable qui laisse passer une plume d'oie ou une bougie urétrale 15 ou 16.

Au-dessous du rétrécissement on trouve quelquefois des fistules résultant d'abcès et s'ouvrant d'autre part à la surface de la peau.

Au-dessus on constate une dilatation ampillaire du rectum plus ou moins grande, des ulcérations de la muqueuse rectale qui détruisent l'épithélium, mais qui ne dépassent pas l'épaisseur de la muqueuse. Ces ulcérations ont des bords festonnés, irréguliers; leur fond est grisâtre. Elles sont, en réalité, peu profondes; elles commencent au niveau du rétrécissement et remontent jusqu'à une hauteur de 6 à 12 centimètres. Elles sont très importantes à bien connaître au point de vue des symptômes fonctionnels, car ce sont elles qui déterminent la suppuration et les vives douleurs qu'éprouve le malade, et elles sont rebelles à tout traitement; elles persistent alors que la dilatation du rétrécissement a été pratiquée avec succès, enfin elles entraînent avec elles l'anémie, la perte des forces, et peuvent ainsi, par suite, amener la mort.

En résumé, l'anatomie pathologique nous apprend que ce n'est pas du cancer, qu'il ne s'agit pas non plus d'un rétrécissement cicatriciel, mais bien d'une prolifération conjonctive résultant d'une inflammation chronique. En tous cas, la nature réelle de ces rétrécissements dits syphilitiques ne nous est pas encore connue; cette dénomination de syphilitique a été donnée parce qu'on l'observe surtout chez des sujets atteints de syphilis, mais chez notre malade il paraît tout probable qu'elle n'a jamais eu la vérole. Tout ce qu'on peut donc dire, c'est que les caractères sont les mêmes, que la syphilis soit ou non en jeu.

Chez notre malade quelle sera la marche de l'affection ? Le rétrécissement est très étroit, mais il ne s'accompagne pas de grandes modifications dans la santé générale. Le danger à venir n'est pas dans l'obs-

traction de l'intestin, mais dans l'ulcération du rectum, dans l'épuisement progressif des forces résultant de l'écoulement ichoreux de la douleur et de la rétention prolongée des matières. Les malades perdent l'appétit, mangent de moins en moins; puis apparaissent des troubles digestifs, des troubles du côté de la sensibilité; enfin la santé générale s'altère de plus en plus et les individus tombent dans le marasme, et qu'il survienne alors quelque maladie intercurrente, elle emporte fatalement le malade.—De là l'indication non seulement de traiter le rétrécissement, mais encore l'ulcération.

Un fait curieux s'est présenté ici; une de nos malades, atteinte de la même affection, était depuis dix ans en traitement sans qu'aucune amélioration eût été obtenue; loin de là, même son état général était devenu tel qu'elle paraissait devoir succomber lorsque, à un moment donné, sans que nous ayons pu en deviner la cause, nous l'avons vue revenir à la santé. Le rétrécissement du rectum, qui avait jusque-là résisté à tous les modes d'intervention chirurgicale auxquels on avait eu recours, avait cédé de lui-même un beau jour, et l'intestin était devenu perméable. Ce fait bizarre est un enseignement: il nous permet d'espérer une fin aussi heureuse chez notre malade, en tous cas de la traiter avec persévérance et de lutter au moins en vue de soutenir la santé générale. Quant au traitement local, il doit avoir pour but de supprimer l'obstacle au cours des matières, c'est-à-dire de dilater le rétrécissement. La dilatation doit être pratiquée avec les plus grandes précautions, avec les plus grands ménagements au moyen de bougies, de façon à éviter des accidents toujours possibles en pareils cas. Que si maintenant, au cours de la dilatation, nous éprouvons de trop grandes difficultés à vaincre le rétrécissement, alors nous aviserons s'il n'y aurait pas lieu de recourir à une opération chirurgicale, à la rectotomie interne de M. Gosselin, ou à la rectotomie linéaire de M. Verneuil, ou à la rectotomie externe de M. Panas, ou bien encore à la colotomie lombaire.—*Gaz. des hôpitaux.*

Du bubon syphilitique.—Clinique de M. le prof. FOURNIER à l'hôpital St-Louis.—Le bubon est un symptôme constant de l'infection syphilitique à sa période primitive. Beaucoup de maladies déterminent un engorgement ganglionnaire: un traumatisme quelconque, une lésion virulente comme la piqûre anatomique, le chancre simple peuvent s'accompagner d'adénopathie; mais celle-ci n'est point un accident nécessaire, fatal, c'est une complication éventuelle, et pourrait-on dire, facultative. Il en est tout autrement de l'adénopathie syphilitique: elle ne peut faire défaut. C'est une loi pathologique qu'il n'y a pas de chancre infectant sans bubon, ce que Ricord dans son langage pittoresque exprimait en disant "que le bubon est le compagnon fidèle du chancre et le suit comme l'ombre suit le corps."

