

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

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

Traitement de l'Urémie.

Le malade que je vous présente aujourd'hui a, comme plusieurs d'entre vous le savent déjà, souffert d'accidents urémiques de nature convulsive. Voici, en peu de mots, les particularités relatives à ce cas. Il y a près de quinze jours, cet homme, âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, habitué aux rudes travaux des chantiers, laissait là l'ouvrage pour revenir chez lui. Durant le trajet, qui fut passablement long, il fut plus d'une fois obligé de passer la nuit à la belle étoile, couché sur la terre nue, par une température de 40° à 50° Fahr. De retour chez lui, il se sentit courbaturé et accusa un malaise général qu'il mit d'abord sur le compte de la fatigue. Mais les choses allèrent en s'aggravant: il y eut céphalalgie intense avec amblyopie très marquée; douleur lombaire; augmentation de la proportion d'urine sécrétée qui était aussi rougeâtre; œdème, limité à la face d'abord, puis généralisé. Cet état dura plusieurs jours. Le 30 mai, vers midi, le malade eut une attaque de convulsions épileptoides qui dura cinq ou six minutes et fut suivie d'une période de coma; le soir du même jour, il était admis à l'hôpital (salle St-Jean de Dieu, No. 19). Les convulsions se répétèrent plusieurs fois dans la soirée et furent d'abord traitées par des inhalations de chloroforme et l'administration du bromure de potassium associé au chloral, en injections rectales. Le cathétérisme ayant été pratiqué, l'examen de l'urine révéla la présence de l'albumine en quantité considérable; gravité spécifique: 1010. Après le troisième accès convulsif, nous avons fait pratiquer une injection hypodermique de pilocarpine (gr. $\frac{1}{4}$) qui amena une abondante transpiration, et que nous avons fait suivre, le lendemain matin, d'une seconde injection (gr. $\frac{1}{2}$) également suivie d'une diaphorèse profuse. En même temps nous prescrivions trois gouttes d'huile de croton qui eurent pour effet de produire d'assez abondantes selles séreuses, et appliquions sur la région lombaire des ventouses scarifiées, que nous faisons suivre de fomentations chaudes. Les convulsions diminuèrent notablement d'intensité et de fréquence après la première dose de pilocarpine, et, vers le matin, sous l'effet de la deuxième dose, elles cessèrent complètement pour ne plus revenir, le malade restant néanmoins dans un coma assez profond. Ce jour-là (31 mai) l'examen de l'urine donna le même résultat que la veille; malheureusement l'examen microscopique ne put en être fait. Pouls 98, temp 101° Fahr. Le 1er Juin, pouls 90, temp. 99°. Urine moins albumineuse; gravité spécifique: 1015. Le malade sor-

tant un peu de son coma, nous pûmes lui faire prendre du lait, ce qui a constitué sa nourriture exclusive jusqu'à ce jour. Tel que vous le voyez, il est passablement bien. L'œdème a disparu. L'urine ne donne que de faibles traces d'albumine et une gravité spécifique de 1015 à 1020. Il n'y a plus de céphalalgie; la vue est bonne. J'oubliais de vous dire que l'examen du fond de l'œil, pratiqué deux jours après l'admission du malade, alors que les convulsions avaient cessé, a révélé l'existence d'une rétinite que mon ami, M. le prof. Foucher, me dit cependant n'être pas de nature franchement albuminurique.

Quel a été, dans ce cas, le point de départ des convulsions? Très probablement une néphrite aiguë, causée elle-même par le froid auquel le malade avait été exposé! La desquamation de l'épithélium rénal a fait que l'urée n'a pu être éliminée par la voie ordinaire, s'est accumulée dans le sang et a donné lieu aux accidents épileptoïdes. Le traitement mis en œuvre dans ce cas était-il rationnel?

