

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

<b>TRAVAUX ORIGINAUX.</b> — <i>La licence pour l'exercice de la médecine.</i> —Discours prononcé devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland, par William OSLER, M. D., professeur de pathologie interne à l'Université Johns Hopkins, Baltimore.	337
<b>REVUE DE PÆDIATRIE.</b> — <i>A travers mes livres</i> ; par Séverin LACHAPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....	348
<b>Hopitaux, Cours et Dispensaires.</b> .....	350
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b> — <b>MÉDECINE.</b> — <i>Des méfaits du rhumatisme</i> (Peter).....	353
<i>Ictère fébrile aigu</i> (Nauweck).....	355
<i>Comment on doit faire l'examen clinique d'un diabétique</i> (Le Gendre).....	356
<i>Impuissance virile</i> (Fürbringer).....	360
<i>Accidents nerveux consécutifs aux collisions de chemin de fer</i> (Charcot).....	362
<b>CHIRURGIE.</b> — <i>Pied-bot congénital et pied bot acquis</i> (Kirmisson).....	363
<i>A propos de l'opération du varicocèle</i> (Segond).....	365
<i>Ponction exploratrice du cerveau</i> (Souchem).....	366
<i>Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire</i> (Fort).....	367
<i>Traitement des cystites douloureuses par le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique</i> (Lavaux).....	367

( Voir la suite, page 5.)

## J. H. CHAPMAN

2294, RUE STE-CATHERINE, 2294

AU COIN DE MCGILL COLLEGE AVENUE,

MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions : Comptant.

### INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE

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

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

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

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

J. H. CHAPMAN

**Dr. J. LEDUC & CIE**  
**Pharmaciens - Chimistes**

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

*Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,*

**MONTREAL.**

---

**DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES**

PARFAITEMENT PURS.

---

*Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.*

---

**PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.**

---

*Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.*

---

**BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)**

---

**FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.**

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

*Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs*

**MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.—Trois cas de pratique obstétricale (Budin) .....	369
Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques (Blanc).....	373
Tranchées utérines (Rivière) .....	373
PÆDIATRIE.—Des hémiplegies de l'enfance.....	376
L'ascite chez les enfants (Le Gendre).....	377
MALADIES MENTALES.—Des tics et des tiqueurs (Charcot).....	378
Aphasie motrice (Ballet).....	382
FORMULAIRE.—Coryza sec.—Rhumatisme.—Albuminurie de la grossesse.—Otalgie.—Insomnie .....	385
Acné.—Eczéma érythémateux.—Herpès préputial.—Chancroïde ..	386
BULLETIN.—L'assemblée triennale .....	387
Bureau central d'examineurs .....	388
A propos du traitement de la péritonite.....	389
CHRONIQUE ET NOUVELLES. ....	390
VARIÉTÉS .....	391
DÉCÈS .....	392

# DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

## 2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

### MONTREAL.

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

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

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

## PHARMACIE G. DEMERS

### No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET  
— DE —

**REMEDES FRANCAIS**

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

**LAVIOLETTE & NELSON,**  
PHARMACIENS,

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

---

**UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

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

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

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## La licence pour l'exercice de la médecine.

*Discours prononcé devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland,*

par William OSLER, M. D.,

professeur de pathologie interne à l'Université Johns Hopkins, Baltimore.

M. LE PRÉSIDENT,

MESSIEURS,

Je n'ai pas, je crois, d'excuses à vous faire pour avoir choisi comme sujet de ce discours : "La licence pour l'exercice de la médecine." car j'estime que cette question est de nature à intéresser tout le monde, riches et pauvres, hautes et basses classes, hommes de profession et simples citoyens. Je sens également que ce sujet doit être traité avec toute la délicatesse avec laquelle on est dans l'habitude de traiter les questions brûlantes et en rapport avec lesquelles on professe des idées tout à fait opposées. Néanmoins, comme c'est là la véritable question du jour, elle demande à être examinée à fond, et ceux qui ont à son sujet des opinions arrêtées doivent les affirmer sans ambages. Je n'ai pas eu l'occasion d'interroger, sur une question qui touche de si près pourtant à leurs droits, les membres de cette vieille et honorable faculté, mais j'ai su que, il y a trois ans, un *bill* pourvoyant à l'établissement d'un Bureau d'Etat (*State Board*) a été rejeté par la législature, d'où je conclus que vous devez en avoir entendu parler souvent. Je me sens donc d'autant plus encouragé à parler librement aujourd'hui, que je m'adresse à des hommes qui ont longuement et mûrement réfléchi à la solution de ce problème, qui en connaissent les difficultés et en apprécient l'importance.

Dans ce pays, un individu peut se choisir l'état qu'il lui plaît ; il n'est soumis, en cela, qu'aux restrictions jugées nécessaires pour le salut public. C'est l'Etat qui se trouve investi du droit de légiférer sur l'exercice de la médecine, et je crois généralement admis que ce droit lui est conféré en vertu du pouvoir général qu'il a de protéger la vie et la personne des citoyens. Aujourd'hui, ce droit s'exerce bien différemment dans les divers Etats. Dans plusieurs d'entre eux, il n'y a pas du tout de règlement. Exerce la médecine qui veut, si peu qualifié qu'il puisse être. Dans la majorité des Etats, cependant, il y a des règlements qui exigent de la part du praticien la preuve qu'il a étudié, pendant une période plus ou

moins longue, dans une école incorporée. Pratiquement, la règle générale est que, muni du diplôme d'une école incorporée, tout gradué peut exercer aussitôt, n'étant tenu qu'à se faire enregistrer. Ici, l'éducation à laquelle pourvoit l'Etat ne va pas au delà des écoles communes et normales, quoiqu'en certains endroits, cependant, on fasse des efforts pour donner une éducation universitaire. Les maisons d'éducation spéciale ne sont pas soutenues par les pouvoirs publics. Toutes les écoles de droit, de médecine, de droit civil, de théologie et autres branches spéciales sont des entreprises privées, ayant obtenu leur charte de l'Etat, et maintenues par le revenu des élèves ou par la munificence d'amis particuliers. L'Etat accorde à ces institutions certains privilèges dont le plus important, en ce qui concerne les écoles de médecine, est la reconnaissance du diplôme comme conférant le droit d'exercer l'art médical. Cependant, ce système s'est montré si peu satisfaisant, qu'il y a, au sein du public et de la profession même, un sentiment qui lui est entièrement hostile et un besoin pressant d'en venir à des changements radicaux, comme cela se prouve, du reste, par le nombre d'Etats à la législature desquels des projets de loi sont présentés en rapport avec cette question.

On s'accorde unanimement à comprendre que la base fondamentale d'une semblable législation est la nécessité de protéger le public contre les méfaits des gradués ignorants et des charlatans. Le but est d'exiger que toute personne se destinant à la carrière de médecin et chirurgien soit qualifiée à ce faire par une épreuve ou examen suivant un programme minimum déterminé.

Tandis que, d'un côté, les législatures sont toutes prêtes à donner leur concours à toute mesure nécessaire par le bien du public, d'un autre côté, elles ne veulent pas (et il est juste qu'il en soit ainsi) accorder une législation pour chaque classe, et c'est là une des principales difficultés.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des praticiens, nous trouvons que la très grande majorité appartiennent à l'école dite régulière, ou vieille école. Un petit nombre seulement suivent la doctrine de Hahnemann. D'autres enfin, peu nombreux eux aussi, n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces classes, mais, leur empruntant à chacune, professent un éclectisme judicieux. Ces trois corps ont chacun leurs écoles, leurs journaux de médecine et une organisation plus ou moins complète dans chaque Etat. Aux yeux de la loi (laquelle ne se mêle pas de nos théories et systèmes) toutes sont égales. Cette déplorable division du corps médical n'est pas limitée aux affaires purement professionnelles, mais se complique de questions de déontologie très importantes, et le résultat final est qu'il y a des camps hostiles et que l'on se fait une guerre acharnée.

Les homéopathes et les éclectiques s'accordent avec nous, je crois, pour admettre la nécessité d'un *curriculum* complet sur les

grandes branches de la médecine : anatomie, physiologie, chimie, histologie, embryologie, médecine, chirurgie, obstétrique, gynécologie et médecine légale. La différence ne se fait sentir que quand on touche à la thérapeutique, sujet à propos duquel il existe des divergences d'opinions si grandes, même parmi les divers membres de chaque école respectivement. Ce sentiment (de pure déontologie la plupart du temps) est cependant si fort, que les divergences d'opinion, sur ce seul sujet, suffisent à diviser absolument les différentes classes de praticiens, et il est tout naturel qu'il en soit ainsi.

Il est impossible de se dissimuler le fait que, aux yeux de la loi, nous sommes tous égaux, et que si nous voulons une législation qui soit de nature à protéger le public, nous devons nous unir pour la demander. Je sais que c'est là une pilule bien amère à avaler; le palais s'y refuse tout naturellement, mais c'est une question qu'il faut discuter et résoudre carrément. Quand on songe aux neuf ou dix sujets qui nous sont communs avec les homéopathes, nous pouvons bien, dans l'intérêt du public, enterrer nos animosités et convenir d'être en désaccord au sujet de la thérapeutique.

Pour ce qui est de la *licence* pour l'exercice de la médecine, trois modes sont en présence : 1o. Continuation du mode actuel (le plus généralement adopté à l'heure qu'il est) d'après lequel le Collège est constitué juge de la capacité du candidat, l'Etat n'intervenant que pour examiner et enrégistrer les diplômes s'il sont émanés par des écoles légalement incorporées; 2o. Nomination, par l'Etat ou ses délégués, d'un bureau d'examineurs qui examineront tous les candidats à la licence, sans s'occuper des diplômes; 3o. Organisation de la profession toute entière de chaque Etat en un corps électoral qui enverra des députés à un parlement central, lequel contrôlera toutes les questions en rapport avec l'enseignement de la médecine, les examens et l'enregistrement.

Ces trois divers modes sont actuellement en opération en divers endroits du continent; voyons quel en est le fonctionnement, et pour commencer, parlons des Collèges qui, depuis nombre d'années, ont exercé un monopole absolu, attendu que le diplôme comportait le droit d'enregistrement.

À tous les points de vue, les écoles de médecine en ce pays sont des entreprises particulières, gérées dans l'intérêt des professeurs, lesquels, presque sans exception aucune, sont directement intéressés à ce que les élèves soient nombreux. Plus il y a d'élèves et de gradués, plus il y aura d'argent encaissé et plus sera élevé aussi le revenu des professeurs. Une partie de la recette est employée à couvrir les dépenses courantes et à payer l'intérêt sur l'argent appliqué aux fins d'éducation, et le reste est partagé entre les vers membres du corps enseignant. Ces corporations à chartes sont absolument irresponsables, et ne sont sous le contrôle et la



surveillance ni de l'Etat, ni de la profession, ni du public. Il ne serait pas difficile, et cela sans crainte d'essuyer un échec, de les accuser de n'agir que dans leur propre intérêt et non dans celui du public, mais il n'est plus temps d'y songer. Néanmoins, il est étonnant de penser que tant d'hommes distingués sous tous les rapports, possédant un esprit cultivé et des idées larges, préfèrent encore et même vantent hautement les avantages de cette non-responsabilité qui a fait que le système d'enseignement médical adopté aux Etats-Unis est devenu la risée du monde entier.

Que l'on me comprenne bien. Ces hommes sont, dans beaucoup de cas, ceux-là même que nous nous plaisons à honorer et dont les noms dureront autant que la médecine américaine. Cependant, pour un esprit impartial, il ne peut y avoir d'hésitation à affirmer que le système qu'on a laissé se développer au milieu de nous a fait et fait encore un mal irréparable. Mais on peut soutenir aussi, de la part des écoles, qu'elles sont ce que le professeur veut qu'elles soient. Le courant ne s'élève pas plus haut que sa source. Je ne pense pas que ce mode soit encore bon aujourd'hui. Et il n'est pas besoin d'une grande somme de connaissances pour se rendre compte du fait qu'il se développe actuellement, par tout le pays, un désir sincère de soutenir un enseignement médical plus élevé. Ce désir est né du succès qui a couronné les efforts des grandes écoles dans ce sens, les-quelles écoles ont exigé trois années de cours.

Ici, je rappellerai à ces médecins qui parlent bien haut de réforme médicale, de l'égoïsme des professeurs, et de la difficulté qu'il y a à faire progresser les écoles, je rappellerai, dis-je, que la chose dépend beaucoup du plus ou moins d'encouragement qu'ils donneront eux-mêmes à celles de ces écoles qui font des sacrifices réels pour élever le niveau de l'enseignement. Si, par exemple, l'Université de Pensylvanie ou de Harvard, ou le Collège des Médecins et Chirurgiens de New York, ou l'Université du Maryland, allaient étendre leur cours d'études à quatre années, il n'est pas douteux qu'il y aurait à chacune de ces écoles, une diminution du revenu par suite de la diminution du nombre des étudiants; et cela est si vrai qu'il deviendrait impossible de faire fonctionner ces grands établissements sur le même pied qu'à présent. Evidemment, ce serait un véritable suicide pour ces institutions que de consentir, sans la garantie d'une assistance extérieure, à exposer des intérêts d'une telle importance. Mais si, d'un autre côté, ces médecins qui, par toute l'étendue du pays sont si en faveur d'un cours de quatre années comme étant le temps le plus court durant lequel un homme puisse acquérir une connaissance suffisante de la science et de l'art de la médecine, si, dis-je, ces médecins dirigeaient leurs élèves vers ces institutions, (et nous savons tous quelle influence a le médecin en ces matières) le problème serait immédiatement résolu.

Trop souvent les facultés des collèges semblent prises de frayeur quand on leur suggère de prolonger le cours d'études et d'élever le niveau de l'enseignement.

Cependant un simple coup d'œil jeté sur l'histoire du mouvement depuis 1871 et 1872, alors que Harvard l'inaugura si noblement, devrait convaincre tout le monde que même pour des considérations tout à fait secondaires ce mouvement devrait être couronné de succès. Vous n'avez qu'à examiner la condition des écoles qui ont marché de l'avant pour voir qu'elles ont déjà recueilli le fruit de leurs efforts. Je ne dis pas que ces écoles soient dans tous les cas les plus prospères au point de vue du nombre des élèves. A Dieu ne plaise, car cela ne prouve absolument rien. Mais considérez l'organisation des laboratoires, la manière dont elles remplissent le programme des études, l'enseignement pratique et le développement de la partie clinique, et je dis, sans crainte d'être contredit, que ces écoles ont obtenu une belle et juste récompense. Et pourtant, ces écoles sont celles là même qui demandent le plus hautement des réformes plus grandes encore, montrant par là combien il est dangereux de réveiller les consciences endormies et d'abandonner la conviction qu'un cours de deux années est suffisant pour la plus grande partie des étudiants américains. Mais en dépit de tout ce qui a été fait, en dépit de l'agitation qui a été si active durant les dix dernières années, il faut confesser cette triste vérité qu'une grande proportion de médecins reçoivent chaque année leur diplôme après un cours de deux années seulement.

A ne juger que par les prospectus et les annonces, presque toutes les écoles où le cours est de deux ans exigent trois années dont une, est-il dit, peut être passée chez un médecin. Or il est notoire que dans ces écoles la grande majorité des étudiants reçoivent leurs degrés à la fin de leur deuxième année d'études et il est tout aussi notoire qu'il n'y a pas cinq pour cent des cas dans lesquels l'élève a passé une année préliminaire chez un médecin, où l'on puisse dire que cette année ait été effectivement et de bonne foi consacrée à l'étude de la médecine. Cela équivaut à dire qu'un élève entre à l'université sans avoir subi aucun examen préliminaire sérieux, disons le 1er octobre de l'année courante, et dix-huit mois, ou plutôt dix-sept mois après, à peu près vers mars 1891, on le lâchera dans le public. Dix-huit mois auront suffi pour acquérir une des sciences les plus ardues et pour se préparer à exercer une des professions les plus difficiles auxquelles l'homme puisse être appelé! Chacun de nous, messieurs, sait que ce sont là des faits et des faits lamentables. Néanmoins, on est si aveugle sur ce point, et si attaché à ce système vicieux, que j'ai vu des médecins à grande clientèle, hommes habiles et instruits, collaborateurs à des journaux de médecine, haut placés dans l'estime de leurs confrères, permettre à leurs fils de suivre les cours de deux ans. Représ-

sentez-vous, si vous le pouvez, la condition intellectuelle d'un tel gradué : un amas confus de théories, un véritable chaos de notions soi-disant pratiques recueillies çà et là ! Mais cette question a un côté tragique qui laisse tout le reste complètement dans l'ombre. Le sang bout à la seule pensée que d'année en année on envoie, sous le nom de médecins, des centaines d'hommes qui n'ont jamais assisté à un seul cas d'accouchement et qui ignorent absolument les maladies les plus ordinaires qu'ils peuvent être appelés à traiter, des hommes qui peut être n'ont jamais vu l'intérieur d'une salle d'hôpital et qui ne sauraient distinguer le triangle de Scarpa de la plante du pied. Et pourtant, messieurs, c'est là le triste état de choses dont certains professeurs ont l'audace de demander le maintien en vous demandant de continuer à confier des intérêts si sacrés à des mains si indignes. Doit-on s'étonner, après cela, qu'il y ait dans le public un sentiment universel de défiance envers l'éducation professionnelle, et que le pays soit entre les mains des charlatans et des imposteurs.

Mais la prédiction est là, écrite sur le mur, l'interprétation en a été donnée, et la prophétie est en train de s'accomplir. Pas n'est besoin de la vision d'un fils de Beor pour prédire qu'avant dix ans, dans pas un seul Etat de l'Union le diplôme ne confèrera le droit de pratiquer, et c'est alors que luira l'aurore d'une autre vie pour la profession médicale en ce pays. Cela arrivera quand auront cessé d'exister et la compétition illimitée entre les collèges et l'absence totale de toute contrainte professionnelle et légale.

D'après le deuxième mode, l'enregistrement est entièrement confié à des examinateurs nommés par le gouverneur ou par les sociétés de médecine de l'Etat. Un bureau de ce genre doit, pour être de quelque efficacité, constituer la seule porte d'entrée de la profession. Pratiquement, le fonctionnement ne présente aucune difficulté, comme cela peut se voir dans les Etats de la Caroline du Nord, de la Virginie et du Minnesota, et le Bureau en question constitue une barrière efficace contre l'invasion des gradués de deuxième ou troisième ordre. Avant peu d'années, ce mode sera adopté en bien des endroits. Il a l'avantage d'être très simple dans son mécanisme et de comporter des attributs bien clairement définis. Mais ses pouvoirs sont encore trop limités, et il ne peut exercer aucun contrôle sur l'instruction tant préliminaire que spéciale, comme cela devrait être cependant dans chaque Etat.