Le bubon est en relation directe de siège avec le chancre; il se développe au point où se rendent les lymphatiques de la région affectée par l'accident primitif. Les chancres génitaux étant les plus fréquents, c'est à l'aîne qu'on rencontre le plus communément le bubon symptomatique. C'est à l'aîne également qu'on trouve le bubon des chancres périgénitaux (anus, périnée, cuisses, fesses, mont de Vénus). On l'observe quelquefois à la région sous-maxillaire (chancre des lèvres), dans les ganglions rétro-génies (chancre du menton), dans la région sus et sous-hyoïdienne (chancre de la langue), sur le ganglion pré-

auriculaire (chancre des paupières), à l'épitrœchlée (chancre des doigts), dans l'aisselle (chancre du sein), etc.

Il fait son apparition à la fin du premier septennaire ou dans le cours du second. Je ne veux pas dire que l'initium ne date point de l'accident infectant lui-même; mais on ne constate l'existence du bubon que lorsqu'il a pris un certain développement qu'il possède à la fin de la première semaine ou qu'il achève de prendre dans la deuxième.

En raison de la gravité de la syphilis, il serait assez naturel de croire qu'elle produit une adénopathie grave; or, c'est le contraire qui est la vérité. Le bubon syphilitique est un accident des plus bénins. La caractéristique se résume en quatre mots: il est *minime* ou moyen, *aphlegmasique*, *dur* et habituellement *poly-ganglionnaire*.

Le ganglion affecté devient gros comme un haricot, une noisette ou parfois une olive. Rarement il atteint le volume d'une demi-noix.

Mais le signe distinctif par excellence, c'est l'absence de tout phénomène inflammatoire. Le bubon ne détermine ni rougeur, ni chaleur, ni troubles fonctionnels. Les téguments où il siège ont une teinte absolument normale; le thermomètre n'accuse pas la moindre élévation de température, et les malades non seulement ne souffrent pas, mais vont, viennent et vaquent à leurs affaires. Quelquefois même le bubon passe inaperçu. Les différentes glandes qui le composent ne sont pas soudées les unes aux autres; il n'y a pas de périadénite autour du ganglion qui conserve sa forme et reste mobile, libre et indépendant.

Il est dur;—c'est un caractère mineur par rapport au précédent, mais qui pourtant a sa valeur et mérite d'être noté, — d'une dureté spéciale, chondroïde, élastique; c'est l'induration du chancre transportée dans le bubon.

Enfin, il est habituellement poly-ganglionnaire, et c'est à cet engorgement multiple que Ricord a donné le nom de *pléiade*. Toutefois il peut arriver qu'un seul ganglion soit intéressé. Si, comme le ganglion pré-auriculaire, il est le seul aboutissant de tous les lymphatiques d'une région. En général, plusieurs ganglions sont pris, et leur nombre est d'autant plus grand que le territoire est plus riche en glandes lymphatiques. L'aine se trouve dans ces conditions, et les chancres qui ont des bubons inguinaux existent dans la proportion de 99%; c'est dans la même proportion par conséquent qu'on rencontre la pléiade, c'est-à-dire une grappe de ganglions engorgés, mobiles comme des noisettes dans un sac et présentant tous les caractères que nous venons d'étudier. Ils n'ont pas tous le même volume: on en trouve un qui est plus développé que les autres: c'est le *ganglion anatomique ou direct*, celui qui reçoit la plupart des lymphatiques émergeant du chancre.

La pléiade inguinale est ordinairement double. Comment l'expliquer? On comprend sans peine qu'il en soit ainsi lorsque le chancre siège sur la ligne médiane de la verge, ou bien lorsqu'il existe deux chancres, l'un à droite et l'autre à gauche. Mais il est des cas où, avec un chancre unique situé sur l'un des côtés de la verge, on rencontre deux pléiades. Or vous n'ignorez pas,—les belles injections de M. Sappey l'ont démontré,—que les lymphatiques s'entre-croisent et s'anastomosent sur la ligne médiane, et c'est dans ces anastomoses, disons-le en passant, qu'il faut chercher l'explication du phénomène longtemps incompréhensible du *bubon croisé*. En résumé, le bubon est

un accident fatal qui suit de très près le chancre avec lequel il est en relation directe de siège : ses caractères objectifs essentiels sont au nombre de quatre, dont le plus frappant est l'aphlegmasie. Il est le plus souvent bi-latéral, bi-inguinal ; mais il peut être mono-inguinal ou croisé.