Dans la thérapeutique de toute maladie, nous avons à considérer d'abord la nature de l'affection elle-même; en second lieu la nature des accidents liés à cette affection. A proprement parler, l'urémie n'est pas une maladie à part, mais plutôt un symptôme. C'est aussi le cas pour l'ictère dans la plupart des cas, la céphalalgie, etc.

Ici nous avons à combattre une *maladie*: la néphrite, un *symptôme*: l'urémie, un *accident*: les convulsions. Evidemment il fallait courir au plus pressé. Les convulsions étant essentiellement liées à l'intoxication urémique, il était urgent de songer aux moyens de favoriser l'élimination de l'urée hors du système, sauf à diriger ensuite ou concurremment notre thérapeutique contre la lésion rénale. Mais, je le répète, ce qu'il importait de faire c'était de combattre l'urémie, et, par le fait même, ses manifestations redoutables: médication toute symptomatique.

Dans le cours d'une néphrite aiguë ou chronique, quand l'urée s'accumule dans le sang, la nature favorise souvent, par quelque émonctoire supplémentaire, l'élimination de la substance toxique. La plupart du temps, c'est la muqueuse gastro-intestinale qui est chargée de venir en aide aux reins malades. Nous avons alors des vomissements et de la diarrhée. Il arrive aussi parfois qu'une diaphorèse spontanée vienne jouer le même rôle éliminateur.

Ces efforts que la nature met d'elle-même en œuvre pour se débarrasser de l'urée nous mettent sous les yeux la direction à suivre dans notre thérapeutique. Il faut favoriser la diaphorèse par tous les moyens possibles, et les moyens les plus simples et les plus prompts surtout sont les meilleurs. En effet, c'est par la diaphorèse que l'on peut, en un temps donné, soustraire au sang la plus grande quantité de sérum, et par le fait même, activer l'élimination d'une plus forte proportion d'urée.

Après la diaphorèse, vient la superpurgation. Irritée par un drastique puissant, un hydragogue, la muqueuse intestinale laisse transsuder des flots de sérum, ce qui amène un effet analogue à celui de la sudation, bien qu'il soit moins prononcé.

Quant aux diurétiques, également recommandés dans ces cas, leur action est entièrement subordonnée à l'état de la circulation rénale et à la nature des lésions de l'organe sécréteur de l'urine. Ils n'agissent pas aussi promptement que les diaphorétiques et les purgatifs, mais ils ont leur raison d'être dans bon nombre de cas.

Pour produire la diaphorèse nous avons à notre disposition deux

moyens puissants : les bains chauds et l'administration de la pilocarpine. Quand l'urémie ne se déclare pas soudainement ou que les accidents éclamptiques ne sont pas menaçants, la diaphorèse peut très bien être provoquée au moyen des bains chauds. Le malade pourra être plongé dans un bain à 90° ou 98° Fahr. et y être maintenu quelques minutes, après quoi, rapidement essuyé, il est placé dans de chaudes couvertures de laine qui ont pour effet de produire une nouvelle poussée diaphorétique. Le bain peut être répété au bout de quelques heures, si besoin il y a. L'étuve, humide ou sèche, produirait le même résultat avantageux. Un mode d'administration de l'étuve sèche que je vous recommande spécialement est le suivant : le malade, dépouillé de tout vêtement, est assis, dans un fauteuil ; on jette autour de lui d'épaisses couvertures de laine, ayant soin qu'il y ait entre celles-ci et le corps du malade un certain espace, de telle sorte que le tout forme comme une petite tente dont le sommet est occupé par la tête du malade. Sous les couvertures, près du fauteuil, un récipient est placé dans lequel on dispose cinq ou six petites bougies allumées, longues d'à-peu-près deux pouces chacune. Avant que ces bougies soient entièrement consumées, le patient transpire déjà très abondamment. Cet appareil, tout simple, comme vous le voyez, peut remplacer le bain d'eau chaude. Il a l'avantage d'être d'une application facile, et aussi d'être à la portée de tous. Vous y aurez recours à l'occasion.