Le rapport du Bureau des examinateurs de la Virginie pour les quatre années terminées en octobre 1888 est un excellent exemple du bien que peut faire un semblable Bureau. Sur 240 candidats, 54 (22½ p. 100) furent refusés et ce pourcentage serait certainement beaucoup augmenté si on exigeait des épreuves pratiques sur les branches pratiques.

En troisième lieu, enfin, je pense qu'un mode plus parfait, s'il

est plus difficile à organiser, sera aussi plus pratique et possèdera le grand avantage de confier le contrôle de la profession aux mains des praticiens, et de mettre fin pour toujours au règne des collèges, qui est aussi le règne de la minorité.

Au point de vue théorique, il n'est pas douteux (surtout dans les centres démocratiques) qu'un Bureau d'Examineurs devrait être électif et non pas nommé par le Gouverneur ou les sociétés. Un Bureau électif est en réalité un parlement médical ayant pour attributs de prendre connaissance de toutes questions se rapportant à l'enseignement de la médecine et peut-être aussi, quoique je n'en sois pas bien sûr, de toutes questions de santé publique, dans les limites de l'Etat. Les assemblées de districts ou des autres divisions territoriales qui pourraient être créées, enverraient un, ou peut-être deux représentants au Bureau suivant le nombre des médecins habitant chaque district. Les électeurs seraient tous les praticiens, sans distinction d'écoles, qui se seraient fait enregistrer à une date fixée. Celui qui, même sans diplôme, aurait pratiqué pendant un certain temps devrait, dans ces circonstances, être reconnu et avoir la permission de se faire enregistrer.

Le Gouverneur de l'Etat émettrait le premier ordre pour l'élection, ce qui, dans la suite, serait la prérogative de l'exécutif du Bureau. Il serait d'abord nécessaire d'avoir, de chaque district, des membres élus par au moins trois des classes qui, à présent, constituent les praticiens. La représentation serait *per capita*, le nombre des constituants dans chaque électorat devant être préalablement déterminé. Le terme d'office du Bureau serait, au moins, de quatre ou cinq ans, et les membres seraient susceptibles d'être réélus. Faite au scrutin secret, une telle élection ne présenterait pas la moindre difficulté. Il y aurait, comme de raison, une cabale active, et peut-être, plusieurs nominations dans chaque district. Bien que cela pût donner lieu à des intrigues politiques etc., je pense qu'en somme, on trouvera qu'une élection peut se faire d'une manière assez honnête. Les universités et les écoles seraient amplement représentées dans le Bureau. A une telle organisation on pourrait, je crois, remettre le contrôle de toute matière se rapportant à l'enseignement médical dans l'Etat. Elle correspondrait aux sociétés légales et aux conventions et synodes des diverses dénominations religieuses. Les pouvoirs de ce Bureau seraient définis avec soin par les législatures, et se rapporteraient en premier lieu à l'instruction préliminaire; deuxièmement à l'examen et à l'enregistrement des candidats pour admission à la pratique; et, troisièmement, au règlement de toutes questions se rapportant à la discipline professionnelle. Les dépenses nécessaires seraient défrayées premièrement par les commissaires payés par les candidats pour l'examen; deuxièmement par une légère taxe annuelle imposée à tous les praticiens enregistrés. Un tel corps pourrait espérer voir se fonder, dans chaque Etat, un établissement perma-

nent, avec des édifices installés convenablement pour l'examen, et possédant tout ce qu'il faut pour conduire, d'une manière régulière et systématique, les affaires de la profession.

La première fonction importante du Bureau serait de déterminer quelle sera la plus petite somme d'instruction à exiger des candidats à l'étude de la médecine. Il est tout à fait légitime que la profession puisse, par ses représentants, déterminer les qualifications requises de tous ceux qui désireraient étudier l'art de guérir. Cela a été reconnu pour le Droit, et je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas de même pour nous. On pourrait ainsi obtenir une garantie d'uniformité qu'on ne saurait attendre dans les écoles. Les examinateurs, à l'épreuve préliminaire, devraient être des professeurs indépendants et non des hommes de la profession, et les examens devraient avoir lieu dans différentes parties de l'État. Le temps de l'étude daterait de la passation de l'examen préliminaire. Une pareille mesure serait efficace pour empêcher l'admission de ceux dont l'éducation a été telle qu'ils ne pourraient dans la suite se rendre maîtres des sujets de l'étude professionnelle.

L'examen et l'enregistrement des candidats constitueraient la plus importante fonction du Bureau.

On ne trouve sur aucune question une aussi grande diversité d'opinion que sur le choix des examinateurs. L'opposition des professeurs au Bureau d'État est fondée en très grande partie sur le doute dans lequel ils sont quant au choix de personnes parfaitement compétentes pour cette besogne. Dans la profession il existe un sentiment qui empêcherait le Bureau de choisir un professeur d'aucune école comme examinateur sur le sujet même qu'il enseigne. Les difficultés, cependant, ne sont pas insurmontables. Avec le bon système des points pour les examens par écrit, et en nommant deux examinateurs pour l'épreuve orale, il ne saurait y avoir la plus légère objection, autant que je puis voir, au choix de professeurs comme examinateurs dans certaines branches. Pour l'anatomie, la chimie, la physiologie et la pathologie, c'est-à-dire, dans toutes les branches scientifiques, il serait presque impossible de trouver dans la profession en général des examinateurs suffisamment préparés. Ce serait être injuste à l'égard d'étudiants sortant bien préparés des laboratoires de nos meilleures écoles que de les exposer à être interrogés sur ces branches par des gens qui ne possèderaient d'autres connaissances que celles qu'ils auraient puisées, pour la circonstance, dans deux ou trois des manuels les plus récents. D'un autre côté, sur les sujets plus pratiques, on peut certainement trouver, dans chaque État, des hommes tout-à-fait capables de faire ce travail d'examen. J'ai l'honneur de connaître personnellement, dans plusieurs États de l'Union, des hommes à qui je confierais, avec une entière confiance, le soin d'interroger mes étudiants sur la théorie et la pratique de la médecine, et je n'ai aucun doute que pour la chirurgie, l'obstétrique, la gynécolo-

gie et pour le vaste sujet de la thérapeutique, on ne puisse trouver aussi des hommes également compétents.

Il ne saurait y avoir aucune difficulté au sujet des différences qui existent entre les écoles de pratique. Tous les étudiants seraient examinés sur les grandes divisions principales, l'anatomie, la physiologie et la chimie, ainsi que sur la pathologie et l'anatomie morbide, sur l'obstétrique et la gynécologie opératoire et sur la jurisprudence médicale.

Les examens dans ces branches seraient uniformes. Il n'y aurait que la thérapeutique où il faudrait des épreuves séparées pour les réguliers, les homéopathes et les éclectiques. En se présentant, l'étudiant aurait à indiquer dans laquelle de ces divisions il désire être reçu, et, s'il réussissait, il serait placé dans une de ces trois catégories sur le Régistre d'Etat. Je puis bien avouer que ce projet pourrait, aux yeux de quelques-uns, ressembler à une utopie, mais je suis fermement convaincu que la majorité de ceux qui m'entendent aujourd'hui vivront pour voir les Bureaux d'Etat organisés soit sur ce plan, soit sur un plan modifié.

Quant à la troisième fonction du Bureau, savoir, celle qui a rapport à la discipline, je ne vous en parle que pour vous dire que dans tout acte effectif il doit y avoir des clauses pénales donnant pouvoir de poursuivre ceux qui pratiquent illégalement et sans licence ; de rayer pour cause un nom du registre et d'exercer tels pouvoirs additionnels qui pourraient paraître justifiables à ceux qui seraient chargés de préparer le projet de loi.

La praticabilité d'un projet de ce genre est parfaitement démontrée par l'histoire de la profession dans la province d'Ontario. Jusqu'en 1865-66 il y avait un Bureau de licence, nommé par l'Etat. Ce Bureau ne faisait d'examens que dans le cas où il se présentait des candidats sans diplôme et, à toutes fins que de droit, était simplement un Bureau d'enregistrement devant lequel les gradués se présentaient, payaient un léger honoraire et obtenaient leur licence. De fait ce Bureau était contrôlé par les écoles.

A la session de 1865-66, la profession de la province demanda son incorporation, et l'on prépara alors l'acte qui, avec certaines modifications importantes, est aujourd'hui en force. Il donna pratiquement à la profession, agissant par ses représentants élus, la direction de ses propres affaires, en autant qu'elles se rapportent aux examens préliminaires et professionnels et à certaines mesures de discipline. En dépit d'une opposition vigoureuse de la part de plusieurs qui trouvaient déshonorant de retrancher ainsi le privilège important dont les universités avaient joui jusqu'alors, et qui permettait aux gradués d'obtenir leur licence sans autre examen ; en dépit des dissentions et des mécontentemens qui se rencontrent nécessairement dans toute organisation nouvelle, le Bureau a persisté dans sa tâche méritoire, et aujourd'hui, après 23 années d'existence, il a des annales dont toute la profession de la

province est justement fière. La question qui provoqua l'opposition la plus vive et la plus prolongée fut celle du droit des homéopathes et éclectiques à se faire représenter. Ma première introduction à la profession fut une visite, avec mon précepteur, à la chambre de comité de l'Assemblée, où les collègues s'efforçaient de faire adopter certains amendements à l'acte. J'ai encore vivante dans ma mémoire la grande discussion qui eut lieu sur cette même question de permettre aux homéopathes et aux éclectiques d'élire un nombre proportionné de représentants. On aurait cru se souiller de venir en contact avec la secte impure. Mais la sagesse prévalut, et la représentation resta générale, comme elle l'était, quoique, cependant, il soit vrai de dire que les éclectiques ne sont plus maintenant en nombre suffisant dans les provinces pour envoyer un représentant. L'influence exercée par cette organisation a été des plus salutaires, et les écoles acceptent maintenant l'inévitable avec une grâce parfaite. Le Bureau possède un magnifique édifice central pour y faire les examens, avec des appartements pour l'enregistrement et pour une bibliothèque provinciale. Les honoraires payés pour les examens et une légère taxe annuelle imposée à tout praticien enregistré forment la source d'un revenu suffisant. La même condition, avec quelques modifications, existe dans les autres provinces britanniques.

A ceux qui traiteraient d'utopie un projet semblable et qui objecteraient les difficultés provenant des préjugés invétérés et des dissensions qui existent entre les écoles, je pourrais dire que la situation ici est, en fait, du même genre, quoique peut-être à un degré plus intense, que celle qui existait dans les provinces britanniques avant 1866. Ce qui y a si bien réussi peut être accompli aussi heureusement dans chaque état de l'Union.

Le grand avantage qu'on y trouve est la garantie, pour le public, que lorsqu'un médecin a reçu une licence pour pratiquer, il a certainement les éléments d'une instruction solide, qu'il connaît la composition et les fonctions du corps humain, et qu'il est capable de rencontrer les cas ordinaires de la vie professionnelle. Un tel projet fait disparaître la non responsabilité des écoles, établit un programme uniforme d'études dans chacune d'elles, et fixe une période de rigueur pour le travail théorique et pratique.

La différence est simplement qu'avec le système actuel, des écoles indépendantes et non responsables ont la haute main, imposent leurs conditions à la profession et au public et font tout ce qui leur plaît. Avec une profession organisée et siégeant par ses représentants, les écoles prennent la seconde place ; elles existent pour la profession et le public. On ne saurait discuter la grande supériorité de cette méthode. Elle est essentiellement démocratique et se recommande ainsi, sur tous les points, à la profession de ce pays. Elle est infiniment supérieure à la seconde méthode adoptée à présent dans plusieurs États, quoique le Bureau d'exa-

minateurs nommé par le Gouverneur ou par les sociétés soit meilleur que l'enregistrement sans restriction. Tandis que les intérêts des corporations sont parfaitement sauvegardés dans ce système, elles n'ont pas cette puissance exclusive qui a été accordée en Angleterre par l'acte récent dans lequel, chose presque ridicule à penser, il n'y a que six représentants de la profession en général qui aient trouvé place au Bureau, et encore ce nombre est-il accordé avec répugnance, comme un privilège et non comme un droit.

Il ne faudrait pas, cependant, se dissimuler les difficultés qui se rencontreront dans toute tentative faite pour organiser ces Bureaux. La chose serait prématurée dans plusieurs États. La profession, je l'ai entendu dire souvent, n'est pas préparée à cela, ce qui pourtant, d'après mes observations personnelles, me semble douteux. Je crois que le corps professionnel en général, quand il comprendra bien la question, devra nécessairement convenir que la méthode est en réalité excellente. Je suis certain que le public, par le moyen de la presse, supportera cordialement tout projet qui donnera aux citoyens l'assurance que les praticiens auxquels ils confient leur vie et leurs membres sont des hommes instruits.

L'opposition la plus forte viendra, d'un côté, des écoles qui voient avec défiance toute mesure tendant à porter atteinte à leurs prérogatives. et, d'un autre côté, des membres de l'association homéopathe et éclectique, qui craignent naturellement que dans un arrangement de ce genre on ne leur rende pas pleine justice.

À mon sens, l'antagonisme des écoles n'est pas sérieux. Pour pouvoir faire quelque chose d'effectif, elles doivent être unies. Il est notoire que plusieurs des Facultés, ou peut-être, pour parler plus correctement, plusieurs des membres les plus éminents de chaque Faculté, sont partisans convaincus du Bureau central, et sont d'avis qu'un degré universitaire ne doit être qu'honorifique, et ne pas conférer le droit de pratiquer. L'opposition faite par les homéopathes et les éclectiques n'est pas sérieuse. Ils affectent de n'aimer que le *mieux* et de désirer des examens plus sérieux. Si nous désirons sincèrement nous entendre avec eux sur cette question qui ne touche pas tant à notre propre intérêt qu'à l'intérêt du public, je suis sûr que nous les trouverons prêts et disposés à nous tendre la main. Il ne faut pas non plus leur parler de concessions, mais plutôt reconnaître pleinement leurs droits, lesquels, aux yeux de la loi, sont les mêmes que les nôtres.

Pour agir sûrement, il faut agir lentement, mais aussi, fermement et sans peur, confiants dans la justice de nos réclamations pour le plus grand bien de la profession médicale et du public, animés du seul désir d'assurer au plus humble citoyen de cette grande république, au jour de la tribulation comme à l'heure du besoin, un secours habile et digne des idées humanitaires qui nous animent et de la noble profession dans les rangs de laquelle nous avons l'honneur de servir.



## REVUE DE PÉDIATRIE.

## A travers mes livres.

PAR SEVERIN LACHAPPELLE, M.D.

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

**Diarrhée, Selles hientériques. (Suite).—**

Voilà pour le début de la maladie, qui échappe malheureusement trop souvent au contrôle du médecin.

Celui-ci est demandé à une période plus avancée : les selles sont devenues plus acides, l'irritation prolongée a produit cet effet ; elle est en plus généralisée à une plus grande étendue de l'intestin, et le rectum ne tarde pas à être envahi ; nous avons affaire à la diarrhée catarrhale.

**Diarrhée catarrhale.**—C'est le plus souvent la diarrhée hientérique transformée : les selles sont plus liquides, séreuses, verdâtres, vertes et muqueuses et contenant des sels du sang tels que albumine, hématoïdine. Nous constatons encore des grumeaux alimentaires non digérés.

La diarrhée catarrhale reconnaît trois ordres de causes : 1<sup>o</sup> irritants locaux : action prolongée de substances chimiques anormales, matières fécales en fermentation acide, diarrhée après le choléra, corps étrangers ; 2<sup>o</sup> influences atmosphériques, froid, humidité ; 3<sup>o</sup> après la rougeole.

Cette dernière cause étant connue, la diarrhée catarrhale sera traitée légèrement ; on surveillera plutôt l'aggravation de la maladie.

La diarrhée catarrhale, résultat du froid et de l'humidité, est notre diarrhée d'automne. Nous pourrions prescrire la formule suivante :

P. 3.—Infus. rad ipecac.....	100. 0
Mucil. gum. arab.....	} aa 10. 0
Syrup simpl.....	
Tr. opii.....	0. 02-0.03

Une cuillerée à thé toutes les deux heures.

C'est surtout la diarrhée catarrhale sous l'influence de la première cause, dont il s'agit ici.

Si la forme est hientérique, nous savons ce que nous avons à faire ; purgatif. P. 1.

Si les selles ne sont pas acides, P. 2.

Si les selles donnent une réaction acide avec forme sous-muqueuse, nous aurons recours à la préparation suivante :

P. 4.—Syrup rhæi. et pot.....	ʒ ss
Fl. ext. hæmatoxyli.....	ʒ ii
Tinet. catechu.....	ʒ i

Une cuillerée à thé trois fois par jour.

Le sirop de rhubarbe et de potasse n'est pas dans nos pharmacopées ; il porte dans certains compendiums américains le nom de "Neutralizing Cordial;" la base de ce sirop est la rhubarbe et du carbonate de potasse, qui semblent rencontrer les deux indications principales : neutraliser l'acidité et modifier la muqueuse. Le bois de Campêche et le catechu sont des astringents puissants dont on ne doit pas négliger l'administration.

La diarrhée de la dentition est plus graduelle dans sa marche, plus lente dans ses progrès ; elle présente souvent les symptômes de la diarrhée catarrhale ; disparaît après l'éruption d'une dent, pour reparaitre avec une nouvelle évolution dentaire. Outre la prescription No 4, on pourra avoir recours à la suivante, que nous donne West :

P. 5.—Misture acacie.....	ʒ vi
Liquoris pot.....	m xxx
Vin. ipec.....	" xxiv
Syrup altheæ.....	ʒ iv
Aque pura.....	ʒ xiii

Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Dans cette formule de West, la rhubarbe est remplacée par l'ipeca comme modificateur de la muqueuse intestinale ; il ne faut pas oublier cette propriété spéciale de l'ipeca. Nous le donnons en prescrivant le Dover, un grain, à l'heure du coucher ; on pourra associer à ce Dover un demi-grain de mercure et craie.