Quant à son évolution, elle est des plus simples : il persiste pendant un temps assez long et se résorbe spontanément. Après s'être accrue rapidement, il reste stationnaire pendant des semaines et même des mois. Toujours il survit au chancre et co-existe avec la première invasion des phénomènes secondaires. Puis, au bout de trois ou quatre mois, il diminue lentement et finit par disparaître. Il meurt comme il est né, comme il a vécu : froid, indolent, et parfois ignoré.

Voilà la forme type du bubon. Elle est susceptible de quelques variétés, que je groupe sous quatre chefs au point de vue du degré dans le développement, de la cohérence des ganglions, des complications *scrofuleuses et inflammatoires*.

L'adénopathie est faible ou forte : tantôt le bubon est gros comme un haricot, tantôt il est volumineux comme une noix, un œuf de pigeon ou même un œuf de poule. Mais il n'existe pas de rapport entre la grandeur de l'accident primitif et le volume du bubon. Un chancre large s'accompagne d'un bubon moyen ou petit et inversement.

En second lieu, la pléiade peut être cohérente. Il arrive parfois qu'il se fait entre les glandes des suffusions plastiques sub-inflammatoires qui soudent ces glandes les unes aux autres : la pléiade apparaît alors comme une seule masse, dont les éléments toutefois se retrouvent distincts par la dissection.

Chez les individus scrofuleux, lymphatiques, le bubon devient syphilo-strumeux ou strumoidé. Il subit la dégénérescence strumense : les ganglions qui le constituent se soudent entre eux, s'unissent au tissu cellulaire avoisinant, et la masse ainsi formée, adhérente à la peau, évolue à la façon de l'adénite scrofuleuse.

Enfin l'absence de phénomènes inflammatoires n'est pas absolue. Quelquefois le bubon s'enflamme et devient le siège d'un travail phlegmasique, je ne dirai pas aigu, mais sub-aigu. Or cette inflammation n'est pas dans la nature du bubon : elle est due à des causes extérieures : blennorrhagie, paraphimosis, vulvite, fatigue, malpropreté, cautérisations intempestives, etc. Quoi qu'il en soit, elle s'annonce par la tuméfaction, la teinte rosée des téguments, de la douleur. Mais neuf fois sur dix c'est une complication éphémère ; les causes surajoutées disparues, les phénomènes inflammatoires s'amendent rapidement, et le bubon rentre dans l'ordre accoutumé.

Cependant, dans certains cas tout à fait exceptionnels, deux fois sur cent, le bubon arrive à suppuration, mais de la façon la plus bénigne : c'est une adénite vulgaire qui s'ouvre, se vide et se referme sans autre accident. Jamais il ne dégénère en bubon chancreux qui suppure abondamment, et s'accompagne d'ulcérations, de décollement, de phagédénisme, lésions terribles qui font courir au malade les plus graves dangers.

Traitement.—Puisque le bubon est un accident bénin, vous avez compris que les indications thérapeutiques sont restreintes et que le traitement—si un traitement est nécessaire—est des plus simples.

On s'est ingénié à trouver des indications, et toutes les méthodes inventées ont donné d'excellents résultats. Je le crois facilement, car

le bubon guérit seul. De par l'expérience aujourd'hui bien acquise, dix-neuf fois sur vingt, il suffit de soigner le chancre. Le bubon ne réclame aucun traitement pour trois raisons : il ne gêne pas le malade, il n'offre aucune tendance aux complications, enfin il se résoudra spontanément.

S'il s'enflamme, prescrivez le repos, quelques cataplasmes émollients et des bains ; s'il suppure, un coup de lancette : s'il subit la dégénérescence strumeuse, instituez le traitement de la scrofule.

Ainsi, le bubon par lui-même est peu de chose, et je ne me serais pas arrêté à vous le décrire s'il ne comportait un autre intérêt majeur d'ordre diagnostique. Le bubon est ce qu'on pourrait appeler un agent de diagnostic sans lequel nous serions souvent fort embarrassés. C'est un signe d'une utilité clinique incontestable, signe plus utile que le chancre pour le diagnostic du chancre. Même dans les cas où ce dernier est patent, le bubon nous apporte une sécurité de plus. Très fréquemment, le chancre syphilitique n'a pas de caractère qui le fasse reconnaître d'une façon spéciale ; il a perdu sa physionomie soit par la faute de la nature, soit par le fait du malade ou du médecin lui-même ; tantôt il a disparu ; tantôt enfin il a passé inaperçu, et le malade l'ignore ou ne veut pas l'avouer : dans tous les cas, le bubon, signe posthume pour ainsi dire d'une lésion éphémère, survit au chancre, le décèle et vient éclairer le diagnostic.—*Praticien.*