La pilocarpine est considérée par Tyson, de Philadelphie, et plusieurs autres, comme le meilleur agent à employer pour combattre l'urémie. Vous savez que cet alcaloïde, administré hypodermiquement, amène une diaphorèse abondante au bout de trois ou quatre minutes. Cette diaphorèse dure, en moyenne, deux ou trois heures. Elle peut être provoquée par des doses assez peu élevées de l'alcaloïde : gr. $\frac{1}{16}$ ou $\frac{1}{16}$; dans ce cas-ci nous avons administré un quart de grain afin de produire un effet plus certain et plus marqué. On a avancé, dernièrement, que la pilocarpine convenait spécialement au traitement de l'urémie en vue du fait que la sueur qu'elle provoque renfermerait, paraît-il, plus d'urée que le même liquide produit dans les circonstances ordinaires. En outre, la pilocarpine portant simultanément son action sur d'autres glandes, v.g. salivaires, bronchiques, etc., elle doit, par le fait, activer davantage l'élimination de l'urée.

La superpurgation peut être provoquée, soit par les drastiques, soit par les simples cathartiques. Vous choisirez de préférence ceux dont l'action est la plus prompte et qui produisent des selles plus riches en sérum. Parmi les drastiques vous aurez à choisir entre l'huile de croton et l'élatérium. Les purgatifs salins et en particulier le sulfate de magnésie agiront moins énergiquement, mais, si le cas ne presse pas trop, ils auront l'avantage de ne pas affaiblir outre mesure votre malade, tout en produisant des selles aqueuses abondantes. M. Dujardin-Beaumez est en faveur de ce mode de traitement des accidents urémiques. "Quelles que soient, dit-il, les hypothèses que l'on ait émises pour expliquer le mécanisme intime de l'urémie, il n'en résulte pas moins ce fait, c'est que lorsque les reins sont devenus imperméables à l'excrétion des matières solides, et particulièrement des matériaux azotés, l'intestin paraît être la voie la plus commode ou la plus favorable à l'excrétion de ces matériaux."

Vous avez pu voir que nous n'avons pas, dans le cas qui nous occupe, eu recours à l'administration des diurétiques. En aurions-nous retiré

un grand bénéfice ? Laissez-moi vous avouer qu'il y a raison d'en douter. Il ne fallait toujours pas songer aux diurétiques sécrétoires, c'est-à-dire à ceux qui ont pour effet de stimuler l'irritabilité sécrétoire du rein, et de le congestionner plus ou moins. Dans le cas d'une phlegmasie rénale aiguë, ces diurétiques sont contr'indiqués. Restent les diurétiques vasculaires : digitale, scille, convallaria, stigmatas de maïs, etc.; mais leur action eut ici été trop lente, encore qu'elle eut pu être efficace. On les doit réserver pour des cas moins pressants.

A quelques mesures que vous ayez eu recours pour faire éliminer l'excès d'urée, il vous faut les continuer au moins jusqu'à disparition des accidents les plus alarmants.

Une fois les convulsions calmées et la connaissance quelque peu revenue, vous mettez votre malade à une diète exclusivement lactée, en même temps que vous entretenez la moiteur de la peau par l'usage d'épaisses couvertures de laine et par une température ambiante convenable. Les bromures, associés ou non au chloral, auront aussi leur place à cette période, comme sédatifs de la moëlle et des phénomènes réflexes.

COMMUNICATION

Messieurs les Rédacteurs.

Dans le No. du mois d'avril dernier de l'*Union Médicale*, on se plaint avec raison du trop grand nombre de charlatans qui soignent impunément. Tous les jours, en effet, on entend parler d'individus qui ne se gênent nullement de pratiquer l'art de guérir, et de rire au nez des médecins. Si la loi est impuissante à atteindre ces effrontés dans tous les cas, dans d'autres, il serait très facile de les punir. Pourquoi ne le fait-on pas ? Parce que le Bureau des Gouverneurs a adopté un mauvais système de répression.