Comme on le voit, toutes ces diverses formules ne contiennent pas d'opium, à l'exception du Dover. Ce n'est que dans la forme grave des diarrhées et dans la dyssenterie où l'élément de la douleur prédomine qu'on aura recours sans hésiter aux diverses préparations d'opium, dont la dose pourra et devra être répétée selon l'indication.

La diarrhée catarrhale qui résistera à l'influence du traitement ne tardera pas à mettre notre petit malade en danger ; la perte de sang qu'il subit, ou plutôt la perte de principes essentiels du sang ne tarde pas à amener une prostration profonde. On n'hésitera pas à combattre celle-ci par l'éther à la dose d'une demi drachme, pur, en injection cutanée.

Le traitement de la diarrhée catarrhale ne durera pas moins de huit à dix jours, ce n'est qu'alors qu'on pourra espérer voir les symptômes s'amoinrir.

Dès que l'on constatera du mieux, on aura recours aux toniques, à la formule suivante par exemple :

P. 6 Tr. cinchona co.      ʒiii  
 Syrupi rhæi et pot.      ʒiii

Une drachme toutes les six heures dans un mucilage.

Errata.—Page 281. L'irritation dentaire n'a pas de *saison* spéciale, au lieu de *raison* spéciale.

Page 282. La chaleur *voilà* donc le facteur, au lieu de *voile* le facteur.

## HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

La variole et la syphilis sont les deux causes les plus ordinaires de la dacryocystite. (Prof. FOUCHER.)

La blennorrhagie est, plus souvent qu'on ne le croit, une cause de cystite. Cette dernière exige un traitement antiseptique. (Prof. BRENNAN.)

Lorsqu'un patient accuse une maladie de l'oreille, il faut s'assurer de l'état du nez et du pharynx avant d'entreprendre un traitement. (Prof. FOUCHER.)

Dans le cas d'amputation d'un membre inférieur, M. le professeur BROUSSEAU conseille de ne pas appliquer d'appareil prothétique avant cinq ou six mois.

Lorsqu'on prescrit l'atropine ou tout autre mydriatique en application aux yeux, il faut prévenir le patient des troubles visuels qui doivent en résulter. (Prof. FOUCHER.)

N'opérez pas toutes les déchirures du col que vous rencontrerez, dit M. le professeur BRENNAN ; la trachélorrhaphie n'est indiquée que lorsque la laceration est étendue et produit des désordres manifestes.

Les bromures alcalins étant susceptibles de s'accumuler dans l'économie, il faut avoir soin, dans les médications de longue durée, d'en suspendre l'administration de temps à autre. (Prof. DESROSIERS.)

---

Une observation attentive fera trouver la cause d'un bon nombre de suppurations cornéennes, à la suite de l'opération de la cataracte, dans le fait que les opérés sont atteints de diabète. (Prof. FOUCHER.)

---

Lorsque vous traitez par l'électricité (faradisme ou galvanisme) un cas de déplacement utérin, remettez l'organe, en autant que vous le pourrez, dans sa position normale, avant que de faire passer le courant. (Prof. BRENNAN.)

---

M. le professeur BROUSSEAU attire l'attention sur l'apparition souvent tardive des symptômes cérébraux dans les cas de traumatisme de la tête. Surveiller attentivement le blessé et ne pas faire de pronostic hâtif.

---

Chez beaucoup de femmes atteintes d'ovarite, les douches vaginales chaudes sont mal supportées. On les remplace efficacement par le repos absolu, l'antipyrine, la quinine à hautes doses, les suppositoires calmants, etc. (Prof. BRENNAN.)

---

Le meilleur véhicule de l'huile de ricin est un liquide chaud, très chaud même, bouillon ou lait. À cette température, l'huile se mêle parfaitement au véhicule, et le tout est pris sans que, bien souvent, le malade ait conscience qu'il prend une dose d'huile. (Prof. DESROSIERS.)

---

Ne considérez pas la généralité des ulcérations ou érosions du col comme étant des entités morbides destinées à être cautérisées à outrance; regardez-les plutôt comme des symptômes exigeant, il est vrai, un traitement particulier, mais dont vous devez chercher et traiter la cause. (Prof. BRENNAN.)

---

Le succès du traitement de la coqueluche par la belladone ne s'obtient qu'à la condition de donner le médicament à doses suffisamment, quoique toujours progressivement élevées. Souvent il faut, comme dans le traitement de l'incontinence d'urine, pousser jusqu'à la dilatation pupillaire. (Prof. DESROSIERS.)

---

Le diagnostic d'une cataracte commençante ne peut être établi sûrement qu'à l'aide de l'ophtalmoscope. La pupille peut être de couleur jaunâtre, grisâtre ou verdâtre, en l'absence de toute cataracte, de même qu'elle peut être de couleur normale en apparence alors qu'il y a déjà des stries opaques dans le cristallin. (Prof. FOUCHER.)

Si tous les praticiens avaient le bon esprit de ne pas administrer l'ergot de seigle avant la sortie du placenta, on verrait diminuer d'une façon notable les accidents suivants: rupture de l'utérus, asphyxie du fœtus, contraction spasmodique du col et ralentissement consécutif du travail, rétention de l'arrière-faix. (Prof. DESROSIERS.)

Il ne faut pas oublier que les acides végétaux, une fois absorbés dans le sang, sont brûlés puis transformés en bicarbonate de soude, ce qui fait qu'ils alcalinisent le sang et l'urine. On peut donc les administrer, à titre d'alcalins, dans tous les cas qui réclament l'emploi des potions alcalines: rhumatisme articulaire, cystite, uréthrite, diathèse urique, etc. (Prof. DESROSIERS.)

Il y a de ce temps-ci une double épidémie de rougeole et de roséole se succédant, chez les enfants, à un intervalle souvent rapproché, et cela sans ordre régulier, la roséole débutant quelquefois, et quelquefois aussi la rougeole. Lorsque c'est la roséole qui débute, la rougeole est moins grave: la roséole agirait-elle alors à la manière du vaccin qui amoindrit la variole, quand il ne protège pas absolument contre elle? (Prof. Séverin LACHAPPELLE.)

**Le régime des hommes forts.**—Les soldats romains, qui ont couvert l'empire de travaux gigantesques et qui portaient un équipement d'un poids tel qu'il paraîtrait écrasant aujourd'hui à nos plus vigoureux ouvriers des champs, se nourrissaient de pain bis et de vin sûr. Leur régime de vie était des plus simples, et ils se livraient à des exercices réguliers. Le paysan espagnol travaille tout le jour, dans la moitié de la nuit, et ne mange que du pain noir, quelques oignons et une pastèque. Les portefaix de Smyrne ne prennent que quelques fruits et quelques olives, ce qui ne les empêche pas de marcher allègrement sous les plus lourds fardeaux. Le coolie chinois ne mange que du riz, et il est plus dur à la fatigue que le nègre nourri de viande. Nous ajouterons que les Trappistes, qui choisissent les travaux les plus pénibles, qui ne prennent jamais le repos d'une nuit complète, ne se nourrissent, en dehors des jours de jeûne, et ils sont nombreux, que de pain et de légumes cuits à l'eau; leur longévité est légendaire. Les grands travaux sur notre globe sont accomplis par ceux qui ont le régime le plus simple et le plus frugal.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**Des méfaits du rhumatisme.**—Clinique de M. PETER, à l'hôpital Necker.—C'est à propos de deux malades du service, que je désire appeler votre attention sur les méfaits du rhumatisme, c'est à-dire sur certains accidents du côté du cœur.

Le premier, est un jeune garçon, employé comme groom aux caves du Grand-Hôtel et comme ouvrier de voitures, allant constamment, par conséquent, de la cave au trottoir et, par suite, constamment aussi soumis à des variations brusques de température.

C'est ainsi qu'il contracta un rhumatisme en novembre dernier, rhumatisme des genoux et des articulations tibio-tarsiennes, fébrile et articulaire, qui le tint au lit pendant un mois.

Au bout de ce temps, il put reprendre ses occupations, mais, quinze jours plus tard, il était repris des mêmes accidents morbides. Il traîna ainsi pendant plusieurs mois, souffrant toujours de douleurs articulaires, jusqu'à il y a vingt-sept jours, où il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée ici, il était très peu fébricitant, la température était de 37°4; en somme, il était convalescent de son rhumatisme articulaire aigu; les douleurs dans les jointures étaient peu prononcées; mais par contre, le cœur était frappé. Il était frappé dans sa totalité, frappé d'endocardite, de péricardite, de myocardite et de névricardite.

En effet, voici les phénomènes que nous constatons en examinant l'organe central de la circulation: l'application, même légère mais suffisante cependant de la tête sur la région précordiale, était douloureuse; donc inflammation du péricarde rayonnant au tissu conjonctif circonvoisin, c'est-à-dire dans les espaces intercostaux. La simple pression des doigts, au niveau de la base, déterminait une vive douleur, plus vive même que celle résultant de l'application de la tête dont je viens de parler: donc, douleurs des nerfs du cœur, au niveau de la base de cet organe. Il existait aussi une vive douleur lorsque la pression s'exerçait dans le deuxième espace intercostal du côté gauche. En somme, je trouvais donc deux foyers douloureux: 1o un foyer à la base du cœur; 2o un foyer intercostal.

De plus, si l'on venait à exercer une pression sur le trajet du pneumogastrique gauche, dans la région cervicale, on provoquait aussi une douleur vive. Par contre, toute pression sur le pneumogastrique droit était absolument indolore.

En résumé, il existait donc une fluxion des nerfs cardiaques. Quant à l'auscultation, elle dénotait, tout d'abord, un bruit de frottement superficiel, résultant d'une péricardite sèche; puis, à la pointe, on entendait un bruit de souffle au premier temps, souffle mitral, doux, qui démontrait une phlegmasie de la séreuse, tapisant les cavités du cœur. Les séreuses péricardique et endocardique étaient donc prises toutes deux et l'on se trouvait, chez ce jeune garçon, en face, tout à la fois d'une péricardite sèche—car il n'y avait pas trace d'épanchement dans le péricarde—et d'une endocardite, soit d'une endo-péricardite.

Mais ce n'était pas tout, et j'étais amené à constater aussi que le muscle cardiaque lui-même avait été offensé par la fluxion rhumatismale, ainsi que le démontrait la douleur éprouvée par le malade sous l'influence de la pression au niveau des quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux, c'est-à-dire en plein cœur; d'où je devais conclure, ainsi que je viens de le dire, à l'envahissement du muscle du ventricule gauche du cœur par la fluxion rhumatismale.

D'ailleurs, les troubles fonctionnels prouvaient également l'existence d'une myocardite. Vous savez que l'endocardite rhumatismale est celle dans laquelle le cœur gauche seul est atteint, laissant le cœur droit indemne; or, c'était là également ce que j'observais chez mon malade; le myocarde de son cœur gauche était pris et, par suite, fonctionnait mal.

En effet, les troubles fonctionnels du muscle du cœur gauche étaient caractérisés, à l'auscultation, par un dédoublement manifeste du deuxième bruit et par le souffle au premier temps, dont j'ai parlé tout à l'heure. Ce dédoublement du deuxième bruit, que signifie-t-il, en réalité? Qu'il y a défaut de synergie dans la contraction des deux ventricules, dont l'un boite, par rapport à l'autre. J'ajoute que ce dédoublement parfaitement manifeste, évident, lorsque le malade est assis ou couché, c'est-à-dire au repos, disparaît en grande partie ou même en totalité, sous l'influence du mouvement, de la marche, de la locomotion, par suite de l'énergie plus grande qu'exige tout effort de la part du ventricule boiteux, c'est-à-dire du cœur gauche; car que fait cette énergie du cœur gauche, si ce n'est de rétablir le synchronisme des deux cœurs?

Enfin, il existait encore un autre trouble fonctionnel, lequel a été révélé, dans la contractilité même du cœur, par le sphygmographe: je veux parler d'un certain degré de trémulation.

Par les divers phénomènes morbides que je viens de vous décrire brièvement, vous voyez combien notre jeune malade a eu

son système cardiaque offensé par son attaque de rhumatisme articulaire du mois de novembre de l'année dernière, de tout ceci il résulte, au point de vue du pronostic :

1<sup>o</sup> Que la péricardite sèche, dont il a été frappé, guérira totalement, sauf peut-être en quelques points, où des plaques laiteuses persisteront ;

2<sup>o</sup> Que son myocarde guérira probablement aussi, sauf également en certains points peut-être qui pourront rester granulo-graisseux ;

3<sup>o</sup> Qu'il conservera, enfin, certainement l'insuffisance mitrale dont il est atteint, laquelle ira en augmentant de plus en plus.

Voici pour le premier malade. Quant au second, c'est une jeune femme, entrée pour un rhumatisme subaigu, à peu près sans fièvre (38 degrés), génital, en ce sens que la malade avait un écoulement blennorrhéique du vagin, écoulement sous l'influence duquel le rhumatisme s'était développé, l'affection avait débuté par une synovite tendineuse au niveau de la patte d'oie, comme cela arrive fréquemment dans le rhumatisme blennorrhéique. A ce moment-là, le cœur était encore parfaitement indemne, les accidents étant très légers et tout à fait apyrétiques ; mais tout à coup, cette malade a été prise, sous nos yeux, de douleurs fort vives ; en même temps, la fièvre s'allumait, la température montait à 38°6 et les deux genoux devenaient le siège d'une fluxion rhumatismale, avec épanchement dans les articulations.

A dater de ce moment, le cœur était envahi et je percevais un bruit de souffle très manifeste au premier temps et à la pointe, souffle mitral d'une endocardite naissante. Quarante-huit heures plus tard ce souffle était encore plus accentué. J'ai prescrit immédiatement 4 grammes de salicylate de soude. Aujourd'hui, la fièvre est tombée, la fluxion articulaire a disparu, la douleur également. Le souffle seul persiste.—*Gazette des hôpitaux.*

**Ictère fébrile aigu (Maladie de Weill)**, par M. NAUWECK.— Depuis le mémoire de Weill, il a été publié diverses observations par Goldschmidt, Wagner, Roth, Fiedler, Hueber, Wagner et Aufrecht. Les deux suivantes montrent la nature infectieuse de cette affection.

Un aliéné de cinquante-cinq ans est atteint subitement de fièvre et d'ictère avec augmentation de volume du foie. Il succombe le troisième jour dans le coma avec de l'hypothermie et des sueurs profuses, mais sans avoir présenté de vomissements, ni de diarrhée. A l'autopsie, on constate des ulcérations avec gangrène de la paroi de l'intestin grêle, de la dégénérescence albuminoïde et grasseuse du foie. L'examen bactériologique n'a donné aucun résultat.

Le second cas est celui d'un boucher qui fut subitement atteint de sueurs profuses, d'une augmentation extrême de la fréquence



du pouls et l'hyperthermie. Trois jours après, il avait un ictère intense, des vomissements, du météorisme, de l'abattement et du délire; vers le sixième jour, de la diarrhée; le septième une augmentation de la matité hépatique, et le huitième, de la splénomégalie. Une éruption rubéolique survint et il succomba dans le collapsus cardiaque et avec de l'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence du foie et des reins et l'absence de toute lésion intestinale. Ici encore il faut admettre une intoxication par les ptomaines.—*Abeille médicale.*

### Comment on doit faire l'examen clinique d'un diabétique.

—Les diabétiques avérés ne sont pas rares; chacun de nous en a plusieurs dans sa clientèle. Les diabétiques méconnus sont peut-être encore plus nombreux, malgré les progrès qu'a réalisés la clinique en apprenant à dépister le diabète d'après certains symptômes négligés autrefois ou rapportés à d'autres causes.

C'est parler comme M. de Palisse, de dire que les diabétiques méconnus n'existeraient pas si les médecins examinaient toujours et systématiquement les urines de toutes les personnes qui les consultent. Mais, bien que l'examen urologique soit de plus en plus familier aux praticiens, il est malheureusement encore trop de confrères qui ne le pratiquent que dans certaines circonstances. On ne saurait trop répéter *qu'il faut toujours examiner les urines de tous les malades*. Si on se conformait à cette règle, on surprendrait dès l'origine la glycosurie à une époque où, encore faible, elle peut être enrayée assez rapidement par une hygiène sévère et presque sans médicament.

Ce sont souvent des spécialistes consultés par hasard qui, plus avisés que le médecin, dépistent un diabète ignoré: les dentistes instruits qui constatent une gingivite expulsive, un état fongueux des gencives; les dermatologistes consultés pour quelque eczéma, pour un prurit vulvaire, quand ce n'est pas un syphiliographe auquel on vient soumettre une balano-posthite récidivante, ou un ophthalmologiste dont on requiert les soins pour une amblyopie, pour une cataracte.

Parmi les *symptômes révélateurs* il faut encore signaler des névralgies, surtout la sciatique et la névralgie faciale—la diminution rapide de la puissance génitale,—la furonculose, les troubles digestifs, notamment des diarrhées paroxystiques, un amaigrissement inexplicable, une perte progressive des forces physiques et de l'activité intellectuelle sans localisation morbide sur aucun organe, etc. On n'en finirait pas s'il fallait énumérer toutes les modalités que revêt ce début apparent du diabète; car, lorsqu'on est consulté pour le symptôme révélateur, la glycosurie existe en général depuis assez longtemps déjà, et le trouble nutritif généralisateur de l'hyperglycémie, dont la glycosurie est elle-même la conséquence, est encore de date plus ancienne.

Quand le médecin dans son cabinet vient de constater avec la liqueur de Fehling, la potasse ou le sous-nitrate de bismuth, que l'urine de celui qui le consulte fournit les réactions de la glycose, il ne doit pas se contenter, comme cela arrive, quelquefois, de dire à son client: "Vous êtes diabétique, ne mangez plus ni aliments sucrés, ni féculents; mettez-vous au pain de gluten et prenez tel médicament (bromure de potassium, arsenic, lithine, etc., suivant les idées qu'a le médecin sur la thérapeutique du diabète)"

Parler ainsi, c'est agir en pharmacien, comme aurait dit La-sègue.—Il ne suffit pas davantage de dire: "Faites doser de temps en temps la quantité de sucre qu'il a dans votre urine et traitez-vous plus ou moins sévèrement suivant que cette quantité augmentera ou diminuera."

*Avant de dire à un homme qu'il est diabétique, il faut y regarder à deux fois.*

D'une part parce que, si certains individus reçoivent assez philosophiquement cette nouvelle, il en est d'autres qu'elle atterre littéralement et qu'il n'est jamais bon de porter une rude secousse morale à un diabétique.