Cascara amarga. — Baroba. — Berberis aquifolium.—*Nouveaux médicaments antisiphilitiques.*—Depuis quatre ans, le Dr Fhroling, de Mexico, emploie le cascara amarga, écorce d'un arbre de Honduras appartenant au genre *picramnia*. L'extrait liquide est donné à la dose de 40 à 50 gouttes dans la syphilis secondaire, chez l'adulte. Les symptômes disparaissent assez vite, et l'action tonique du médicament est frappante. Dans un cas d'iritis spécifique, Fhroling a vu une amélioration manifeste au bout de trois jours (3 fois par jour, 40 gouttes d'extrait liquide).

On avait cessé les instillations d'atropine et donné simplement le cascara.

Les feuilles de baroba du Brésil utilisées par Camille Weber, de Leipzig, et dont l'extrait se trouve aujourd'hui dans la pharmacopée française, ont été employées par Elson dans les formes invétérées de syphilis secondaire, 15 à 60 gouttes d'extrait liquide par jour.

C'est un antisiphilitique de valeur, et même tonique et altérant.

D'après le Dr Baird, de Moscou, Tennessee, le berberis aquifolium est un bon médicament dans la syphilis secondaire. Dans deux cas, il a prescrit l'extrait de berberis aquifolium dans un sirop ou une potion contenant 10 drachmes d'iodure de potassium. (Une cuillerée à café, 3 fois par jour).—*Rev. de thérap. méd. chir.*

Contribution à l'étude de l'excision du chancre syphilitique primitif, par le professeur E. Edmansson.—Le manuel opératoire est le suivant : la partie ayant été soigneusement nettoyée, on saisit l'induration avec une pince, on la soulève et on l'excise à l'aide de ciseaux courbes en ayant soin d'intéresser le pourtour sain de l'ulcération de façon à ne point laisser de tissu malade : on lave la plaie avec une solution phéniquée (2,50 0/0) et on suture les lèvres de la plaie

L'auteur fit cette opération dans 28 cas : dans 12 cas la durée de l'incubation était incertaine ; dans 9 cas l'incubation avait eu une durée approximative de 12 à 35 jours ; dans 4 cas l'incubation avait eu une durée certaine de 22 à 34 jours. Dans un cas elle n'avait été que de 4 jours.

Dans 8 cas on fit l'excision dans les 8 jours de l'apparition de l'accident ; dans 18 cas ce fut dans les 15 premiers jours ; dans 2 autres cas l'époque était incertaine.

Dans 15 cas la guérison complète eut lieu par première intention ; dans 8 cas la guérison fut incomplète ; dans 2 cas les sutures se coupèrent et dans 2 autres cas les lèvres de la plaie ne se réunirent pas.

Dans 26 cas, la syphilis constitutionnelle fut notée, mais les accidents se développèrent plus lentement que d'habitude ou furent insignifiants ; deux cas n'eurent aucune suite.

La principale chose à noter c'est que, dans toutes les observations du professeur Elmansson, la maladie a eu un caractère bénin.

Il serait donc utile de continuer l'essai de l'excision du chancre ; bien que l'on ne doive pas espérer par ce moyen arrêter net l'évolution de la syphilis, on doit néanmoins ne pas rejeter cette méthode qui rend la maladie plus bénigne.—*Revue médicale.*

Caractères du chloroforme pur.—1o Agité avec l'eau, il ne doit pas se troubler, il tombe rapidement au fond en gouttelettes huileuses denses, sans que l'eau surnageante soit devenue laiteuse, ce qui serait l'indice d'un mélange d'alcool.

2o L'acide sulfurique ne doit pas se colorer au contact du chloroforme pur, sinon il y aurait des corps étrangers organiques.

3o Le chloroforme pur doit être parfaitement neutre en présence des réactifs colorés.

4o L'azotate argentique en solution ne doit pas précipiter en blanc le chloroforme, preuve de l'absence du chloroforme et de l'acide chlorhydrique.

5o Le sodium n'attaque pas le chloroforme pur ; quand il contient de l'alcool, il se dégage de l'hydrogène.

6o L'alcool dans le chloroforme se reconnaît encore par le bichromate alcalin acidulé par l'acide sulfurique ; il y a dans ce cas coloration en vert par réduction de l'acide chromique.

(*Dict. therap.* de Dujardin-Beaumetz).