Un agent, à qui on laisse tout le contrôle et tout le profit en ces matières, a plus de souci de veiller à ses propres affaires qu'à protéger les intérêts des médecins. Tel individu est trop pauvre pour payer, l'agent n'a rien à en espérer, il le laisse tranquille. Tel autre aura un autre moyen à sa disposition, et évitera ou retardera la punition, comme cela s'est vu à Sherbrooke et ailleurs. Et puis, la manière parfois plus ou moins courtoise, que l'agent peut employer envers les médecins qui portent une plainte, les dégoûtera d'en porter de nouvelles; ils aimeront mieux souffrir les charlatans qu'endurer les tracasseries d'un agent.

N'y aurait-il pas moyen de remédier à cet état de choses ? Bien facilement, il me semble. Au lieu d'avoir un agent attitré qui regarde à sa bourse avant tout et surtout, pourquoi le Bureau des Gouverneurs ne nomme-t-il pas une commission de deux médecins ou plus qui seraient chargés d'examiner les plaintes, et qui y donneraient lieu, s'ils le jugeaient à propos. Le Collège des Médecins et Chirurgiens profiterait du montant des amendes imposées, et pourrait employer le surplus des dépenses à poursuivre les charlatans qui seraient trop pauvres pour payer les frais. De cette manière les médecins seraient protégés plus efficacement.

Où bien, ce qui serait peut-être préférable, comme me l'a suggéré un confrère, au lieu de ne former qu'une seule commission, pourquoi ne pas en nommer une dans chaque chef-lieu judiciaire? Tous les médecins d'un district ont affaire au chef-lieu, et pourraient porter leurs plaintes verbalement, et donner des informations plus détaillées qu'on ne pourrait le faire sur une simple lettre. Aussi, quant il s'agit d'écrire, plusieurs remettent de jour en jour, et souvent on finit par ne plus penser au charlatan qui a commis l'offense.

Une autre chose qui aurait son avantage, et qui ne doit pas dépasser les pouvoirs des Gouverneurs, serait, si l'on ne peut obtenir plus, de forcer les sages-femmes qui ont un certificat d'un médecin licencié, ou mieux encore le médecin qui a donné ce certificat, d'en notifier le Régistrateur ou le Secrétaire du Bureau. De cette manière, nous ne serions pas dans l'incertitude de savoir si telle sage-femme a le droit de pratiquer ou non, incertitude qui paralyse souvent les effets de la loi.

Puisque nous en sommes sur les suggestions, le Bureau des Gouverneurs ne pourrait-il pas trouver, parmi les membres de notre profession, un agent à qui l'on remettrait les contributions? Est-ce qu'il n'y a pas, parmi nous, quelqu'un qui serait capable de remplir cette charge d'une manière satisfaisante, sans que nous ayons recours aux professions étrangères? Messieurs les avocats et messieurs les notaires font les choses en famille, et ils font bien; il n'y a que nous, médecins, qui allons emprunter ailleurs ce que nous pourrions trouver facilement chez nous.

En vous remerciant, messieurs les Rédacteurs, de votre obligeance,

Je demeure votre très humble

Dr J. LIPPÉ.

St-Ambroise de Kildare.

Traitement des abcès ossifluents.—Voici la méthode par laquelle le professeur Verneuil traite les abcès de cette catégorie. Il vide la cavité de l'abcès à l'aide de l'appareil de Potain, puis il injecte le liquide suivant :