D'autre part, il ne faut pas plus se hâter de dire diabète quand on a seulement constaté de la glycosurie, qu'il ne faut lâcher le mot de méningite quand on est appelé près d'un enfant qui présente quelques symptômes méningitiques, — à moins qu'on ne soit désireux de se procurer l'honneur équivoque d'avoir guéri en quelques semaines une glycosurie transitoire ou en quelques jours des accidents cérébraux congestifs.

Il faut donc se contenter de demander au malade de revenir avec une analyse qualitative et quantitative de ses urines au point de vue des divers constituants: urée, acide urique, acide phosphorique, glycose, albumine, s'il y en a, et en ce cas de la présence d'éléments figurés, cylindres rénaux. Car il n'est pas indifférent d'être seulement glycosurique ou d'être en même temps albuminurique, et il est important de savoir s'il y a un chiffre normal d'urée ou une azoturie considérable, et de juger en un mot le taux de la nutrition de l'individu d'après les proportions des déchets urinaires.—Il ne faut pas non plus négliger la réaction de Gerhard (addition de quelques gouttes de perchlore de fer) qui, si elle colore les urines en brun-rouge, couleur vin de Bourgogne ou de Bordeaux, décèle l'état dit *acétonurique*, dont on connaît la signification au point de vue de la possibilité de certains accidents nerveux des plus graves (coma diabétique).

Quand on est en possession de ces renseignements urologiques, il y a lieu d'examiner minutieusement chez le malade:

- 1<sup>o</sup> Son hygiène alimentaire, et l'état de ses fonctions digestives.
- 2<sup>o</sup> Son passé et son hérédité au point de vue de la pathogénie;
- 3<sup>o</sup> L'état actuel de la nutrition et des réactions nerveuses;

4<sup>o</sup> L'existence possible de complications.

Car chacun de ces points commande la thérapeutique.

En effet, avant de conclure au diabète, c'est-à-dire, à une glycosurie par hyperglycémie permanente, il faut éliminer la glycosurie alimentaire par usage excessif d'aliments sucrés ou par mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, notamment par suspension de la fonction dévolue au foie d'arrêter la glycose venue de l'intestin, pour l'emmagasiner à l'état de glycogène et ne la livrer ultérieurement au sang en la faisant repasser à l'état de glycose qu'au fur et à mesure des besoins de l'organisme.

Dans la glycosurie d'origine digestive ou par torpeur des fonctions hépatiques, c'est seulement au moment de la digestion que la glycosurie existe et elle est proportionnelle à la quantité d'aliments sucrés ou féculents ingérés. D'où l'indication de faire analyser deux échantillons de l'urine de 24 heures, l'un recueilli trois à quatre heures après les repas, l'autre à une heure aussi éloignée que possible du repas précédent, celle du réveil par exemple. On délimitera par la palpation et la percussion le volume du foie.

On arrivera par ces moyens, dans certains cas, au diagnostic de glycosurie alimentaire par dyspepsie gastro-intestinale et par torpeur hépatique, et à guérir rapidement le malade par la simple hygiène alimentaire et le traitement des troubles digestifs.

L'état des fonctions digestives n'est pas moins important à connaître dans le diabète vrai; car la déchéance de l'appétit et les spoliations que causent certains troubles digestifs, la diarrhée par exemple, assombrissent singulièrement le pronostic parce qu'elles compromettent gravement la nutrition déjà viciée par l'hyperglycémie.

Les antécédents personnels et héréditaires sont intéressants au point de vue pathogénique; car ils permettent d'établir avec quelque vraisemblance la nature du diabète. Quelque théorie que l'on adopte au point de vue pathogénique (et les théories ne manquent pas), il faut cependant accepter que le diabète n'est pas le même dans son évolution, sa ténacité, son traitement, suivant qu'il est survenu accidentellement sous l'influence de causes nerveuses sans prédisposition héréditaire, ou suivant qu'il avait été préparé dès la naissance par une hérédité arthritique, dont la fréquence n'est plus contestée par personne.

Etablir la *filiation arthritique* est donc une des parties non négligeables de l'examen d'un diabétique; c'est d'abord le diabète lui-même, qu'il faut rechercher chez les ascendants, puis l'obésité, les lithiases, la goutte, etc., toutes ces maladies qui attestent dans une famille le ralentissement permanent de la nutrition. Dans les antécédents personnels, c'est encore ces mêmes maladies qu'on recherchera.

L'obésité est en connexion particulièrement étroite, comme on sait, avec le diabète. Récemment un allemand, Kisch, en fournissait une nouvelle preuve dans une étude sur le diabète dit *lipogène*. D'après l'expérience de l'auteur, plus de la moitié des obèses héréditaires deviennent diabétiques et dans les autres cas d'embonpoint exagéré on rencontre encore le diabète 15 fois sur 100. D'après le tableau généalogique de plusieurs familles, Kisch établit que souvent dans une famille certains membres offrent dans leur jeunesse une obésité manifeste, tandis que d'autres sont diabétiques, sans être obèses, ou bien quelques membres de la famille présentant un embonpoint exagéré sont atteints de diabète entre 30 à 40 ans.

En général chez les obèses, il est fréquent de rencontrer, quand l'attention est portée de ce côté, une glycosurie qui n'est que passagère et intermittente, puis au bout d'un certain nombre d'années, elle devient continue, le diabète est constitué. Or, si on avait obligé de bonne heure l'obèse à combattre par l'hygiène le trouble nutritif, on aurait pu prévenir le diabète.

Quand, en l'absence d'hérédité arthritique, on trouve chez le malade des antécédents personnels qui expliquent chez lui un ralentissement graduel de la nutrition (alimentation excessive et sédentarité, c'est-à-dire, excès de recettes et absence de dépenses) —*arthritisme acquis*—on a une indication curative qui prime toutes les autres et aussi un utile renseignement pronostic; car un diabète acquis de la sorte est moins rebelle en général que le diabète des arthritiques de naissance.

Si au contraire on note dans les commémoratifs quelque choc nerveux traumatique ou moral ou l'influence prolongée d'une surexcitation psychique, la thérapeutique bénéficiera incontestablement de cette notion; car dans la curation d'un *diabète d'origine nerveuse* il y a une part plus large à faire à la médication sédative, ou névrossthénique, que dans le diabète arthritique. Au premier conviennent plutôt les médicaments tels que le bromure et l'anti-pyrine, ou l'arsenic ou la strychnine; au second plutôt les alcalins, les médicaments d'épargne, la codéine, la valériane et surtout l'hygiène alimentaire.

D'ailleurs, la pratique nous montre chaque jour la réunion de ces deux ordres de causes; chez un arthritique de naissance, la prédisposition est à un moment donné de la vie mise en jeu par une influence nerveuse occasionnelle et il y a une part égale à faire aux deux facteurs dans la thérapeutique.

L'état actuel de la nutrition du diabétique nous est fourni par la connaissance des variations de son *poids*. Un diabétique doit se peser souvent et enregistrer parallèlement les chiffres de ses pesées, ceux des dosages du sucre, et ceux de l'urée éliminée. Car les variations dans l'élimination de l'urée et de l'acide urique nous renseignent non moins utilement que la permanence de son poids sur le taux de sa nutrition.

L'examen des *fonctions* de la *peau*, l'existence de dermatoses et de troubles trophiques (névrites) etc., sont encore des renseignements sur la nutrition générale.

La recherche des réactions nerveuses s'impose aussi, et c'est à l'état des *réflexes tendineux*, on le sait depuis les travaux de M. Bouchard, qu'il convient de demander dans quelle mesure le système nerveux central se trouve affecté par l'hyperglycémie; la disparition du réflexe rotulien est toujours fâcheuse chez un diabétique, sa réapparition de bon augure. L'état du sommeil, celui des fonctions génitales, de la mémoire, des organes des sens sera soigneusement interrogé.

Enfin, on auscultera minutieusement l'appareil respiratoire au point de vue de la recherche de la *tuberculose*, qui survient si insidieusement chez les diabétiques et assombrit si fort le pronostic.

C'est par l'ensemble de ces constatations qu'on arrive à pouvoir établir à peu près correctement le bilan d'un diabétique, et c'est seulement après avoir comparé soigneusement les diverses données du problème qu'on doit commencer à exposer au malade quelles obligations sa situation lui impose.—Dr. P. Le GENDRE, in *Congress médical*.

**Impuissance virile.**—Au congrès de Médecine interne de Wiesbaden, M. FÜRBRINGER, de Berlin, a fait la communication suivante :

Il établit une distinction essentielle entre *l'impotentia generandi* et *coeundi*; la première consiste dans la stérilité qui résulte de toute altération essentielle dans l'accomplissement de l'acte sexuel.

Il ne s'occupe que de *l'impotentia coeundi*, que Rockwell et Hammond ont déjà étudiée sous la désignation de "neurasthénie sexuelle."

Dans l'impuissance nerveuse, proprement dite, c'est l'insuffisance de l'érection qui est la principale cause de l'impossibilité du coït. L'impuissance sexuelle, d'origine purement physique, sans aucun phénomène neurasthénique appréciable, est de beaucoup la moins fréquente; *l'impotentia coeundi* coexiste presque toujours avec des indices de faiblesse irritative, et peut, ainsi que la spermatorrhée qui l'accompagne habituellement, constituer à son avis, dans bien des cas, l'unique symptôme d'une neurasthénie.

Tandis qu'il a recueilli 100 cas *d'impotentia generandi*, il possède 200 cas *d'impotentia coeundi*, d'origine purement nerveuse. Ces observations proviennent à peu près toutes de la clientèle privée. Bien que sur 15,000 malades traités dans son service d'hôpital, deux seulement se soient plaints de ce trouble fonctionnel, il ne croit pas qu'il soit cependant plus exceptionnel dans la classe ouvrière, et il attribue ce fait plutôt à l'incurie de cette catégorie sociale à l'égard des devoirs conjugaux et de l'acte sexuel en général.

Les âges extrêmes où il a constaté cette affection sont dix-huit et cinquante-deux ans; 50 % de ces malades étaient dans leur quarantième année. En ce qui concerne les professions, sa statistique indique une fréquence plus grande chez les commerçants, les officiers, et surtout chez les médecins; chez les théologiens, elle n'est pas très rare, et les professeurs occupent sur sa liste le dernier rang.

Dans les antécédents de ces malades, il a noté l'onanisme (28 0/0), la gonorrhée (38 0/0), l'onanisme et la gonorrhée (13 0/0), les excès de coït naturel (10 0/0), la faiblesse irritative héréditaire (11 0/0). Il est à remarquer que l'éjaculatio extra vas naturale ainsi que la suspension volontaire du coït ne donnent pas lieu à une forme spéciale de l'affection, et que ce sont les excès sexuels et non leur accomplissement contre nature qui exercent une influence à cet égard. Chez presque tous ces malades l'état général varie avec les phases plus ou moins intenses de cette impuissance nerveuse, dont les symptômes concomitants consistent, suivant les cas, en céphalalgies, en troubles de la vue et de la parole, en phénomènes de dyspepsie nerveuse, en désordres cardiaques plus ou moins marqués, en un mot en divers indices d'une irritation spinale.

L'analyse des quatre phénomènes distincts qui interviennent dans l'acte sexuel (*erectio, libido sexualis, ejaculation, orgasmus*) permet d'établir quatre formes principales de l'*impotentia coeundi*.

Dans la première, qui est la plus fréquente, il existe, indépendamment de l'insuffisance de l'érection, un affaiblissement plus ou moins accusé aussi du désir de l'éjaculation et de l'orgasme. Dans cette forme, qui intéresse à la fois les quatre facteurs de l'acte sexuel, il faut faire entrer en ligne de compte l'influence que peut exercer la frigidité féminine, assez ordinaire en Allemagne, dans certains cas. moins fréquents, il s'agit moins d'une *impotentia virilis* en réalité que d'une *impudentia muliebris*.

La seconde forme, caractérisée par les mêmes symptômes à peu près, mais ne différant de la première que par l'exagération des désirs sexuels, s'accompagne souvent de céphalées frontales et comporte un pronostic particulièrement fâcheux.

La troisième forme, caractérisée par la précocité de l'éjaculation, constitue une transition insensible entre l'*impotentia coeundi* et les pollutions diurnes.

Dans la dernière forme le désir et l'éjaculation existent, mais l'érection est anormale par le fait d'une activité cérébrale inopportune ou de préoccupations professionnelles.

Il va sans dire que pour établir le diagnostic de l'*impotentia coeundi*, il faudra examiner soigneusement les urines au point de vue du sucre et de l'albumine, et rechercher s'il existe des signes de tabes ou de tumeur cérébrale, tels que les gommés syphilitiques.

Quant au pronostic, il dépend surtout du degré de la neurasthé-

nie ; les statistiques de M. Fürbringer lui ont fourni 173 de guérisons et 173 d'améliorations.

Il faut être très réservé sur l'emploi des traitements locaux à l'aide des prescriptions médicales ou de pratiques instrumentales, qui sont inutiles au moins tant qu'il n'y a pas d'inflammation de l'urèthre, et qui exercent, même au point de vue moral, une influence fâcheuse dans les cas d'impuissance purement nerveuse. C'est surtout aux conditions hygiéniques que la thérapeutique aura recours ; il faudra, suivant les cas, imposer un repos physique ou intellectuel, prescrire l'abstinence sexuelle, les voyages et, dans bien des cas, le séjour dans un établissement spécial installé en vue du traitement de la neurasthénie. L'hydrothérapie et le massage peuvent rendre dans ces cas des services réels, mais les résultats de cette méthode sont loin d'être toujours favorables. Quant à la question du mariage, elle doit rester soumise à l'appréciation du médecin dans chaque cas particulier.—*Semaine médicale.*

**Accidents nerveux consécutifs aux collisions de chemin de fer.**—Les accidents de chemin de fer ont souvent pour résultat de produire, même en l'absence de toute blessure, et par la seule influence du choc et de l'émotion, des troubles nerveux plus ou moins durables, très importants à connaître au point de vue du diagnostic, du pronostic et par suite des conséquences médico-légales relatives à la responsabilité pécuniaire des compagnies. M. Charcot a montré dans ses cliniques plusieurs exemples des états névropathiques divers que les collisions de chemins de fer peuvent faire naître chez des individus prédisposés. Ces états revêtent le plus souvent la forme clinique de l'hystérie ou de la neurasthénie. Ils peuvent durer longtemps, des mois, une année même, et dans des cas de ce genre, on a souvent cru à la simulation.

Il peut y avoir quelquefois de la paralysie, d'autres fois des attaques convulsives. On voit même, à la suite de ces émotions doublées de choc, éclater un accès de goutte ou une attaque de rhumatisme, le diabète, la paralysie agitante, la maladie de Basedow, etc.

L'opinion de M. Vibert, de M. Knapp (de Boston) qui voient dans les accidents nerveux consécutifs aux collisions de chemins de fer une maladie particulière, névrose traumatique ou névrite périphérique, n'est pas acceptée par M. Charcot et ses élèves qui n'y voient que l'hystérie ou la neurasthénie latente éveillée par des excitations fortes, comme elles peuvent l'être, nous le savons, par l'action lente d'une intoxication, telle que l'alcoolisme, le saturnisme. L'*hystérie traumatique* fait pendant à l'*hystérie toxique*, ainsi qu'on le voit dans la thèse récente de M. Guinon sur les agents provocateurs de l'hystérie.—*Concours médical.*

## CHIRURGIE

**Pied-bot congénital et pied-bot acquis.** Clinique de M. KIRMISSON à l'Hôtel-Dieu.—M. Kirmisson présente à sa clinique un petit enfant âgé de deux mois. Il y a seize jours sa mère l'a porté à l'hôpital et l'on reconnaissait que cet enfant était atteint d'un double pied-bot varus très prononcé. L'enfant était dans de très bonnes conditions de santé, nourri par sa mère; on lui a fait subir immédiatement le traitement suivant: Trois fois par semaine on lui fait du massage, on pratique lentement le redressement et on immobilise les pieds dans des appareils en gutta-percha. Il y a déjà une amélioration considérable. Le pied n'est plus à angle droit sur la gauche, l'enroulement du pied a disparu.

Si l'on considère les pieds-bots de cet enfant, on voit qu'ils vérifient les idées de Parkow, d'après lesquelles ce ne sont pas seulement les os et les tendons qui s'opposent au redressement du pied bot, mais bien souvent aussi les parties molles du pied, les parties fibreuses, l'aponévrose plantaire. Il semble en effet dans les pieds de cet enfant y avoir un véritable tissu cicatriciel. Aussi il est facile de comprendre que dans un cas comme celui-ci la ténotomie ne serait d'aucun secours thérapeutique; il faudrait mettre à nu toutes les brides et les détruire. Mais, étant donnée l'amélioration déjà constatée, il faut espérer qu'on n'aura pas besoin d'avoir recours à une opération sanglante. Ce cas démontre les résultats remarquables qu'on peut obtenir par les manipulations seules.

A côté du pied-bot congénital, on trouve nombre de pieds-bots acquis. L'étiologie de ces pieds-bots acquis a une origine bien diverse.

1o. Nous avons d'abord les pieds-bots par rétraction de la peau, par brides cicatricielles. On peut voir au musée Dupuytren un beau moule de pied-bot talus par bride cicatricielle. M. Kirmisson a opéré en 1883, à l'hôpital Saint-Louis, un malade qui, par suite de brûlures, avait une cicatrice de la partie postérieure de la jambe ayant provoqué un pied-bot varus équin. On comprend facilement sans insister que la ténotomie n'a ici qu'une valeur très relative.

2o. L'origine du pied-bot peut être dans une lésion articulaire, c'est ce qu'on appelle le pied-bot arthropathique; c'est en général une lésion de l'articulation tibio-tarsienne, une arthrite fongueuse, qui, si elle n'est pas soignée, cause cette malformation. Des ostéites, des ostéomyélites peuvent aboutir à des déformations analogues.

3o. Quand on a à soigner une fracture de l'extrémité inférieure



de la jambe, il faut faire grande attention à placer exactement le pied à angle droit sur la jambe, et le pied bien dans l'axe de cette même jambe pour éviter la formation d'un valgus équin. Fauté de ces précautions, on est ensuite obligé de pratiquer une résection tibio-tarsienne pour redresser le pied.

Toutes les variétés de pieds-bots que nous venons d'énumérer constituent des pieds-bots particuliers, de faux pieds-bots, de même que les torticolis osseux, cicatriciels, ne sont que de faux torticolis; le torticolis musculaire est le vrai torticolis, le pied-bot acquis vrai est le pied-bot musculaire.