Le chloroforme anesthésique doit être bien pur, car s'il contient de l'acide chloroxy carbonique, de l'acide chlorhydrique, de l'acide formique, il peut provoquer la mort par asphyxie.

De la glycérine dans les maladies de la peau.—M. DESGUINS, d'Anvers, donne la glycérine à l'intérieur dans certaines formes de maladies cutanées, et cela, dit on, avec un succès plus particulièrement marqué dans l'acné punctata et la diathèse furonculaire. Il commence par administrer quatre drachmes par jour et augmente graduellement la dose. Il prétend que la sécrétion des glandes de la peau étant épaisse et de nature irritante, devient alors plus fluide, ce qui diminue notablement l'irritation cutanée. Durant la convalescence de la scarlatine, la glycérine, administrée à l'intérieur, facilite la desquamation.—*N. Y. Medical Record.*

FORMULAIRE.

Coryza aigu.

R.—Morph. sulph.....	gr i $\frac{1}{2}$
Bism. subnitr.....	ʒiii
Pulv. gum. acacie.....	ʒi

M.—En prises.

R.—Bism. subnitr.....	ʒv
Pulv. benzoïn.....	ʒii ss
Pulv. acid. tannique.....	ʒi
Morph. muriat.	gr ii

M.—En prises.—*Revue médicale.*

Emphysème pulmonaire.—Hôpital Roosevelt.

R.—Pot. iodid.....	gr v
Tinet. bellad. (U. S. P.).....	m v
Spt. æther. comp.....	m xliv
Sol. morphine (Magendie).....	m iiss
Aque q. s. ad	ʒss

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*Druggists' Circular*

Asystolie.—Huchard.

R.—Caféine	} aa
Poudre de digitale.....	

Pour 10 pilules.

En prendre une ou deux par jour.—*Abeille médicale.*

Hoquet grave.—Danet.

R.—Zinci valerianat.....	gr i
Extr. belladon.....	gr $\frac{1}{2}$
Extr. cinchona	gr i

M.—Pour une pilule. A prendre toutes les 3 heures.—*Médecin praticien.*

Vomitif à l'apomorphine.

R.—Chlorhydrate d'apomorphine.....	1 grain
Alcool rectifié.....	15 gouttes
Eau distillée.....	1 $\frac{1}{2}$ drach

M.—Dose: Six gouttes en injections sous-cutanées chez un adulte.
La solution doit être préparée récemment.—*Lyon médical.*

Torpour du foie.—Delafield.

R.—Podophyllina.....	gr ii
Hydrarg. bichlorid	ʒss i
Pulv. ipecac	gr iv
Extr. colocynth. co.....	gr x

M.—Faites vingt pilules. Dose: Une pilule trois fois par jour.—*Canada Lancet.*

Maladie de Bright.—*Hôpital Roosevelt.*

R.—Strychniæ sulph.....	gr ʒʒ
Tinct. ferri muriat.....	m xv
Syrupi simpl.....	ʒi
Aquæ ad.....	ʒii

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*Druggists' Circular.*

Néuralgie intercostale.

R.—Veratriæ.....	} aa gr ii
Morphiæ sulph.....	
Ung. simpl.....	gr LXXXX

M.—Faire chaque jour une friction sur la partie douloureuse, avec gros comme un pois de cette pommade.—*Praticien.*

Hystérie.—*Hôpital Roosevelt.*

R.—Tinct. castorei.....	m vi
Tinct. valerian. co.....	ʒi
Acid. phosphor. dil.....	m vi

M.—A prendre trois fois par jour.—*Druggists' Circular.*

Orchite blennorrhagique.

R.—Ammon muriat.....	ʒi
Aquæ.....	Oii

M.—Appliquer en permanence sur les bourses des compresses imbibées de cette solution.—*Praticien.*

Erections nocturnes de la blennorrhagie.—*Dr Cambillard.*

R.—Pot. bromid.....	ʒi ʒij
Tinct. opii.....	ʒss
Glycerinæ.....	ʒiii
Aquæ.....	ʒv

M.—On fait quatre injections dans les 24 heures, en les gardant dans le canal une ou deux minutes. La dernière sera faite immédiatement avant le coucher.—*Scalpel.*

Lotion rouge.—*Hôpital Roosevelt.*

R.—Zinci sulph.....	gr xvi
Spt. lavend. comp.....	ʒss
Aquæ q. s. ad.....	Oi

M.—En lotions.—*Druggists' Circular.*

Liniment de chloroforme.—*Hôpital Roosevelt.*

R.—Chloroformi.....	} aa
Tinct opii.....	
Tinct camphor.....	
Tinct capsici.....	