Ether sulfurique.....	100 grammes.
Iodoforme.....	5 —

Il renouvelle l'injection tant que le liquide se reproduit. La quantité de liquide injecté varie, cela va sans dire, avec l'étendue de la poche; mais, d'une façon générale, on ne devra guère dépasser 20 grammes de la solution. Une injection trop forte a déterminé quelques phénomènes d'intoxication sur une des malades traitées. Les résultats jusqu'ici paraissent favorables: le liquide se reproduit en quantité de plus en plus faible; l'état général devient meilleur, l'appétit, les forces renaissent, et les malades se rendent compte eux-mêmes de l'amélioration survenue. Dans un cas où la peau, rouge et amincie, menaçait de se rompre, ce traitement a suffi à lui faire reprendre ses caractères normaux.—*Semaine médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la maladie de Thomsen.—La dénomination de “maladie de Thomsen” semble aujourd’hui acquise à une affection spasmodique qui, jusqu’à ces derniers temps, avait échappé à l’attention des cliniciens, et n’a réellement pris place dans la nosographie que depuis quatre ou cinq ans.

I.—Le symptôme essentiel, qui, se retrouvant dans toutes les observations, caractérise la maladie de Thomsen, c’est “la raideur spasmodique de certains muscles, survenant au moment d’exécuter un mouvement; ce phénomène est accompagné d’une sensation spéciale à laquelle le malade ne se trompe pas, sensation de contraction spasmodique du muscle, mais sans ce caractère douloureux, quelquefois très développé, qui accompagne généralement les crampes chez les individus sains. Ce qui gêne surtout le malade, ce n’est donc pas cette sensation, mais bien l’impotence fonctionnelle causée par cet état spécial du muscle” (Ballet et Marie).

Cette raideur est, autre caractère capital, transitoire; elle disparaît quand le mouvement a été accompli un certain nombre de fois, et celui-ci s’effectue dès lors comme à l’état normal.

Ces convulsions toniques, comme les appelle Erb, varient d’ailleurs d’intensité et de fréquence, chez le même individu, suivant les conditions où il se trouve. Ainsi les émotions morales, l’attention exagérée des malades, la présence de personnes étrangères, le froid enfin, accentuent le mal; la chaleur, l’exercice modéré, la sérénité d’esprit, auraient une influence opposée sur ce trouble fonctionnel.

Le siège de cette raideur musculaire n’est pas constant. Le plus souvent ce sont les muscles des membres qui sont atteints; ainsi, tel individu, au moment de se lever de son siège, sent ses jambes ou ses mollets engourdis, comme “enchaînés,” ce qui ne lui permet pas d’exécuter facilement le mouvement voulu: au bout de quelques secondes, surtout s’il masse légèrement les muscles, il peut marcher et même courir sans la moindre difficulté.

Tel autre n’arrive à étendre le membre supérieur fléchi qu’au prix d’un certain effort prolongé pendant quelques instants. Aussi divers exercices peuvent-ils être singulièrement entravés; dans la danse, au gymnase, au piano, les malades montrent une grande maladresse qui leur attire de vifs reproches, comme cela se voit au début de la chorée. Il est plusieurs observations où, de ce fait, des militaires durent être réformés.

Lorsque, et ce cas n’est pas exceptionnel, les muscles de la langue sont atteints, la parole est, au début du discours, ralentie et hésitante; surtout pour les mots qui nécessitent des mouvements quelque peu étendus de la langue; dans une observation de M. Charcot, il se produisit une constriction spasmodique du larynx qui gênait la phonation.

Fréquemment enfin, la face n’est pas indemne; lorsque le malade rit fort, les muscles faciaux, en état de crampe, conservent pendant quel-

ques instants le mouvement du rire; lorsqu'il ferme fortement les yeux, il éprouve une certaine difficulté à les ouvrir; au commencement du repas, la mastication et même la déglutition peuvent être entravées.

A côté de ce phénomène essentiel, la *crampe musculaire initiale et transitoire*, s'en placent d'autres, mais beaucoup moins constants. Ainsi, dans un grand nombre d'observations, on a noté une hypertrophie notable des masses musculaires. Chez le malade de Leyden, par exemple, la musculature était "athlétique"; mais souvent aussi on n'a rien trouvé d'anormal à cet égard.

De même, il a été plusieurs fois signalé une augmentation plus ou moins marquée dans la consistance des muscles (Seeligmüller, Weichmann), qu'on a pu comparer, pour leur rigidité, à du bois, à de la pierre.