La considération thérapeutique et pronostique du pied-bot musculaire est très différente.

Le pied-bot d'origine musculaire, par contraction ou paralysie, est le seul pied-bot véritable acquis.

La grande cause de ce pied-bot est la paralysie infantile, huit fois sur dix, environ. Cette affection se montre dans la première enfance, dans la seconde et quelquefois dans l'adolescence. Cette paralysie frappe inégalement un groupe de muscles, et même quelquefois le même muscle.

A côté de ceux-ci nous avons le pied-bot par contracture. M. Kirmisson a opéré en 1887 à l'hôpital Necker une femme qui, à la suite d'une phlegmatia alba dolens, avait été atteinte d'un double pied-bot acquis. Elle fut guérie par la section du tendon d'Achille suivie du redressement brusque.

Il y a encore le pied-bot qui succède à une myélite. Dans le service, au numéro 20 de la salle Saint-Landry, est un homme qui a été envoyé par M. Rouilly avec un pied-bot acquis. L'histoire de ce malade est intéressante. Depuis son enfance il est hémophyle, et à la moindre coupure il saignait abondamment et à la moindre contusion apparaissait une ecchymose. Un jour il a même failli mourir; sans le moindre traumatisme, une grande ecchymose est apparue au mollet, à la suite d'une hémorragie qui s'est produite dans l'épaisseur du jumeau interne. Cet accident a causé la rétraction fibreuse du muscle.

En cet état de choses, malgré l'hémophylie, M. Kirmisson se décida à tenter la section de la fibre tendineuse. Pour éviter l'écoulement du sang, la ténotomie faite, le redressement du pied étant fait, on appliqua sur la plaie de l'amadou trempé dans l'acide phénique et ensuite un appareil plâtré.

La sœur surveillante de la salle dut ensuite couper les bandes. Il y avait des phlyctènes sur la peau et des hémorragies. Le malade baissait rapidement, il avait des épistaxis, puis survint un phlegmon diffus du mollet qui s'est ouvert par de vastes eschares avec perte de substance considérable. Maintenant le malade va mieux, tout se calme. Son état a inspiré de vives inquiétudes; M. Hayem examina le sang, la question de la transfusion se posant. Ceci est en dehors de la question du pied-bot, mais intéressant au point de vue de l'hémophylie.

Les contractions hystériques peuvent aussi donner naissance au pied-bot.

Nous n'entrerons pas dans le détail de l'anatomie pathologique du pied-bot acquis. Ce n'est qu'à la longue que les lésions osseuses deviennent à être aussi marquées que dans le pied-bot congénital.

Le pied bot varus équin est le pied-bot congénital par excellence. Les autres formes sont beaucoup plus rares. Le pied-bot valgus équin arrive au premier rang parmi les pieds-bots acquis ; viennent ensuite le talus, et enfin plus rarement le varus.

Dans le pied-bot acquis se voient le plus souvent des troubles trophiques, de la sudation, un abaissement de la température.

*Diagnostic.* Quand les commémoratifs sont exacts, bien donnés par le père et la mère, le diagnostic se fait facilement. Mais souvent ces commémoratifs manquent, il est souvent difficile de distinguer si le pied-bot est acquis ou congénital. Dans le pied-bot acquis il y a ordinairement moins de difficulté au redressement ; circonstance bien indiquée par la thèse d'agrégation de M. Lannelongue de 1869. Mais il n'y a rien là d'absolu. Dans le pied-bot acquis il y a souvent de la déformation en sens inverse pour chaque pied.

*Pronostic.* Si le redressement est en général facile à obtenir dans le pied bot acquis, en revanche la fonction est plus difficile à restaurer que dans le pied-bot congénital, et cela est facile à comprendre.

*Thérapeutique.* Ici il faut faire la place minimum aux opérations osseuses sans cependant les proscrire absolument. Il faut recourir à la ténotomie, au redressement brusque ou lent, avec massage.

D'après M. Charcot, dans les contractures hystériques, il ne faut opérer que quand les manifestations de la diathèse sont calmées, sous peine d'aggravation de la contracture.—*Praticien.*

**A propos de l'opération du varicocèle.**—Le Dr. P. SECOND revient sur cette question de pratique chirurgicale dont nous avons parlé dans notre dernière revue : la cure chirurgicale du varicocèle par les méthodes dites préservatrices a fait son temps. C'est au bistouri que s'adressent, depuis plusieurs années, les chirurgiens qui ont remis en honneur cette excellente opération. Ils ont d'une manière combinée la ligature des veines, leur section, leur excision et la résection du scrotum. D'autres ont eu recours à la résection pure et simple du scrotum : tous ont obtenu de bons résultats. Aussi faut-il se garder de préconiser exclusivement tel ou tel des procédés récemment mis en œuvre et on ne peut guère énoncer que des préceptes généraux.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de varicocèle justiciable d'une intervention, il faut prendre en considération la nature des troubles fonctionnels, l'intensité des douleurs, le volume du varicocèle, l'état de relâchement des bourses, etc. Lorsque les varices sont petites, très douloureuses et les dimensions du scro-

tum peu modifiées, il suffit d'agir sur les veines (ligature ou mieux résection entre deux ligatures). De même lorsque le relâchement excessif est le symptôme dominant, la résection bilatérale du scrotum devient le procédé de choix. Il est enfin admis que dans la majorité des cas la double indication d'agir à la fois sur les veines et sur le scrotum se présente: c'est aux méthodes combinées qu'il faut recourir.

Le procédé de résection scrotale mérite néanmoins l'attention, il est plus expéditif et moins grave que les opérations dans lesquelles on s'adresse à la fois aux veines et au scrotum. Les partisans de la résection bilatérale du scrotum (L. Championnière, F. Reclus) affirment l'excellence de leurs résultats. M. Segond est du même avis: il a pratiqué une fois cette opération sur un jeune garçon de 19 ans atteint d'un varicocèle gauche énorme et particulièrement douloureux. " Pour exécuter cette résection scrotale fort étendue; je n'ai, dit-il, employé aucun instrument spécial. Deux pinces hémostatiques ont d'abord jalonné deux points de l'incision que j'allais faire. Puis refoulant le plus haut possible les testicules et les maintenant ainsi relevés à l'aide d'une pince à mors longs et courbes modérément serrée, j'ai fait tendre le scrotum par un aide et, d'arrière en avant, avec un simple bistouri, j'ai pratiqué la résection comme on taille un lambeau cutané quelconque. Cela fait, j'ai pu tout à mon aise assurer l'asepsie et l'hémostase, puis j'ai suturé à l'aide d'une série de fils d'argent fins et très rapprochés. Huit jours après les fils étaient enlevés et la cicatrice solide. J'ai revu cet opéré trois mois après en parfait état; il ne souffrait plus, le varicocèle avait notablement diminué et le scrotum formait toujours un étroit et solide suspensoir. "

En résumé, la résection du scrotum comme traitement du varicocèle est une opération très simple, qui n'exige aucun appareil instrumental spécial et qui est d'une bénignité avérée; si les résultats qu'elle donne sont durables (comme il y a tout lieu de le penser), elle deviendra l'intervention la plus sûre et la plus simple dans beaucoup de cas jusqu'alors justiciables des résections combinées.—*Concours médical.*

**Ponction exploratrice du cerveau.**—Le Dr. SOUCHON fait une communication à la *Louisiana State Medical Society* sur l'utilité, au point de vue diagnostique de la ponction capillaire du crâne et du cerveau. Son procédé consiste à pratiquer, antiseptiquement, avec un petit foret convenable des trous presque capillaires dans la boîte crânienne, le cuir chevelu perforé au bistouri; par ces pertuis il fait des ponctions exploratrices avec une grosse aiguille hypodermique. Ses expériences, faites sur des chiens, n'ont pas été suivies de mauvais symptômes. Le docteur prédit pour un avenir prochain la ponction aspiratrice dans les hémorragies cérébrales. *New Orleans Medical and Surgical Journal.*

**Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire.**—M. le Dr. Fort, dans une lecture faite à l'Académie de Médecine de Paris sur ce sujet conclut ainsi :

- 1o. Notre électrolyseur est un instrument nouveau.
- 2o. On ne saurait imputer à notre procédé les récidives survenues après l'opération pratiquée par d'autres procédés.
- 3o. Nos deux malades connus et publiquement opérés à la Clinique de M. le prof. Richet, à l'Hôtel-Dieu, il y a déjà un an, sont en bonne santé et sans menace de récidive, quoiqu'ils n'aient pas subi de dilatation consécutive.
- 4o. L'opération de l'électrolyse devrait être préférée à l'uréthrotomie, à la dilatation, et à la divulsion, même s'il était démontré que la récidive est la règle au lieu d'être l'exception.
- 5o. Nous sommes en possession, pour le traitement des rétrécissements, d'un procédé rapide, indolore et absolument inoffensif, l'électrolyse linéaire, procédé qui substitue à l'incision une destruction linéaire, non sanglante.

**Traitement des cystites douloureuses par le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique.**—

Le docteur J. M. LAVAUX dans une thèse récente sur ce sujet nous procure, croyons-nous, si l'on peut en juger par les excellents résultats obtenus, un procédé qui devra bientôt bannir l'usage de la sonde pour pratiquer les injections intravésicales. Chacun connaît les ennuis et surtout le peu de satisfaction qu'il éprouve dans le traitement des cystites rebelles; l'obligation où l'on se trouve de faire usage de la sonde retarde certainement la guérison lorsqu'elle n'aggrave pas la maladie; un nouveau moyen qui dispense de cet agent irritant, et qui procure le repos à l'organe malade, doit être accueilli et mis sérieusement à l'épreuve. Un second avantage du procédé, c'est que l'on adapte facilement la pression atmosphérique à la tolérance de la vessie.

L'appareil est constitué 1o. par un réservoir approprié permettant de noter la quantité du liquide employé; 2o. par un tube en caoutchouc de 6 ou 7 pieds de longueur; et 3o. par une série de mandrins tubulés de 3 centimètres de long, dont les calibres gradués varient de  $1\frac{1}{2}$  millimètre à 3 millimètres.

Les solutions employées sont une solution saturée d'acide borique; une solution sursaturée (8 % à 15 %); une solution de nitrate d'argent  $\frac{1}{500}$  à  $\frac{1}{250}$ ; une solution de cocaïne à 4 %.

Tout cathétérisme est proscrit; les solutions sont laissées dans la vessie jusqu'à ce que le sujet éprouve le besoin d'uriner; elles sont injectées sans employer la sonde, simplement en introduisant l'obturateur dans le méat et laissant le liquide s'écouler d'abord dans l'urèthre puis dans la vessie par l'action de la pression atmosphérique. Pendant l'injection le patient peut être debout ou couché.

Ces lavages sans sonde pourront être employés dans tous les

cas où le malade à la puissance de vider spontanément sa vessie — avant et après toute opération sur les voies génito-urinaires (cathétérisme, uréthrotomie, etc.); mais surtout dans les cystites, soit calculieuses, blennorrhagiques ou tuberculeuses. Les solutions seront à une température de 100° à 104° F., excepté pendant la grossesse où il ne faut pas dépasser 98½ sous peine de susciter des contractions utérines. Lorsque la maladie est très douloureuse on peut injecter 10 à 20 grammes de la solution de cocaïne; lorsque les lavages deviennent moins douloureux on supprime peu à peu la cocaïne. On obtient généralement une disparition complète de la douleur au bout de 6 à 15 jours, et bien souvent le soulagement est immédiat. Le traitement doit être institué le plus tôt possible afin d'éviter les cystites interstitielles incurables, avec capacité vésicale très petite. La guérison est en général rapide, en huit ou dix jours parfois et n'exige que rarement l'emploi du nitrate d'argent.

Voici les conclusions de cette intéressante étude :

Le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique est possible grâce à nos appareils et à l'action anesthésique de la cocaïne chez tous les malades dont l'urètre ne présente pas de grandes pertes de substance.

Fait d'après les règles que nous avons indiquées, ce lavage est aujourd'hui d'une simplicité extrême, d'une exécution facile et d'une innocuité absolue.

Le lavage de la vessie sans sonde et le lavage continu de l'urètre antérieur permettent de faire une antiseptie rigoureuse de l'urètre et de la vessie, ce qui diminue considérablement la gravité des opérations pratiquées dans ces régions. Ils rendent donc de grands services dans le traitement des calculs vésicaux et des rétrécissements de l'urètre.

Le lavage de la vessie sans sonde permet de diagnostiquer certaines fistules urétrales.

Le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique constitue le traitement de choix de toutes les variétés de cystites, à condition que les malades puissent vider spontanément leur vessie d'une façon complète. Les cystites dites douloureuses ne font nullement exception à cette règle.

L'anesthésie de la muqueuse vésicale peut être obtenue en quelques minutes avec une solution de chlorhydrate de cocaïne injectée dans la vessie sans sonde, à l'aide de la pression atmosphérique, suivant les règles que nous avons formulées.

Grâce à cette anesthésie directe de la muqueuse uréthro-vésicale et aux lavages de la vessie sans sonde on peut guérir aujourd'hui les cystites dites douloureuses sans recourir ni à la morphine, ni aux instillations de nitrate d'argent, ni à la taille.

La cystotomie appliquée d'une façon courante au traitement de cette variété de cystites constitue une erreur chirurgicale qui a les plus fâcheuses conséquences.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**Trois cas de pratique obstétricale** par M. le prof. BUDIN.—Nous avons eu coup sur coup dans le service trois malades intéressantes à des points de vue variés, et dont je vais donner l'observation en quelques mots.

I.—*Kystes du placenta*.—La première avait un placenta qui présentait quelques particularités. En l'examinant, on reconnaissait aisément que ce placenta renfermait des kystes. On sait que ces kystes peuvent être rangés en deux catégories. Les uns sont *placentaires*, c'est-à-dire qu'ils siègent dans l'épaisseur même du chorion. Les autres se rencontrent dans l'*amnios*. Ils sont beaucoup plus rares que les premiers.

Dans la grande majorité des cas, les kystes sont *hématiques*, c'est-à-dire constitués par l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sang dans l'épaisseur du chorion. La partie séreuse du sang forme une collection liquide qui soulève le chorion et l'*amnios*; on trouve alors un dépôt fibreux, une plaque généralement jaunâtre, à la partie profonde entre l'*amnios* et le tissu du chorion. Le volume de ces kystes est variable. Souvent égal à celui d'un pois, d'une noisette, il peut atteindre celui d'une mandarine.

Quelques auteurs ont nié l'existence des kystes *séreux* siégeant dans l'épaisseur même du placenta. Constitués par une plus ou moins grande quantité de sérosité, et ne contenant pas de plaques fibreuses, ils sont donc purement séreux. Ces kystes, bien que rares, existent certainement. Ils ont été récemment bien décrits par Winkler.

Parfois, au lieu de siéger dans l'épaisseur du chorion, les kystes se rencontrent dans l'épaisseur même de l'*amnios*: ils sont donc vraiment *amniotiques*. Ils ont en général un très petit volume. On reconnaît aisément leur existence et surtout leur siège exact. Il suffit pour cela de décoller l'*amnios* du chorion, ce qui se fait aisément. Le kyste se décolle avec l'*amnios*, laissant le chorion intact au-dessous de lui. Il est donc facile de se convaincre qu'il s'est bien développé dans l'épaisseur de l'*amnios* entre celui-ci et le chorion, comme on pourrait le croire. Dans le cas actuel, nous trouvons plusieurs kystes, dont un est assez volumineux et translucide. C'est un kyste du chorion. Est-il hématique ou séreux? On peut penser qu'il appartient à cette dernière catégorie, car on n'y trouve pas la plaque fibrineuse qu'on observe dans les kystes hématiques.

II.—*Eclampsie*.—Le cas d'éclampsie qui vient de se présenter, offre quelques particularités qui rendent son étude intéressante.

sante. Il s'agit d'une primipare, âgée de 34 ans, qui avait été assez bien portante, quand, au septième mois, elle ressentit de vives douleurs dans le bas-ventre, ensuite des nausées et du ptyalisme. Il y a un mois, il survint un gonflement œdémateux des membres inférieurs et de la face, qui envahit bientôt les organes génitaux externes. La malade éprouva ensuite de la céphalalgie, et des troubles de la vue. Un médecin examina soigneusement la malade, et pensant évidemment à la possibilité de l'éclampsie, prescrivit le régime lacté absolu. Cependant il manquait un signe important, caractéristique même dans le cas actuel : *il n'y avait pas d'albumine dans les urines.*

Le 29 février, la malade devint aveugle et le 1er mars, elle tomba dans un état comateux, perdit absolument la connaissance des faits qui se passaient autour d'elle, et ne s'aperçut pas de son transport à l'hôpital où elle fut tout étonnée de se trouver. Le 2 mars, il se produisit quatre attaques convulsives, et les contractions utérines apparurent. Par la palpation, on constatait que l'utérus remontait au niveau de l'épigastre. Il formait une tumeur volumineuse qui pouvait faire croire que la malade était à terme. Ses parois étaient dures, résistantes, en état de contracture presque constante. L'orifice cervical était perméable : la dilatation mesurait 1 à 2 centimètres. Les membranes étaient intactes et la poche des eaux peu saillante.

En déprimant les tissus, on sentait une partie fœtale mobile, ballottante, paraissant de petit volume : c'était la tête. On avait affaire à une présentation du sommet. Il y avait de l'hydramnios. L'enfant paraissait âgé de 6 mois et demi ou 7 mois. N'y avait-il pas une grossesse gémellaire ? La palpation faite à plusieurs reprises ne fournit aucun résultat, vu la résistance des parois utérines. L'auscultation permettait d'entendre, à droite, quelques bruits, mais ils étaient bien peu nets. À gauche, dans le lointain, il en était peut-être de même, mais il était impossible de rien conclure. Le diagnostic fut donc : éclampsie, hydramnios et grossesse gémellaire douteuse.

L'urine retirée par le cathétérisme fut examinée à plusieurs reprises sans y découvrir d'albumine. La température vaginale était de 38,9. On prescrivit de donner le chloroforme, dès les premiers signes d'une attaque d'éclampsie. L'état resta le même quelque temps, puis il se produisit une attaque peu intense qui dura à peine deux minutes. À la visite du matin, la dilatation étant complète, on fit une application de forceps, puis, comme il existait une deuxième poche des eaux, et que le deuxième enfant se présentait par le sommet, on en fit l'extraction sans peine par la version. Il n'y eut ni attaque d'éclampsie, ni élévation de la température. Les enfants étaient bien portants.