M.—En frictions.—*Druggists' Circular.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AVRIL 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHARRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

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

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

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

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

L'acte d'anatomie.

Le *Montreal Herald* consacre près de deux colonnes de sa page éditoriale à une charge à fond de train contre l'Acte d'anatomie qu'il qualifie de cruel, de barbare et d'inhumain. La pudeur indignée du rédacteur-en-chef de cette feuille ne peut absolument pas se faire à l'idée que le corps de tout individu mort sur la voie publique ou dans une institution de charité subventionnée par le Gouvernement, et non réclamé par un proche parent, soit remis aux écoles de médecine pour y servir à l'étude de l'anatomie pratique. Le confrère ne se scandalise pas moins du fait que l'inspecteur d'anatomie reçoit dix dollars pour chaque *sujet* qu'il fournit ainsi aux écoles; pour lui, l'inspecteur devient un chasseur de cadavres. Un troisième point au sujet duquel le *Herald* s'indigne très vertueusement, c'est que, d'après l'Acte en question, l'inspecteur d'anatomie doit voir à ce que les restes des sujets disséqués soient décentement enterrés, une fois la dissection finie. Cette disposition de la loi n'est qu'une farce, dit-il, et une farce bien sinistre, destinée à jeter un peu de poudre aux yeux du public.

Notre intention n'est pas de nous arrêter à relever de semblables niaiseries. Nous ne les mentionnons ici que pour faire voir jusqu'où le fanatisme peut aller parfois en de certaines cervelles. L'Acte d'anatomie, tel qu'il est actuellement, est loin d'être parfait, nous en convenons, mais il a été fait dans le but de mettre fin à un état de choses des

plus pénibles et à remédier à de très déplorables désordres. Le *Herald* ne devrait pas l'oublier. Nous lui rappellerons aussi que depuis un an que l'Acte d'anatomie est en force, on n'a eu à signaler aucun cas de résurrection. Les imperfections de notre Acte, que nous sommes loin de trouver énormes, n'en déplaise au confrère, sont telles qu'elles pourront disparaître bien facilement pour peu que nos législateurs s'en donnent la peine. Mais l'esprit même du bill restera ce qu'il est, en dépit des déclamations outrées et du sentimentalisme de certaines gens qui veulent faire du zèle à tout propos. Si le rédacteur du *Herald* aime mieux qu'on en revienne à l'ancien état de choses, alors qu'il était presque impossible de se procurer des sujets autrement qu'en violant les cimetières, nous lui conseillons d'y penser à deux fois. Aux États-Unis, où il n'y a pas beaucoup d'Actes d'anatomie semblables au nôtre, la violation des sépultures ne suffit plus aux besoins des études anatomiques. Les sujets y sont devenus d'une rareté extrême, et les écoles ont dû en offrir des prix quasi fabuleux. Il y a quelques semaines à peine, trois individus ont été assassinés aux environs de Cincinnati, par deux nègres qui sont ensuite allés vendre les cadavres au "*Ohio Medical College.*" Interrogés, les meurtriers ont avoué fort ingénument que la vente des sujets avait été le seul mobile de l'assassinat. Quand notre Acte d'anatomie n'aurait pour effet que d'empêcher de semblables choses, sa raison d'être serait assez justifiée.

Avant de crier haro et de demander le rappel d'une loi qui jusqu'à aujourd'hui a donné ample satisfaction à la plupart des intéressés, on pourrait attendre un peu, ne serait-ce que pour attester la valeur des objections que l'on prétend soulever contre elle.

Les charlatans.

L'agent du Collège des Médecins et Chirurgiens, nous communique la note suivante :

"Le Collège a obtenu jugement contre un médecin du nom de Jas. P. Stuart, de Belleville, Ont., pour avoir pratiqué la médecine dans la province de Québec sans licence à cet effet.

"Dame Adeline Rivet, sage femme non-licenciée, épouse de A. Lafortune, de l'Assomption, a payé la pénalité avant la levée de l'action.

"Thomas Ward, charlatan de N. D. du Richelieu, a payé la pénalité avant la prise de la poursuite, laquelle était intentée pour la deuxième fois.

"Une deuxième poursuite a aussi été intentée contre M. Destrempe de St-Cuthbert. La cause en cette affaire sera entendu du 10 au 15 avril courant."