L'excitation mécanique des masses musculaires ou des tendons a donné des résultats très variables; tantôt, et le plus souvent, rien de notable; dans quelques cas, on a constaté une exagération très sensible de la contractilité idio-musculaire (Weichmann).

Les modifications de l'excitabilité électrique n'ont été étudiées avec la méthode que l'on doit apporter aujourd'hui à ce genre d'investigation que dans un petit nombre de cas; aussi n'est-il pas encore possible de se prononcer à cet égard. Cependant un fait important a été signalé dans cinq ou six observations: "c'est la persistance, après l'excitation faradique, soit de la contraction faradique, soit de la contraction elle-même, soit de bourrelets ou d'oncles musculaires qui indiquent un état actif du muscle pendant quelques instants" (Ballet et Marie).

Quant aux réflexes tendineux, ils ont été trouvés le plus souvent normaux, et, dans les cas où il en était autrement, les variations ne semblent pas avoir été beaucoup plus accusées que cela ne se voit, dans les conditions physiologiques, chez des individus réputés sains.

Parmi les phénomènes négatifs, il importe de noter l'intégrité de la force musculaire, et aussi de la sensibilité dans tous ses modes. Ces deux caractères, à eux seuls, permettent de différencier la maladie de Thomsen des états morbides avec lesquels elle pourrait être confondue à un examen superficiel, comme les crampes liées à certaines intoxications, ou la paralysie pseudo-hypertrophique.

II.—Nous venons de voir que, à certaines nuances symptomatiques près, le tableau clinique est toujours le même. A deux autres points de vue, les observations recueillies, par la remarquable similitude qu'elles présentent, justifient l'autonomie concédée aujourd'hui à la maladie de Thomsen dans la nosographie. Nous faisons allusion à l'époque d'apparition des troubles moteurs, qui est constamment l'enfance, et à l'influence héréditaire, plus frappante ici que dans n'importe quelle affection.

Ce n'est, il est vrai, que dans la seconde enfance ou dans l'adolescence que les malades, d'ordinaire, viennent consulter le médecin, alors que les troubles musculaires causent une gêne notable dans un exercice, comme la gymnastique ou la danse, ou les rendent impropres à une profession manuelle, au métier militaire. Mais, quand on interroge leurs souvenirs, on constate que, dans la grande majorité des cas, pareils phénomènes ont existé dès les premières années de la vie. Le plus souvent, la maladie paraît avoir débuté d'une façon insidieuse; cependant quelques malades la font remonter à une cause accidentelle, comme une frayeur (cas de Peters, de Schönfeld); mais comme on ne peut

accorder qu'une médiocre créance aux souvenirs des enfants et même des parents, il est fort possible que ces influences psychiques n'aient fait qu'accentuer un état morbide antérieur.

Est-ce à dire, cependant, qu'il s'agisse, comme le pensent beaucoup d'auteurs, d'une affection congénitale? Bien que Thomsen ait pu l'observer chez un de ses enfants au berceau, cette assertion ne laisse pas que d'être fort aventurée. Hypothèse pour hypothèse, on est en droit de se demander si la maladie n'est pas contemporaine de la paralysie infantile, qui, n'était son mode d'invasion brusque, et les phénomènes généraux qui éveillent l'attention des parents, pourrait fort bien rester inconnue pendant quelque temps.

Quant à l'influence héréditaire, elle s'affirme, en caractères des plus nets, dans presque toutes les observations. L'histoire de la famille de Thomsen est particulièrement instructive à cet égard. Sa bisaïeule est morte de manie puerpérale; elle avait deux sœurs qui présentaient des troubles psychiques, et un fils, le grand-père de Thomsen, faible d'esprit. Ce fils eut quatre enfants, qui tous furent atteints à des degrés divers de raideur musculaire. L'un d'eux, la mère de Thomsen, vit la maladie se produire sur sept de ses treize enfants. Enfin, dans la cinquième génération, celle des enfants et neveux de Thomsen, elle persistait encore, mais beaucoup plus atténuée, ne frappant que six individus, dont trois très légèrement, sur trente-six. Des cinq fils de Thomsen, un seul resta indemne.