Ce cas est remarquable par l'absence d'albumine dans les urines, malgré l'œdème, les attaques d'éclampsie et les différents

troubles nerveux que nous avons signalés: cécité, convulsions, etc. La conduite à tenir était toute tracée. Il n'y avait qu'à laisser marcher le travail et à terminer l'accouchement aussitôt que cela serait possible.

III.—*Prolapsus utérin compliquant l'accouchement.*—La femme dont il s'agit est âgée de 40 ans: elle a déjà eu un enfant qui est venu dans les conditions normales. La grosseur actuelle a été bonne; mais il faut noter que la malade se livrait à un travail extrêmement pénible. Au mois d'octobre dernier, cette femme constata l'existence d'une tumeur entre les grandes lèvres. Cette tumeur rentrait facilement par le repos au lit, mais la réduction en était difficile dans la station debout. En même temps, il y avait du malaise, de la pesanteur dans le bas-ventre, des pertes blanches assez abondantes.

Peu à peu la tumeur augmenta de volume, puis descendit assez bas et, à la fin de janvier, tout travail étant devenu impossible, la malade se mit au lit. La tumeur ne se réduisit pas. Dans la nuit du 1er au 2 mars, la poche des eaux se rompit, les douleurs se prolongèrent pendant deux jours et enfin on se décida à porter la malade à l'hôpital.

La tumeur mesure environ 15 centimètres à partir des grandes lèvres. Elle forme un cône tronqué à sommet inférieur. Au sommet de la tumeur existe une ouverture qui s'agrandit au moment des contractions. Elle est entourée d'un cercle rouge luisant. On constate l'existence de cicatrices, résultat de l'accouchement antérieur. La base de la tumeur est recouverte par une muqueuse violacée, sillonnée de plis transversaux, et appartenant à la paroi antérieure du vagin. Sur la lèvre antérieure, on remarque une ulcération qui empiète sur le vagin: sur la lèvre postérieure, il y a une ulcération plus petite.

On ne sent rien par le toucher dans l'intervalle des contractions, mais, pendant celles-ci, on constate la présence d'un pied en avant et d'une main en arrière. En introduisant le doigt plus haut, on reconnaît le siège et au-dessus, les parties génitales qui sont celles d'une fille. Une fois les contractions passées, les parties remontent pour redescendre ensuite. L'abdomen est un peu développé et, par la palpation, on trouve que le fond de l'utérus atteint à peine l'ombilic. L'auscultation fait entendre les battements du cœur à gauche. On a affaire à une présentation du siège en sacro-iliaque gauche, variété antérieure.

Quel était le diagnostic de la tumeur? On pouvait éliminer la cystocèle, la rectocèle et la chute des parois vaginales, à cause de la saillie considérable de la tumeur. En outre, l'ouverture décrite plus haut était typique de l'orifice utérin, de plus, on sentait, dans son intérieur, les parties fœtales. Avait-on affaire à un allongement hypertrophique ou œdémateux du col, ou bien encore à un prolapsus utérin? Evidemment, il s'agissait de ce dernier.



En effet, s'il existait d'une élongation du col, le fond de l'utérus aurait conservé sa position normale. L'élongation œdémateuse du col n'existe pas pendant plusieurs mois avant la grossesse, et elle n'est jamais assez prononcée pour produire une saillie aussi grande que celle qu'on observe actuellement.

Dans l'élongation hypertrophique du col, il existe tout autour de la tumeur un sillon profond qui manque chez cette malade. Enfin dans l'hypertrophie sus-vaginale du col, on n'observe pas une tumeur extérieure de 15 centimètres de longueur : en outre, le col se dilate et s'efface très difficilement.

Dans le cas actuel, sous l'influence du travail, on vit l'utérus remonter peu à peu dans l'abdomen et se rapprocher de l'orifice vulvaire, si bien que l'orifice externe ne fut plus qu'à 3 ou 4 cent. de la vulve, puis rentra totalement. Les contractions continuèrent et, le travail marchant très lentement, les douleurs étant extrêmement vives, on donna le chloroforme, et M. Lorient, chef de clinique, termina l'accouchement.

On pourrait se demander pourquoi on ne l'a pas fait plus tôt ? Parce que, dans les présentations du siège, il ne faut pas faire l'extraction tant que la dilatation n'est pas complète, sous peine de s'exposer à voir la tête retenue par le col, comme dans une boutonnière, accident qui amène la mort de l'enfant. Dans le cas actuel, l'enfant était petit, la dilatation presque complète, M. Lorient est donc très opportunément intervenu. Il a eu soin de faire maintenir les lèvres du col par un aide et, chose que nous venons de dire, aussitôt l'enfant extrait, il a vu le col revenir sur lui même.

Vingt minutes après l'accouchement, il se produisit une hémorrhagie. Les injections d'eau chaude ne donnant pas de résultats, on fit la délivrance artificielle. Une partie du placenta était adhérente.

Chez cette malade, l'abaissement de l'utérus était incomplet. Généralement, quand le prolapsus existe avant le début de la grossesse, il y a fécondation directe dans la cavité utérine. Ici, il n'y avait pas de prolapsus avant la fécondation : il existait probablement un abaissement de la matrice ne faisant aucune saillie au dehors. Celle-ci se produisit au bout de quelque temps, par suite des efforts que la femme faisait continuellement par suite de ses occupations. On eut donc affaire à un abaissement progressif et enfin à un prolapsus utérin développé pendant la grossesse. Le plus souvent le prolapsus de l'utérus se montre au début du travail et le plus souvent sous l'influence de tractions exercées avec les forceps, quand la dilatation n'est pas complète ou que la tête est emprisonnée dans l'utérus.

Quand le prolapsus de l'utérus existe avec la grossesse, souvent, il disparaît sous l'influence de celle-ci, par suite du développement de l'utérus qui remonte, à un moment donné, au-dessus du détroit

supérieur. La grossesse guérit donc momentanément le prolapsus : elle agit de la même façon sur les hernies dont elle amène la réduction temporaire. Cependant le prolapsus peut persister pendant la grossesse, comme nous en avons un exemple.

Lorsque l'utérus gravide prolapsé n'est pas réduit, il se produit des phénomènes d'enclavement, de la rétention d'urine, de la constipation, quelquefois de la gangrène. L'accouchement a lieu prématurément, comme dans le cas actuel. Quelquefois, cependant, la grossesse peut aller jusqu'à son terme, mais c'est très rare, ce qui s'explique par le défaut de place. Il est exceptionnel de voir l'utérus en prolapsus complet, l'enfant étant ainsi porté en dehors de l'abdomen; l'utérus, dans ce cas, tombe jusqu'aux genoux et même plus bas. Cependant nous possédons quelques observations de ces cas singuliers, entre autres une de Fazzola. Dans ces circonstances, l'accouchement est long, difficile; il se produit de l'inflammation œdémateuse du col. Il peut se faire des déchirures utérines. Mais, comme dans le cas de Fazzola, la malade guérit; M. Tarnier est porté à croire que la déchirure était, non pas utérine, mais vaginale.

Que faire dans un cas semblable? Il faut mettre la malade au repos. On tentera ensuite de réduire l'utérus et, si on y arrive, on le maintiendra en place au moyen d'un pessaire ou d'un tampon. On a accusé ceux-ci de provoquer l'accouchement prématuré. Cependant bien des femmes qui portent des pessaires mènent leur grossesse à terme.—*Abeille médicale.*

**Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques.**—Le Dr. E. BLANC a fait, sur ce sujet, dans les *Archives de toxicologie*, une étude des plus intéressantes qu'il termine ainsi :

De ce qui précède il résulte qu'il existait dans les urines des éclamptiques examinées par nous, un microbe dont l'action pathogène se révéla à l'expérimentation par les effets suivants :

10. *Convulsions générales.* Chez les lapins ces convulsions sont suivies à bref délai de la mort de l'animal. La gravidité constitue pour elles une prédisposition manifeste.

20. *Tuméfaction inflammatoire intense au niveau des points inoculés.* Cette inflammation se produit chez les animaux qui ont résisté aux accidents généraux graves du début; elle est bientôt suivie de sphacèle. Après guérison de ces accidents les animaux jouissent vis-à-vis du même microbe d'une immunité assez grande, mais qui n'est pas absolue.

30. *Accidents divers d'ordre infectieux.* Abscès miliaires, phlébite, élévation de température.

40. *Déterminations rénales de gravité variable et albuminurie.*

**Tranchées utérines.**—Le Dr. RIVIÈRE publie, au sujet de leur traitement assez délicat, un long et intéressant mémoire dans la

*Gazette des sciences médicales de Bordeaux.* Voici les principales conclusions de ce mémoire :

Des propriétés de la fibre musculaire utérine, les plus essentielles sont l'*extensibilité*, la *rétractilité* et la *contractilité*.

La *rétractilité* est antagoniste de l'*extensibilité*. Propriété inhérente à la fibre utérine et survivant même à la mort, elle dépend cependant en partie de la nutrition ou tout au moins de la composition chimique du muscle.

Cette propriété est essentielle, car elle permet à l'utérus de revenir spontanément sur lui-même, dès qu'il tend à se produire du vide dans la cavité utérine.

La *rétractilité* est généralement mieux assurée et plus parfaite chez la primipare que chez la multipare.

Elle est moins puissante au niveau du segment inférieur et du col qu'au niveau du corps.

La *contractilité* intervient chaque fois qu'il y a dans l'utérus un corps étranger à expulser ; elle est généralement douloureuse.

La *rétractilité* et la *contractilité* sont deux propriétés absolument distinctes qui, tout en se prêtant souvent un mutuel appui, au point d'être facilement confondues, n'en agissent pas moins indépendamment l'une de l'autre.

La contraction n'est pas toujours suivie de rétraction, ni la rétraction toujours précédée de la contraction. Celle-ci enfin n'est pas constamment suivie de rétraction. Les deux propriétés sont donc bien indépendantes.

Les *tranchées utérines* sont des contractions douloureuses qui surviennent après les couches, plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

Elles reconnaissent pour causes toutes celles susceptibles d'éveiller des contractions suffisamment énergiques de l'utérus.

Elles se produisent suivant deux mécanismes différents :

1o. Lorsqu'il y a *défaut de rétractilité* et par suite, formation de caillots qui nécessitent, pour être expulsés, l'intervention des contractions. Celles-ci sont alors d'une notable utilité ;

2o. Lorsque, *malgré une rétractilité suffisante*, les contractions persistent, sollicitées par l'entraînement, par l'emploi intempestif du seigle ou par la rétention de débris placentaires ou de caillots assez volumineux. Elles sont alors quelquefois utiles, plus souvent inutiles ou même nuisibles.

Il n'est pas toujours facile de déterminer si ces douleurs, qu'il est du devoir de l'accoucheur de chercher à calmer, sont dues à des contractions utiles ou nuisibles.

La contraction et la douleur constituent, en tout cas, deux éléments distincts. La douleur est un effet de la contraction, mais n'est pas fatalement liée à elle, puisqu'il y a des contractions indolores, quoique énergiques.

Si la contraction, dans les tranchées, est parfois utile, la douleur

n'est jamais indispensable. Il faudrait pouvoir supprimer la douleur sans empêcher la contraction de se produire.

L'opium calme la douleur parce qu'il supprime la contraction ; l'antipyrine fait aussi disparaître la douleur, mais sans toucher à la contraction. Elle doit donc, dans la majorité des cas, être préférée à l'opium.

L'antipyrine ou analgésine est, en effet, le remède des douleurs et de la douleur (G. Sée: quelle qu'en soit la nature, parce qu'elle est un puissant modérateur de l'excitabilité nerveuse.

N'agissant que sur la douleur, l'antipyrine n'empêche nullement la contraction de se produire, mais elle la rend indolore. La fréquence et la puissance des contractions ne sont aucunement modifiées.

Un gramme d'antipyrine administré par la bouche suffit parfois pour calmer complètement et définitivement les tranchées, 12 fois sur 28. Deux grammes, pris en deux doses à une heure d'intervalle constituent un maximum, 20 fois sur 28, qu'il est rarement nécessaire de dépasser.

Dans les cas assez rares, 4 fois sur 28, où l'antipyrine ne supprime pas définitivement la douleur, elle en diminue toujours et instantanément l'intensité ; parfois même elle amène un calme complet, mais qui ne dure pas.

Lorsque son influence reste nulle ou peu efficace, l'attention doit être éveillée sur la possibilité de rétention dans l'utérus de débris placentaires, et sur le danger d'accidents infectieux consécutifs.—*Revue de thérapeutique.*

---

**Avantage imprévu de la crémation.**—Une dame était en villégiature chez une de ses amies. Peu au courant des habitudes de la maison, elle cherchait la poudre dentifrice. N'en voyant pas sur la table de toilette, elle regarda aux alentours.

Près de là, un vase élégant renfermait une poudre blanche. La visiteuse y goûta, et ne doutant pas que c'était ce qu'elle cherchait, s'en servit pour se nettoyer les dents. Le lendemain, elle félicita son amie de l'excellence de sa poudre dentifrice et lui demanda où on pouvait s'en procurer de semblable. Étonnement de l'hôtesse, qui n'usait pas de poudre dentifrice et ne s'en connaissait pas chez elle.

La dame précisa l'endroit de sa découverte, la forme du vase qui la contenait. " Malheureuse, vous vous êtes brossé les dents avec des cendres ! Tout ce qui me restait de mon pauvre mari. "

## PÆDIATRIE.

**Des hémiplégies de l'enfance.**—L'histoire des paralysies hémiplegiques de l'enfance est encore bien obscure, malgré le nombre des faits observés cliniquement. Ce qui contribue à cette obscurité, c'est le manque d'autopsies et le diagnostic repose souvent sur l'hypothèse.

De là le groupe encore admissible des *hémiplégies essentielles* nerveuses appelées à tort hystériques, et dans lesquelles on constate l'action réflexe d'arteria, l'action réflexe de la dentition; l'action de la chaleur; l'irritation périphérique des nerfs comme on l'a vu dans les ponctions de la pleurésie, la corrosion des nerfs pharyngiens dans la diphtérie, l'altération consécutive des organes atteints de maladie aiguë.

On commence à mieux connaître les *hémiplégies spinales* causées par l'atrophie des cellules des cordons antérieurs de la moelle, hémiplégies qui n'atteignent pas la forme et qui font l'atrophie rapide des muscles paralysés. Ces hémiplégies se distinguent des *hémiplégies cérébrales* qui s'accompagnent habituellement de paralysie faciale, comme l'hémorragie encéphalique ou méningée; comme dans les gliômes et tubercules du cerveau, dans les embolies cérébrales, dans les thrombo-ses de l'artère basilaire ou sylvienne, etc., et alors on trouve toujours des lésions récentes ou anciennes qui rendent compte de la paralysie.

Dans ces paralysies, la perte des mouvements est plus ou moins complète, puis l'état s'améliore un peu et permet jusqu'à un certain degré l'usage du bras ou de la jambe. Le membre paralysé s'atrophie, se refroidit, diminue de longueur et offre parfois de la contracture. Ces cas sont incurables. Chez quelques enfants la paralysie s'accompagne de spasme.

De toutes ces hémiplégies il n'y a que les hémiplégies nerveuses et réflexes, les hémiplégies de cause organique sont à peu près incurables. On peut les améliorer, empêcher et corriger les difformités qu'elles entraînent, telles que l'atrophie des membres, les contractures, les rétractions qui font le pied-bot, mais c'est tout ce que l'on peut prétendre.

Au contraire dans les hémiplégies nerveuses essentielles de nature réflexe ou autre, l'électrisation par courants continus et la faradisation, le massage, les bains stimulants, les pointes de feu sur le rachis, les douches d'hydrothérapie, l'aquapuncture, sont très utiles. A l'intérieur il faut donner la noix vomique à doses croissantes ou la teinture 10 à 30 gouttes fractionnées et enfin le sulfate de strychnine en granules de un demi milligramme, doux, quatre

huit et dix par jour selon l'âge des enfants et leur tolérance. Il faut élever la dose jusqu'au moment où l'on constate un peu de serrement intermittent des mâchoires.

Quant aux hémiplegies spinales, il faut, dès le second jour, commencer l'électrisation par courants continus pour empêcher la dénutrition des muscles et administrer la strychnine aux doses indiquées plus haut avec les précautions nécessaires ; si l'on ne veut pas donner la strychnine en granules, il faut l'employer en injections hypodermiques dans les muscles paralysés. Les résultats sont excellents.—*Paris médical.*

**L'ascite chez les enfants.**—Le docteur LEGENDRE termine ainsi un travail sur ce sujet :

En résumé, l'ascite existe à toutes les périodes de l'enfance.

Chez le fœtus elle est liée le plus souvent à une cirrhose, elle cause la dystocie et requiert la ponction pour que l'accouchement s'accomplisse.

Chez les enfants, dans l'immense majorité des cas, elle dépend d'une tuberculose péritonéale ou exceptionnellement d'une compression de la veine porte par des ganglions caséeux.

Elle peut aussi dépendre d'une cirrhose soit atrophique, soit hypertrophique.

Mais en tout cas, *quand il existe une ascite, il faut en rechercher la cause* ; car il est à peu près certain que l'ascite idiopathique n'existe pas.

Le pronostic et la thérapeutique découlent de ce diagnostic étiologique ; car tandis que l'issue est fatale, inévitable, quoi qu'on fasse, dans la cirrhose atrophique chez l'enfant, il y a des faits qui prouvent que la guérison est possible dans certains cas de cirrhose hypertrophique, syphilitique ou impaludique, par des médications spécifiques appropriées (mercuriaux, iodures, quinine.)

Dans l'ascite par tuberculose péritonéale le pronostic n'est pas absolument mauvais ; il est même relativement bon, car cette forme est curable soit par les efforts spontanés de l'organisme, soit grâce à une thérapeutique sagement dirigée.

Contre la tuberculose causale, la créosote, l'huile de foie de morue, la suralimentation ; régime lacté.

Contre l'épanchement, purgatifs et diurétiques, l'action constante de révulsifs (badigeonnages iodés, vésication, ignipuncture,) alternant avec des résolutifs (collodion élastique, compression méthodique).