Nous sommes satisfaits de voir que l'agent du Collège ne reste pas tout à fait inactif et que la guerre continue à se faire contre les charlatans nombreux qui nous entourent. Cependant, nous est avis que cette guerre pourrait être poussée plus activement encore. Le nombre d'individus pratiquant sans licence est encore très considérable si on le compare au nombre de poursuites intentées et de jugements obtenus contre eux, et il devrait y avoir quelque moyen de le réduire davantage. A chaque instant nous entendons parler d'individus, hommes et

femmes, qui exercent ouvertement le métier de *soigneurs* et de *soigneuses* sans aucune licence à cet effet. Il n'y a pas de jours que nous n'entendions formuler quelque plainte contre la manière dont les dispositions de l'acte médical concernant les charlatans sont mises en vigueur. Est ce à tort ou à raison? A qui faut-il s'en prendre? A l'agent du Collège ou à l'Acte médical lui-même?

En principe, nul ne peut pratiquer la médecine ou la chirurgie s'il n'est possesseur d'une licence du Collège. Il semblerait que cette clause fut assez péremptoire pour rencontrer tous les cas. Pas du tout. On s'intitule marchand de racines ou d'herbages, l'on prend pour cela licence de magasin et vogue la galère! On ne fait payer que les remèdes, dit-on; les avis et les soins sont donnés par-dessus le marché. Ce n'est pas là pratiquer la médecine! Où bien encore, quelque rebouteur parcourt les campagnes, ramanchant *gratis* à droite et à gauche. Dès lors que c'est fait *gratis*, on n'a rien à y voir. Ce n'est pas là pratiquer la chirurgie! Dans l'un et l'autre cas, paraît-il, il n'y a délit qu'en autant que le *soigneur* reçoit de l'argent pour ses services. Cela semble incroyable, mais cela est. On comprend que de la sorte, les charlatans et les rebouteurs ne manquent pas.

Admettons pourtant qu'un de ces malheureux tombe un beau jour sous le coup de la loi. Une poursuite est instruite au nom du Collège par l'agent de celui-ci. Mais il est bien entendu que cette action est prise aux risques et périls de l'agent. Si le Collège obtient jugement, tant mieux pour lui: si non, tant pis pour l'agent qui devra en payer la façon. Comme cela, on s'imagine aisément que ce dernier ne se presse pas trop de poursuivre, et qu'il y regarde à deux fois. N'a-t-il pas un peu raison?

Souvent aussi les charlatans poursuivis de la sorte sont des pauvres diables n'ayant ni sou ni maille et auxquels il serait bien difficile d'imposer une amende. La plupart du temps alors on exige de ces gens la promesse de ne plus exercer leur art illégal et l'affaire en reste là.

Quant aux femmes, et elles ne manquent pas, la loi est, paraît-il, à peu près impuissante contre elles, attendu qu'elles ne sont pas justiciables de la contrainte par corps, et que, presque toujours, elles sont censées ne rien posséder... que leur talent.

Si donc l'on croit avoir à se plaindre de la mollesse de l'agent du Collège à poursuivre les charlatans, on avouera aussi que l'Acte médical renferme assez de lacunes pour laisser aux délinquants plus d'une porte d'issue contre les poursuites intentées contre eux. Que le Bureau des Gouverneurs prenne souci de la chose et s'occupe à faire amender la loi de manière à nous assurer des moyens efficaces de coercition contre ceux qui pratiquent illégalement la médecine. Quand des armes nous seront ainsi fournies, la guerre se pourra faire avec plus de chances de succès.

Lactopeptine.—La faveur méritée dont jouit cette préparation est due à une heureuse combinaison de pepsine, de pancréatine et de diastase. On en obtient de très bons effets dans le traitement des dyspepsies et des affections intestinales en rapport avec l'alimentation chez les enfants.

A nos abonnés retardataires.

En feuilletant notre livre d'abonnements, nous y trouvons encore quelque trente cinq ou quarante noms en regard desquels figurent des chiffres peu flatteurs pour le crédit des abonnés qui en sont affligés. Il est vrai que le nombre des retardataires s'est grandement restreint depuis un an ou deux. Les appels pressants que nous avons faits périodiquement à nos abonnés ont eu deux effets contraires mais presque également avantageux : la plupart ont compris notre mobile et notre but et nous ont loyalement payé arrérages et année courante ; les autres ont soldé la note, soit en argent, soit en injures, voire même des deux façons à la fois, et ont discontinué leur abonnement. Somme toute, les premiers ont augmenté notre actif et les autres ont diminué notre passif, ce qui nous a permis de modifier l'apparence générale et d'augmenter le texte du journal.

L'idée que nous avons eue, et que nous croyons tout à fait neuve, d'exiger le paiement des sommes qui nous sont dues, nous a trop bien réussi pour que nous en détruisions le cliché. La plupart de nos abonnés ont compris par un simple raisonnement, et une désastreuse expérience nous a convaincus que c'est là le seul moyen de rédiger convenablement et de maintenir un journal dont l'existence dépend avant tout des rapports harmonieux de l'avoir et du doit.