Pour être moins probants, les autres faits n'en corroborent pas moins les conclusions qui découlent de cette remarquable observation; ici on retrouve la même affection chez le grand-père, ici chez le père, ici chez un frère ou une sœur, ici enfin chez deux frères et sœurs, comme dans le cas de Strümpell.

Enfin, dans certaines observations où semblables commémoratifs font défaut, on trouve, chez les ascendants des malades, d'autres états névropathiques, comme l'épilepsie.

En dehors de l'influence héréditaire, nous n'avons aucune donnée étiologique précise, sauf la prédominance très marquée du sexe masculin; presque toutes les observations, en effet, concernent des hommes.

III—Dans l'état actuel de la science, on ne peut que formuler des hypothèses en ce qui concerne la nature de cette singulière affection.

Les auteurs se partagent, à cet égard, en deux camps, suivant qu'ils placent l'origine de la maladie dans le système nerveux central ou dans l'appareil névromusculaire périphérique.

Les uns, comme Seeligmüller, Erb, croient à une affection médullaire, siégeant vraisemblablement au niveau des cordons latéraux. L'intégrité, constatée à plusieurs reprises par l'examen microscopique du tissu musculaire, semble plaider en faveur de cette interprétation. Mais, d'autre part, l'extension du processus à une certaine étendue du système moteur volontaire, le caractère transitoire de la crampe musculaire, enfin les réactions électriques, pourraient être invoqués, comme le font remarquer Ballet et Marie, à l'appui de la seconde hypothèse, celle qui assigne à l'affection une origine périphérique.

Mais doit-on, avec Petrone, admettre un trouble de conductibilité en un point quelconque du trajet entre le cerveau et la plaque nerveuse motrice? Faut-il, avec Westphal, invoquer une perversion congénitale du tonus musculaire liée à l'hypertrophie des muscles? Le plus sage:

serait peut-être de s'en tenir provisoirement à la conception de Mœbius, quelque vague qu'elle soit. Frappé des rapports que la maladie de Thomsen présente avec la paralysie pseudo-hypertrophique, hypertrophie musculaire, nature héréditaire de l'affection, prédominance du sexe masculin, cet auteur la range " parmi les affections systématiques primitives de l'appareil moteur volontaire, qui, comme la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie simple, ne peuvent être disjointes des maladies du système nerveux."

Disons, en terminant, qu'à notre connaissance, cette affection s'est toujours montrée rebelle à la thérapeutique; si elle ne compromet jamais l'état général, elle n'en constitue pas moins une infirmité pénible qui ne laisse pas parfois d'influer sur le moral des individus qui en sont atteints.—L. DREYFUS-BRISAO, in *Gazette hebdomadaire*.

Traitement de la dysenterie.—Dans une thèse très complète qu'il vient de soutenir à Montpellier, le Dr Bigand expose ainsi les données pratiques relatives à la dysenterie :

La dysenterie n'est pas simplement une inflammation du tube intestinal, comme l'ont prétendu certains auteurs, mais bien une maladie à localisation intestinale, pouvant revêtir diverses formes suivant les climats, les constitutions médicales, les tempéraments.

Elle est due à la présence d'un ferment organique qui se développe habituellement sous l'influence des températures élevées, jointe à une humidité considérable de l'atmosphère. Ce ferment naît des matières animales en putréfaction, se retrouve dans les selles des dysentériques, et peut se transmettre ainsi de l'homme malade à l'homme sain.