Il semble préférable de ne pas faire la ponction à moins qu'on n'ait la main forcée par une dyspnée menaçante consécutive au refoulement du diaphragme ; car il est très possible que l'épanchement, en isolant les feuilletts de la séreuse et en écartant les viscères abdominaux, s'oppose dans une certaine mesure, à la propagation du processus tuberculeux.—*Concours médical.*

## MALADIES MENTALES.

**Des tics et des tiqueurs.**—Clinique de M. le Prof. CHARCOT, à la Salpêtrière. Je vais vous présenter un homme d'une quarantaine d'années, qui présente, à un très haut degré, le phénomène désigné sous le nom de tic. Trois à quatre fois par minute, son bras droit et l'épaule correspondante sont animés subitement d'un mouvement brusque irrésistible, qui tend à porter le membre au-devant de la face ; ce mouvement ressemble au mouvement instinctif de défense que nous faisons tous lorsqu'un corps vulnérant menace notre figure, mouvement qui paraît être sous la dépendance des nerfs de la cinquième et de la sixième paires cervicales. Ce mouvement est quelquefois assez prononcé pour que le malade se donne des grands coups dans la figure. Parfois, le mouvement de défense est accompagné d'un mouvement analogue portant sur le membre inférieur droit et sur le côté droit de la face. Enfin, il n'est pas rare de voir se surajouter à cet ensemble symptomatique un cri inarticulé, assez fort pour être entendu de toutes les personnes qui entourent le malade.

Comme vous le voyez, le tic dont cet homme est atteint est très prononcé, et nous sommes autorisés à le ranger dans la catégorie des grands tiqueurs, qui ne diffèrent des tiqueurs vulgaires que l'on rencontre journellement autour de soi, que par l'intensité du phénomène.

Il n'est pas un de vous, en effet, qui n'ait eu l'occasion de rencontrer des personnes chez lesquelles il se produit, à un intervalle régulier, un mouvement brusque et involontaire des yeux, du cou, du bras, etc. Ces mouvements, ces tics, comme on dit, sont toujours systématisés et rappellent les mouvements de l'état sain. ce sont des mouvements logiques et qui ne gênent pas, outre mesure, à la condition toutefois de ne pas avoir l'ampleur et la fréquence du tic dont vous êtes témoins sur notre malade. Aussi, ne s'inquiète-t-on pas beaucoup dans le monde, des personnes qui ont des tics. C'est une infirmité, sans doute, mais elle n'a pas d'autres conséquences que de rendre plus ou moins disgraciés ceux qui en sont atteints. En tous cas, elle ne saurait les empêcher de vivre de la vie de tout le monde.

Il y a dans cette manière de voir une profonde erreur. Sans doute les phénomènes apparents que l'on observe chez les tiqueurs ne sont rien par eux-mêmes, mais ils couvrent quelque chose de sérieux : on peut affirmer, en effet que le régime cérébral du tiqueur n'est pas le régime cérébral de tout le monde.

Il y a d'abord lieu de tenir compte de ce fait que le tic peut se transformer. C'est d'abord un tic de la face des plus vulgaires, sans importance, mais ce tic, à un moment donné, devient plus intense, plus complexe, d'autres mouvements s'ajoutent aux mou-

vements primitifs et parfois, ils s'accompagnent de cris, de bruits, d'exclamations qui, ainsi que vous allez le voir, peuvent avoir pour les malades les plus graves conséquences.

Chez notre malade, ces bruits sont à l'état d'ébauche et n'ont rien de particulièrement choquant, c'est un *Ah !* plus ou moins intense qui éveille l'attention des personnes qui entourent le malade et rien de plus. Mais les choses n'en restent pas toujours là, et M. Gilles de la Tourette a montré que dans ces exclamations sans importance on retrouverait un germe de la manie désignée sous le nom de coprolalie. La simple exclamation dans ce cas est remplacée par un mot, une phrase, prononcée involontairement et avec force au moment même où le tic se produit ; or, ce mot, cette phrase est presque toujours un mot grossier, une phrase grossière, et qui serait imprononçable autrement que devant des médecins. Un des mots les plus fréquemment employés par ces malades, est un mot de cinq lettres, le mot de Cambronne, le mot *merde*. Mais ce n'est pas le seul, et pour mon compte, j'ai entendu une dame du grand monde, très bien élevée d'ailleurs, dont le tic consistait à s'écrier tout haut : *foutre, cochon, merde, nom de Dieu*. Comme cette dame n'avait en aucune façon la faculté de se retenir au moment où elle allait prononcer ces paroles, qu'elle les prononçait par conséquent partout où elle se trouvait, je vous laisse à penser les inconvénients résultant d'une pareille infirmité.

J'ai connu une jeune fille de 15 ans, appartenant à l'une des meilleures familles de Bordeaux et qui se trouvait dans des conditions analogues. Son père avait un tic vulgaire, mais il avait transmis à sa fille un tic bien autrement grave, puisqu'il consistait dans les exclamations suivantes : *Va t'en, imbécile ! Nom de Dieu ! Merde !* Quelquefois, elle avait assez de puissance sur elle-même pour dire ces mots tout bas, mais alors elle se sentait mal à l'aise, elle n'éprouvait pas le soulagement qui accompagnait la prononciation de ces mots à haute voix. Pour elle, la nécessité de prononcer les mots orduriers que je viens de vous indiquer se manifestait sous la forme d'une crise, et elle ne pouvait obtenir la résolution de la crise qu'à la condition de prononcer ces mots à très haute voix.

Cette demoiselle remplaçait quelquefois les expressions que vous connaissez par le cri d'un chien ; elle jappait, et comme auprès d'elle vivait précisément un chien, ce dernier bruit n'était autre chose que l'imitation irrésistible d'un son qu'elle avait entendu. Il est fort probable qu'il en était de même pour les mots orduriers, et comme autour d'elle, dans sa famille, de semblables mots n'avaient jamais été prononcés, il y a lieu de supposer qu'elle les avait entendus sur la rue ou sur le port, et que spécialement frappée par d'aussi abominables expressions, son esprit s'y était attaché d'une façon inconsciente, au point que leur répétition était devenue la manière d'être d'un tic qu'elle tenait de l'hérédité paternelle.



J'ai également un petit Russe dont le tic se caractérisait par l'exclamation : *Aïe*. Cette exclamation était passée à l'état de tic depuis le jour où l'enfant, s'étant pincé dans une porte, avait jeté le cri de douleur qu'exprime assez exactement le mot *aïe*.

Enfin, pour en terminer avec ces exemples de coprolalie, que je pourrais multiplier à l'infini, je vous signalerai un petit garçon dont le tic consistait à dire : *merde, couillon*. Un jour qu'il regardait des enfants de son âge jouer aux billes, ceux-ci, prenant pour eux ce qui n'était que la conséquence d'un tic involontaire, tombèrent sur lui à bras raccourcis et lui firent payer cher les injures qu'il leur adressait cependant bien innocemment.

Ces quelques exemples suffiraient, je pense, à vous montrer la gravité des tics, mais ce n'est pas tout. Il y a encore à considérer, chez le tiqueur, un côté psychique qui a son importance.

Tous ces malades rentrent dans la catégorie des individus que l'on désigne sous le nom de "dégénérés" — mot qui n'est pas juste, puisque, chez eux, on en trouve souvent d'une grande intelligence — et que je préfère remplacer par celui "déséquilibrés" ou pour mieux dire "d'héréditaires." Tous ces tics sont des stigmates héréditaires.

Vous pouvez voir la confirmation de ce que j'avance chez le malade qui fait l'objet de cette leçon. Interrogez-le et il vous apprendra que toutes les fois qu'il est sur le point de mettre une lettre à la poste, il hésite ; à peine est-elle au bord de la boîte, qu'il la retire, la regarde, examine si l'adresse y est ; si la lettre est cachetée, il la décachette pour la relire et, bien qu'il se soit assuré à plusieurs reprises que tout est en règle, ses hésitations se reproduisent. Souvent il fait trois ou quatre bureaux de poste avant de se décider à jeter la lettre qu'il tient. C'est là la folie du doute, symptôme qui n'est en somme que l'exagération, malade d'un sentiment que nous avons tous à l'état normal et qui peut exister d'ailleurs avec l'intégrité apparente de toutes les fonctions cérébrales.

Chez notre malade, nous avons encore autre chose. Il y a d'abord ce fait que l'on ne peut pas mettre un rasoir devant ses yeux sans qu'immédiatement il lui vienne avec ténacité à la pensée que ce rasoir coupe, qu'avec lui on peut se tuer et tuer d'autres personnes. C'est là une obsession, obsession terrible, parce que souvent l'impulsion suit et l'homme qui en est atteint accomplit l'acte dont il est obsédé.

J'ai connu un homme dans des conditions analogues qui ne peut aller en chemin de fer et voir la portière sans songer qu'elle peut s'ouvrir et qu'il peut être précipité sur la voie. Cette obsession est tellement violente, qu'il sent que malgré lui il est disposé précisément à ouvrir cette portière et se précipiter dehors : aussi ne voyage-t-il jamais sans domestique dont le rôle consiste à s'opposer, au besoin par la force, aux tentatives qu'il pourrait faire pour obéir à son impulsion.

Notre malade a encore autre chose qui le range parmi les psychiques : il est mysophobique. Il ne peut voir un objet en cuivre sans éprouver une grande émotion, et si par hasard il a touché à cet objet il faut qu'il se lave les mains à diverses reprises : encore est-il qu'il n'est jamais certain de les avoir suffisamment nettoyées.

J'ai connu un vétérinaire qui éprouvait des phénomènes analogues, et chose particulièrement pénible étant donnée sa profession, c'est quand il touchait des animaux qu'il éprouvait le besoin irrésistible de se laver outre mesure. Il était arrivé à ne pouvoir exercer sa profession qu'en mettant des gants.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger les malades atteints d'agoraphobie ou de claustrophobie.

De même également cette femme que j'ai observée et qui avait, comme manie, cette idée fixe que les objets inanimés souffrent quand ils restent en place. D'après elle, un animal quelconque, une plante même, restaient immobile parce que cela leur convenait : donc ils ne souffraient pas de cette immobilité, mais un verre, une carafe, une chaise, etc., ne pouvant se déplacer à leur guise, souffraient de cet état. Aussi passait-elle son temps à changer de place tous les objets inanimés, qui se trouvaient autour d'elle.

C'est également dans la catégorie des tiqueurs que je rangerai un homme qui paraissait d'ailleurs très intelligent et qui vint me trouver un jour le cahier à la main, en me disant : " Voilà monsieur qu'elle est ma maladie. " Un peu intrigué d'une pareille affirmation, je lui demande quelques explications et voici ce qu'il m'apprit :

Sur le cahier qu'il venait de me montrer, il avait écrit par lettre alphabétique le nom de tous les habitants de Rouen, ses concitoyens, et cela parce que de temps à autre la physionomie de l'un d'entre eux se présentant à son esprit, il éprouvait le besoin irrésistible de savoir son nom. Or, il trouvait ce nom sur son cahier et dès lors, il était satisfait. Ce besoin était tellement impérieux que lorsqu'il avait oublié son cahier à un moment où il en avait besoin, il était capable de faire un long voyage rien que pour le retrouver.

C'est là un cas bizarre d'onomatomanie qui n'est pas unique et j'en ai observé deux autres à peu près identiques.

L'un était un Flamand qui avait ses noms écrits en flamand et en français, parce que ces deux langues étaient parlées dans son pays. L'autre était un Français et ses noms se trouvaient écrits sur des feuilles volantes. Comme je lui disais que ces feuilles pouvaient se perdre, il me fit remarquer qu'il avait prévu le cas, et qu'il avait toujours un Bottin à sa disposition !

Cette fréquence relative d'une manie fort bizarre par elle-même, s'explique facilement par ce fait que nous éprouverons tous, à l'état débauche, le sentiment qui était devenu pathologique chez mes trois malades. Nous ne pouvons en effet porter notre souve-

nir sur une personne absente sans vouloir immédiatement lui donner son nom, et ce nom, nous le recherchons avec plus ou moins de tenacité lorsque nous l'avons oublié.

Quoi qu'il en soit de ces états, vous vous rappellerez ce que je vous ai dit, c'est qu'ils sont toujours le stigmate d'une tare cérébrale; j'ajouterai d'une tare héréditaire.

Vous avez vu cette hérédité être très nette chez une jeune fille dont je vous ai parlé et dont le père avait un tic.

Dans le cas particulier du malade qui a été l'objet de cette leçon, l'hérédité paraît faire défaut en ce sens que ni son père ni sa mère ne paraissent avoir eu des maladies nerveuses. Mais en interrogeant avec soin les antécédents nous apprenons qu'au moment où sa mère est devenue enceinte elle était employée chez un banquier qui lui-même avait un tic. Or, dit notre malade, la vue constante de ce patron, atteint d'une maladie nerveuse, a suffi pour troubler la grossesse et donner à l'enfant qui en est résulté, le tic que vous avez pu constater.—*Tribune médicale.*

**Aphasie motrice.**—Clinique de M. BALLEZ à l'hôpital Necker. Au numéro 18 de la salle des femmes est couchée une malade qui est le véritable type de l'aphasie motrice. Nous allons profiter de ce cas pour étudier la question de l'aphasie.

Cette femme est âgée de vingt-huit ans. Son histoire est simple. Elle a eu cinq enfants. Ses grossesses se sont passées sans incidents, mais au mois d'avril dernier, étant enceinte de huit mois, elle fut atteinte d'hémiplégie du côté droit et d'aphasie.

La paralysie qui portait sur la face, le membre supérieur et le membre inférieur, dura pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet. Peu à peu la mobilité réapparut et la malade cessa presque complètement d'être hémiplégique.

Donc, hémiplégie curable disparaissant pendant que l'aphasie reste telle qu'au premier jour. Rappelons à ce moment quelques notions sur l'aphasie.

On appelle *aphasie* toute perte particulière ou totale d'un des procédés qui nous servent à entrer en relation avec nos semblables; c'est la perte du langage. Quels sont les éléments du langage?

Nous entrons en relations avec nos semblables par deux procédés: ou bien ils communiquent avec nous, ou bien nous communiquons avec eux, fonctions centripètes, fonctions centrifuges. D'abord par l'*audition* nous interprétons les paroles entendues, c'est la faculté auditive verbale; ensuite par la *lecture* nous interprétons les paroles écrites; cette interprétation des mots entendus et des mots lus est une fonction centripète.

Pour les fonctions centrifuges, nous allons communiquer par la parole et l'écriture.

Il y a un autre procédé accessoire, c'est le langage mimique employé par les sourds-muets qui n'ont pas été éduqués. Mais, au

point de vue pathologique, cette forme du langage a moins d'importance.

Chacun de ces quatre modes de langage, audition et lecture, parole et écriture, peut être isolément troublé, d'où autant de formes particulières d'aphasie.

A. Supposons la perte de la faculté d'entendre les mots; le malade lira, il continuera à parler, à écrire, mais il ne comprendra pas les mots prononcés à son oreille; il ne les interprétera pas, il entendra seulement un son sans signification. Certains malades présentent ce trouble; c'est ce qu'on appelle la *surdité verbale*.

B. Dans le cas de perte de la faculté de la lecture, le malade verra les lettres sur le papier sans interpréter ces signes qui seront pour lui des hiéroglyphes. Et malgré tout, ces malades peuvent conserver la faculté d'écrire. C'est qu'en effet ces deux facultés sont deux opérations différentes correspondant à deux centres nerveux différents. La perte de la faculté de lire s'appelle *cécité verbale*.

C. La faculté d'exprimer sa pensée par la parole est communément abolie chez les malades; ils ne peuvent trouver le mot, ils en ont perdu le souvenir moteur. C'est là le cas de notre malade, c'est l'*aphasie motrice*, type Bouillaud-Broca.

D. La perte de la faculté d'écrire les mots, l'*agraphie*, existe rarement à l'état de trouble isolé.

Il y a d'autres troubles plus complexes, mais ceux de ces quatre facultés du langage se rencontrent assez rarement absolument isolés. Mais il a suffi d'observer une fois un trouble distinct pour établir son indépendance clinique.

Dans cette étude, cette analyse clinique n'est pas sans intérêt, car elle va permettre de remonter à la lésion. L'anatomie-clinique a démontré que tel territoire était lésé. Quels sont donc ces territoires?

Avec *surdité verbale*, il y aura lésion de la première circonvolution temporale; avec la *cécité verbale* la lésion sera au niveau du pli courbe; avec l'*aphasie motrice*, le pied de la troisième circonvolution frontale sera touché; enfin, s'il y a *agraphie*, vraisemblablement—car les observations sont encore peu nombreuses—la lésion occupera le pied de la deuxième circonvolution frontale. Toutes ces localisations sont dans l'hémisphère gauche.

Ces principes généraux rappelés, il nous est facile d'analyser le cas d'aphasie qui nous occupe.

Explorons d'abord chez notre malade la faculté d'entendre. On lui demande la main, elle la donne; on la fait marcher, etc., elle obéit, elle fait ce qu'on lui commande, elle n'a donc pas de surdité verbale.

A-t-elle de la cécité verbale? Pour s'en assurer, puisqu'elle a de l'aphasie motrice, il faut la faire lire mentalement, c'est-à-dire que nous allons lui donner des ordres par écrit. Elle ne peut pas lire, elle a de la cécité verbale.

Nous savons déjà qu'elle a de l'aphasie motrice, elle ne peut trouver un mot, ne peut nommer un seul objet.

La malade est-elle agraphique ? Dans la plupart des cas, l'examen de cette fonction est difficile, car, en général, les malades sont hémiplegiques droits. Mais précisément l'hémiplegie de notre sujet a disparu, nous l'avons vu. On cherche à lui faire écrire son nom ; elle le fait à peu près ; elle n'a pas d'agraphie.

En résumé, pas de surdité verbale, mais cécité verbale et aphasie motrice, sans agraphie.

De quelle façon son cerveau est-il touché ?

Nous sommes certains qu'elle a une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale. Mais elle a de la cécité verbale sans lésion du pli courbe, par la raison qu'elle n'a jamais su bien lire ; elle a de la cécité verbale congénitale. Elle a peu fait travailler son pli courbe.

Cherchons maintenant la nature de sa lésion. Quelles sont les lésions qui peuvent déterminer la perte de la fonction ?

D'abord, il peut y avoir du spasme des artères comme dans la migraine ophthalmique. Certaines intoxications (tabac, santonine) peuvent aussi déterminer du spasme. Mais ce sont là des aphasies passagères.

Quelles sont alors les lésions durables pouvant provoquer l'aphasie ? L'hémorragie la détermine rarement. Il y a le ramollissement, soit par embolie (cardiaques), soit par thrombose (vieillesse et syphilis).