Que nos abonnés retardataires veuillent donc accepter ce qui précède comme une demande d'argent bienveillante mais positive, et accepter nos meilleurs souhaits en attendant nos remerciements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual Report of the Presbyterian Eye, Ear and Throat Charity Hospital.—Baltimore Md.

Announcement of the Baltimore Polyclinic and Post-graduate Medical School.—Baltimore, Session 1884.

Rapport de la Commission de refonte des Statuts généraux de la Province de Québec, avec la deuxième partie du projet de refonte.

NOUVELLES MÉDICALES.

LE DR. J. E. BROUILLET, de la paroisse du St-Esprit, est allé s'établir à Kamouraska.

Nomination.—M. le Dr F. D. Gilbert, de Sherbrooke, a été nommé assesseur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, en remplacement de feu le Dr John Reday.

Démission.—MM. les Drs. A. R. Marsolais et A. Joyal ont donné leur résignation comme médecin interne et assistant médecin interne à l'Hôpital Notre-Dame.

Hôpital Notre-Dame.—*Concours pour l'internat.*—Un concours pour la place d'interne et d'assistant interne à l'hôpital Notre-Dame s'ouvrira à l'Université Laval, immédiatement après la vacance de Pâques.

Journal d'Hygiène.—Nous sommes informés que la publication du journal d'Hygiène, organe officiel de la Société d'Hygiène de la province de Québec, doit commencer en mai prochain. La rédaction en est confiée aux Docteurs Sév. Lachapelle et J. I. Desroches, assistés de plusieurs collaborateurs.

Falsification.—Nos échanges d'Europe nous mettent en garde contre le tartre émétique de provenance allemande. Ce sel serait, paraît-il, falsifié depuis quelques années par l'addition d'une assez forte proportion d'acide oxalique.

Congrès international de médecine.—Dans une lettre qu'il vient d'adresser au journal *The Lancet*, le professeur Panum, président de ce congrès qui s'ouvrira à Copenhague le 10 août prochain, fait connaître les noms des principaux orateurs qui se sont déjà fait inscrire pour des communications diverses. En France, MM. Pasteur, P. Bert, Ranvier, Charcot, Verneuil, Cornil, Hayem, Malassez, Chauveau, Ollier, Tripier, Lépine; en Italie, M. H. Bizzozero, Hossa, Golgi, Baccelli, Giacomo, Peromonte, Novaro, Raymond, Tomasi, Crudelli; en Allemagne, Virchow, Ludwig, Esmarch, Volkman, His, Braune, Kronecker, Munk, Kulne, Heindenhain.

La Travelers' Insurance Co'y, de Hartford, Conn., qui s'est inscrite parmi les plus hauts souscripteurs pour l'érection du piédestal de la fameuse statue de Bartholdi, vient de distribuer à tous les éditeurs de journaux une magnifique gravure de la "Liberté éclairant le monde." Nous accusons réception du joli cadeau.

La Maltine, combinée aux altérants (bromures, chlorures, iodures, etc.), en masque parfaitement le goût désagréable et permet d'en continuer l'usage aussi longtemps qu'il est nécessaire en contrebalançant efficacement la dénutrition des tissus que produit cette classe de médicaments.

Nous appelons l'attention sur les préparations françaises annoncées plus haut : Solution anti-nerveuse Larozenne. Huile Ducoux. Vin de Chevrier, Cognackina, Rondelles Véc, que l'on pourra se procurer dans les principales pharmacies de Montréal et de Québec.

Ces préparations bien connues se recommandent par la pureté des ingrédients et par le goût exquis que les pharmaciens français, mieux que tous autres, savent donner aux remèdes. Et puis, il faut bien l'avouer, ces préparations offrent plus de garanties que les nôtres, car la formule en est déposée entre les mains des autorités qui en surveillent la préparation.

DÉCÈS.

MOUNT.—A Montréal, le 8 mars, Gustave-Edmond, enfant de P. E. Mount, M.D., à l'âge de 19 mois et 28 jours

PELTIER.—A Laprairie, j u l i, le 13 mars, à l'âge de 62 ans et 23 jours, Dame Susanne Van Felson, veuve e feu Hector Peltier, Ecr., M. D.

BERTHELOT.—A Montréal, le 13 mars, Marie-Berthe-Ida, âgée de neuf mois, enfant du Dr J. E. Berthelot, Prof. à l'Université Laval, Montreal.