Pourquoi notre malade a-t-elle fait du ramollissement ? Il est probable que sous l'influence de la grossesse un caillot parti du cœur est allé déterminer une embolie.

Que va devenir cette aphasie ? La malade va-t-elle refaire son centre cérébral détruit ? Non. Elle va se servir des parties environnantes, et elle le fera en s'exerçant, en rapprenant ses mots. Dans ces cas, peut-être, les malades peuvent-ils éduquer l'hémisphère opposé.

C'est là le véritable traitement de l'aphasie, quand la lésion est constituée une fois pour toutes. Il faut procéder comme avec les enfants auxquels on apprend à parler.—*Praticien.*

L'ouverture officielle du *Johns Hopkins Hospital* a eu lieu le 7 mai dernier. Cet hôpital est certainement un des plus beaux et des plus complets qui se puissent voir dans le monde entier. Il se compose de 17 corps de bâtisse couvrant 4 acres de terrain et entourés de 19 acres de parc, jardin, etc. Les travaux de construction ont été commencés il y a plus de dix ans, et le coût total en est de \$2,050,000.

## FORMULAIRE.

**Coryza sec.**

P.—Amidon en poudre.....	} ââ p. é.
Acide borique .....	
Teinture de benjoin de Siam.....	

Mélez, triturez un instant, faites sécher à une douce chaleur et enfermez dans une boîte sans pousser plus loin la pulvérisation.  
—*Courrier médical.*

**Rhumatisme.—Solis Cohen**

P.—Salicylate de soude.....	4 drachmes
Glycérine.....	2 onces
Huile de gaulthérie .....	20 minimes
Teinture de fer muriaté.....	4 drachmes
Acide citrique.....	10 grains
Liquor citrate d'ammoniaque q. s. pour.....	4 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé plusieurs fois par jour.—*Thérapeutic Gazette.*

**Albuminurie de la grossesse.—C. M. Wilson.**

P.—Acide benzoïque.....	5 grains
Bicarbonate de potasse.....	25 "
Esprit de chloroforme.....	5 gouttes
Sirop simple.....	30 "
Eau distillée pour.....	½ once

M.—*Dose* : En une fois toutes les deux heures.

**Otalgie.—Woodbury.**

P.—Morphine.....	5 grains
Atropine.....	1 "
Eau distillée.....	1 once

En lotions.—*Pacific Record*

**Insomnie.**

P.—Sulfonal.....	30 grains
Sirop.....	} ââ 2 drachmes
Mucilage .....	
Eau distillée.....	

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe, ou toute la quantité en une fois.—*Chemist and Druggist*

**Acné.**

P.—Résorcine.....	1	drachme
Oxide de zinc.....	1	"
Amidon.....	1	"
Vaseline.....	3	"

Appliquer tous les soirs pendant une quinzaine de jours, enlever après une heure avec eau chaude.—*Medical Press.*

**Eczéma érythémateux.—Van Harlingen**

P.—Sulfate de magnésie.....	1	once
"    "    fer.....	$\frac{1}{2}$	drachme
Acide sulfurique dilué.....	1	"
Chlorure de sodium.....	10	grains
Infusion de qassia q. s. pour.....	4	onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau chaude une demi-heure avant le déjeuner ; comme tonique.—*College and Clinical Record.*

**Herpès préputial.—Johnson.**

P.—Hyposulfite de soude.....	1	drachme
Acide carbolique.....	10	grains
Glycérine.....	1	drachme
Eau.....	7	"

M—En applications trois ou quatre fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

**Chancroides.—Gross.**

P.—Acide tannique.....	}	ââ 2 grains
Extrait aqueux d'opium.....		
Sulfate de cuivre.....		$\frac{1}{8}$ "
Eau distillée.....		1 once

M—En applications locales.—*Columbus Medical Journal.*

—Petits territoires, petites gens, petite médecine exercée souvent par de grands médecins.

—L'un des plus beaux triomphes du praticien est de rester le médecin et l'ami d'une famille dont il a soigné et perdu plusieurs membres.

—Il est une sorte de courage spécial au médecin, plus méritoire et plus rare que le courage professionnel, c'est celui qui le fait agir, non pas suivant ses intérêts ou pour complaire à un client, mais suivant son devoir.

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, JUILLET 1889

---

---

## BULLETIN.

---

### L'assemblée triennale.

---

Quand la présente livraison de l'UNION MÉDICALE parviendra à nos lecteurs, ceux-ci seront sur le point de se mettre en route pour Québec où a lieu, le 10 courant, l'assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province. Nous comptons que la profession saura exercer ses privilèges et faire valoir ses intérêts avec toute la franche liberté qui d'ordinaire préside à ces assemblées délibérantes. Nous avons besoin d'une nouvelle législation comportant, entre autres points : l'établissement d'un Bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique des règlements sérieux et pratiques contre tous les charlatans, de quelque nom qu'on les appelle, et en général contre tous ceux qui exercent illégalement la médecine, la détermination d'un tarif médical et un nouveau mode d'élection des gouverneurs, chaque district élisant ses propres représentants.

Voilà les principaux articles de notre programme qui est aussi le programme de tous ceux qui ont à cœur les intérêts de la profession, et nous espérons que le nouveau Bureau des Gouverneurs réussira à les faire adopter.

Nous croyons en outre que l'on devrait exiger de tous les aspirants à l'étude de la médecine un certificat d'études classiques complètes, sans pour cela cependant, fussent-ils bachelier ès arts, les exempter de l'épreuve écrite ordinaire, laquelle devrait aussi être mieux surveillée sur plus d'un point.

La résignation de M. Lamirande laisse libre un poste que l'on ne ferait pas mal de remplir en y nommant un médecin. Il n'est que juste que le Bureau exerce de préférence son patronage au profit des membres du Collège.



## Bureau central d'examineurs.

Nous publions aujourd'hui, à l'exclusion de plusieurs autres articles, le discours prononcé dernièrement par M. le professeur Osler, devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland. M. Osler s'y prononce carrément et sans réticences en faveur de l'établissement d'un Bureau central pour l'examen des candidats à l'exercice de la médecine. Il y voit avant tout l'avantage du public qui demande à être délivré des sujets incompetents, malheureusement trop nombreux au sein de la profession médicale. La profession elle-même y trouverait son avantage; plus épurée, mieux choisie, elle se mettrait du coup au véritable niveau scientifique qu'elle aurait dû toujours atteindre.

La principale opposition à l'établissement du Bureau central, ici comme aux Etats-Unis, vient des universités et écoles de médecine qui toutes, sauf une, demandent que l'on reste dans le *statu quo*. Elles voient dans la création d'un Bureau central une atteinte aux privilèges à elles confiées par leur charte d'incorporation. Mais du jour où l'intérêt public est en jeu, nous ne voyons pas pourquoi les écoles ne renonceraient pas volontairement à certains de leurs privilèges, même les plus légitimes. Pour les universités et écoles, refuser l'examen-contrôle d'un Bureau central, c'est admettre, *ipso facto*, qu'elles redoutent l'épreuve pour leurs gradués. Or nous savons que dans quelques-unes des institutions les plus opposées au Bureau central, l'Université McGill et l'Université Laval (Québec), les examens sont trop sérieux et trop rigoureusement conduits pour que cet argument soit d'aucune valeur.

On prétexte encore la difficulté, voir l'impossibilité de pouvoir trouver au sein de la profession, en dehors des Facultés, un nombre suffisant d'examineurs compétents, surtout pour ce qui regarde les sujets spéciaux: pathologie, physiologie, histologie, anatomie, chimie, médecine légale, etc.

M. le professeur Osler réfute ainsi cette objection: "Avec le bon système des points pour les examens par écrit, et en nommant deux examinateurs pour l'épreuve orale, il ne saurait y avoir la plus légère objection, autant que je puis voir, au choix de professeurs comme examinateurs dans certaines branches. Pour l'anatomie, la chimie, la physiologie et la pathologie, c'est-à-dire dans toutes les branches purement scientifiques, il serait presque impossible de trouver dans la profession en général des examinateurs suffisamment préparés. Ce serait être injuste à l'égard d'étudiants sortant bien préparés des laboratoires de nos meilleures écoles que de les exposer à être interrogés sur ces branches par des examinateurs qui ne posséderaient d'autres connaissances que celles qu'ils auraient

puisées, pour la circonstance, dans deux ou trois des manuels les plus récents. D'un autre côté, sur les sujets plus pratiques, on peut certainement trouver, dans chaque Etat, des hommes tout-à-fait capables de faire ce travail d'examen. J'ai l'honneur de connaître personnellement, dans plusieurs Etats de l'Union, des hommes à qui je confierais, avec une entière confiance, le soin d'interroger mes étudiants sur la théorie et la pratique de la médecine, et je n'ai aucun doute que pour la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie et pour le vaste sujet de la thérapeutique, on ne puisse trouver aussi des hommes également compétents."

L'argument vaut pour nous autant que pour nos voisins et nous le recommandons à l'examen sérieux de tous ceux qui, pour les motifs ci-haut énoncés, ont cru devoir jusqu'ici s'opposer à la création du Bureau central.

---

### A propos du traitement de la péritonite.

---

A mesure que l'expérience et la clinique, mieux éclairées aujourd'hui qu'autrefois, nous font mieux connaître les effets véritables des médicaments, à mesure que la pathologie nous renseigne plus sûrement sur la nature intime des maladies de tout genre, il se fait, dans la thérapeutique, des changements que parfois, en raison de leur importance et de leur radicalisme, nous serions tentés d'appeler de véritables révolutions. Ces révolutions étonnent souvent, à bon droit, plusieurs de ceux qui, parvenus au dernier tiers de la carrière médicale, n'éprouvent ni le désir ni même le besoin d'adopter les idées nouvelles, et préfèrent s'en tenir à leur *expérience* laquelle n'est souvent qu'une forme mal déguisée de la routine. D'autres au contraire, plus soucieux du bien-être de leurs clients, s'empressent de mettre à l'épreuve, à l'occasion, les nouvelles données de la science (quitte à les mettre de côté si l'épreuve n'est pas concluante, et d'en faire bénéficier les malades.

Les deux ordres d'idées qui se partagent ainsi la foule des praticiens trouvent leur application dans le traitement de la péritonite aiguë, traitement assez peu satisfaisant et dont la difficulté même devait amener les partisans de l'ancien régime à adopter les méthodes plus récentes. Le traitement par l'opium donne, comme on le sait du reste, dans la péritonite, des résultats douteux. La guérison constitue l'exception, même quand les opiacés ont été administrés à doses élevées ou massives. Il y avait donc lieu de chercher ailleurs; c'est ce qui a été fait, et l'on a trouvé dans les purgatifs salins une médication tout aussi rationnelle et vraisemblablement plus efficace. On attribue aux purgatifs salins les avantages suivants: ils chassent de l'intestin les germes morbifiques; ils décongestionnent les vaisseaux du péritoine. Ils ont pour effet de faire résorber le sérum épanché dans la cavité péritonéale; ils empêchent l'obstruction intestinale de se pro-

duire en tenant l'intestin libre ; ils empêchent la formation des brides adhésives.

Ces avantages sont-ils supérieurs à ceux du traitement opiacé ? Cela semble probable. La décongestion des vaisseaux intestinaux doit jouer ici un rôle prépondérant, et il est à remarquer que cette congestion est plutôt entretenue, sinon augmentée, par l'opium. La purgation par les salins ne doit pas être poussée au point de provoquer de violents mouvements intestinaux, lesquels auraient pour inconvénient principal d'augmenter l'intensité des douleurs, mais d'un autre côté il ne faut pas à l'intestin un repos parfait, vu la tendance aux adhérences.

Les résultats du traitement de la péritonite par les purgatifs salins ont été principalement observés dans les cas de péritonite traumatique à la suite d'opérations chirurgicales, et l'on a pu constater ce fait, très important, que c'est au début de la péritonite que les salins produisent les meilleurs effets. Le traitement est employé tous les jours par Lawson Tait, Price (de Philadelphie) Penrose, Battley, Bedford, Goodell, et avec un succès tel que l'on peut se demander, avec raison, si le traitement par l'opium ne va pas bientôt cesser d'exister.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On a enfin commencé les travaux de construction du *Royal Victoria Hospital*. L'édifice coûtera environ un demi million de dollars (deux millions cinq cent mille francs.) L'amalgamation du *Royal Victoria* avec le *Montreal General Hospital* ne constitue plus, paraît-il, qu'une question de temps, et a été virtuellement résolue.

Le *Journal of the American Medical Association* a publié un tirage supplémentaire de 75,000 exemplaires de son numéro du 25 mai 1889. Cette livraison est particulièrement intéressante par le fait qu'elle contient, sous forme de tableau, une liste de toutes les écoles de médecine des États-Unis et du Canada avec la date de leur fondation et les conditions d'entrée, programmes, etc. A part quelques erreurs, de peu d'importance au fond, ce tableau est suffisamment exact. Le même numéro contient aussi une description—illustrée—de la ville de New-Port, où l'*Association Médicale Américaine* s'est réunie les 25, 26, 27 et 28 juin dernier.

**Université McGill.**—Le *Montreal Medical Journal* nous informe que M. le docteur Geo. Ross est passé de la chaire de clinique interne à celle de pathologie interne, laissée vacante par la mort du Dr Howard, et que M. le docteur R. L. MacDonnell a été nommé professeur de clinique interne.

**Université Laval, Montréal.**—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens qui ont eu lieu à la fin de juin ont donné le résultat suivant :

1er Examen de Doctorat: MM. Narcisse Auger, Alexis Bellemare, Oscar Brodeur, Joseph Chaurest, C. E. Daunais, T. Dion, N. Dussault, J. O. Johnson, U. J. Lalonde, J. D. Lemay, et S. McDuff. Ces messieurs ont obtenu le degré de *Bacheliers en médecine*.

2e Examen de Doctorat, (*matière médicale et thérapeutique*): MM. R. Boulet, J. E. P. Chagnon, G. R. Chevrier, A. L. de Martigny, J. Doiron, H. M. Duhamel, H. G. Fortier, E. N. Fugère, J. C. Gariépy, L. de L. Harwood, G. Labrèche-Smith, L. P. N. LeSue, L. E. Leriche, G. E. Lesage, O. F. Mercier, S. S. Poirier, J. E. Poutre, J. W. Rourke, J. V. Thuot, J. E. Vanasse.

3e Examen de Doctorat: M. J. N. Létourneau a obtenu le degré de docteur en médecine.

Les cours s'ouvriront mercredi, le 2 octobre prochain. Nous donnerons, dans notre prochaine livraison, le programme des cours pour le premier semestre, et toutes les particularités se rapportant à l'enseignement.

## VARIÉTÉS

**La suralimentation et le phosphate de chaux.**—Depuis quelques années, les médecins ont adopté avec une faveur particulière tous les agents susceptibles de favoriser la suralimentation, surtout dans les maladies chroniques ou d'origine microbienne. Nous citerons au premier rang le phosphate de chaux qui, dissous par Dusart dans l'acide lactique, est devenu un médicament tout nouveau. Avant la publication du travail de Dusart, on le voit à peine essayé quelquefois dans les fractures et les maladies des os. A plus forte raison ne songeait-on pas à y recourir dans les cas où la nutrition est en souffrance.

Il n'en a plus été de même lorsqu'il fut démontré que le phosphate de chaux est aussi indispensable à la formation des tissus mous qu'à celle des os ; que sa présence est nécessaire à la transformation de l'albumine en cellules et en tissus et que la vitalité des animaux et leur chaleur propre sont proportionnelles au chiffre de phosphate qu'ils contiennent.

Pour rendre sa démonstration plus frappante et assurer l'efficacité du médicament, Dusart, comme nous le disons plus haut, le solubilisa sous forme de lactophosphate de chaux, et c'est en l'employant ainsi préparé que, depuis vingt ans, les médecins peuvent constater qu'il réveille l'appétit, augmente les forces et le besoin d'activité.

On admit dès lors qu'il était légitime de l'employer dans le cours ou pendant la convalescence des maladies générales et qu'on pouvait même le considérer comme un prophylactique, s'adressant à tous ceux dont les fonctions de nutrition traversent une période de dépression et qui se trouvent dans un état d'imminence morbide.

Il intervient aussi pendant la convalescence, pour activer l'appétit, assurer l'assimilation des aliments et rendre plus prompt le retour à l'état de santé normal.

Un certain nombre d'états physiologiques donnent encore au médecin l'occasion de faire d'heureuses applications de ses propriétés reconstituantes. C'est ainsi que, sous cette forme rationnelle de lactophosphate, on l'administre à des femmes enceintes, surtout à celles qui habitent de grands centres de population, ou dont on craint l'épuisement par le développement du fœtus.

Cette pratique a donné lieu à la curieuse observation suivante : non seulement la femme enceinte, qui prend du phosphate, supporte mieux les fatigues de la grossesse et donne, après l'accouchement, un lait plus riche à son enfant ; mais ce même lait devient un médicament contre ces diarrhées vertes que le professeur Hayem conseille de traiter par l'acide lactique. On a vu, dans une même famille, les enfants présenter entre eux, dès la naissance et pendant les années subséquentes, des différences frappantes, suivant que la mère avait, pendant la grossesse, été soumise à l'usage du phosphate ou s'en était abstenue.

Nous n'insisterons pas sur le rôle bien connu du phosphate dans le cours de la dentition, et nous appelons plus spécialement l'attention sur un autre fait d'observation presque journalière.

On voit souvent des jeunes gens de l'un et l'autre sexe prendre en peu de temps un développement d'une rapidité excessive. A la suite de ces poussées, ils se plaignent de douleurs dans les masses musculaires et dans les articulations. Les chairs deviennent pâles et molles, l'intelligence paresseuse ; l'indifférence est aussi complète pour les jeux que pour le travail.

Cet état bien connu des parents disparaît en peu de temps par un traitement dont le lactophosphate de chaux fait la base et souvent même l'unique élément. C'est un des faits les plus frappants observés par Dusart, pendant ses recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sel calcaire, et l'occasion de le vérifier ne fait malheureusement pas défaut. Dr DELATRE.

## DÉCÈS.

BROUILLET.—A Ville-Maisonneuve, le 25 mai dernier, est décédé Marie Louis-Joseph-Auguste, âgé de 5 ans, 1 mois et 13 jours, enfant du docteur V. J. E. Brouillet.

LAMARCHE.—A Montréal, le 25 juin, Marguerite-Germaine-Amélie, âgée de 2 mois, enfant du docteur J. B. A. Lamarche.