Les épidémies de dysenterie se produisent lorsque ce ferment rencontre des organismes préparés à son développement, et dont les forces de résistance ont été épuisées par les fatigues excessives, la mauvaise alimentation, l'anémie résultant soit de ces causes, soit des maladies antérieures. Les soldats de campagne, les marins, les Européens en général non acclimatés dans les pays chauds, sont plus susceptibles de subir ces diverses influences, et par suite plus accessibles au virus dysentérique.

Les variations brusques de température, les excès de régime, les aliments irritants, etc, sont souvent des causes occasionnelles; mais elles sont incapables à elles seules de produire la véritable dysenterie.

La prophylaxie découle de l'étiologie.

Quant au traitement rationnel de la maladie elle-même, il ne doit s'astreindre qu'aux indications, et non pas à une médication exclusive.

La conduite à tenir est la suivante :

1^o DÉBUT.— a, — Forme inflammatoire intense.—Antiphlogistiques; mais manier les émissions sanguines avec grande réserve et beaucoup de modération.

b.—Forme catarrhale ou bilieuse avec état saburral des premières voies, sans érétisme circulatoire.—Vomitif avec l'ipéca.

c.—L'état saburral des premières voies, avec érétisme circulatoire, le pouls étant toutefois dépressible, n'indique ni les vomitifs, ni les antiphlogistiques, mais la médication par le calomel.

2^o ÉTAT.— Les selles fréquentes, glaireuses, sanguinolentes, sans fèces, indiquent la médication purgative.

a.—Pas d'érétisme circulatoire: — Sels neutres à faibles doses, répétés jusqu'à diarrhée franche.

b.—Érétisme circulatoire faible : ipéca à la brésilienne.

c.—L'érétisme circulatoire plus accentué, mais n'indiquant pas les émissions sanguines, ou persistant encore en partie après ces dernières, contraindre au contraire; calomel à doses fortes réfractées chez l'adulte, à doses faibles (méthode de Law) chez les enfants.

3^o DECLIN.—Selles diarrhéiques : —Modérer progressivement la diarrhée.—Sous-nitrate de bismuth; plus tard, astringents.

Si la diarrhée persiste :—Cathérétiques.

S'il y a adynamie, excitants diffusibles. Il faut toujours, pour calmer la douleur, préférer les préparations de belladone à celles d'opium, qui constipent.—*Rev. de thérap. méd.-chir.*

Des abus sexuels : masturbation, onanisme, excès vénériens.—Extraits d'une clinique de M. le professeur T. PARVIN, au *Jefferson Medical College*, Philadelphie.—On peut dire, je crois, en toute vérité, qu'il n'y a aucun point de l'organisme humain sur lequel hommes et femmes soient plus ignorants que celui des organes sexuels et du soin à apporter aux fonctions dévolues à ces organes. Cette ignorance, loin d'être un bonheur, est au contraire une source féconde de calamité, de maladie, de crime et de chagrin. Il est donc important que vous soyez bien au fait de ces questions

Les abus sexuels peuvent être classés sous trois titres : rapports contre-nature, illicites et excessifs.

Par rapports contre-nature, l'on comprend la satisfaction des désirs vénériens par des moyens autres que ceux indiqués par la nature.

Ces moyens sont de divers genres, il est vrai, mais celui que l'on rencontre le plus souvent est à coup sur l'abus de soi-même (*self abuse*), que l'on appelle encore souvent onanisme, bien que cette expression soit très incorrecte, étant employée pour qualifier certains actes commis entre homme et femme. Comme l'instrument généralement employé pour accomplir cet acte est la main, on l'a nommé aussi masturbation. Ce vice se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. En dehors de toute considération purement morale, il y a, je crois, une explication physiologique à donner à ce fait : c'est que chez la femme l'acte sexuel est ordinairement passif; la femme peut s'abstenir des plaisirs vénériens beaucoup plus facilement que l'homme. D'après mes observations, je crois que la masturbation est même très rare chez les femmes et les filles. D'un autre côté, je pense que peu de garçons, surtout de ceux qui ont passé par les pensionnats, sont tout-à-fait exempts de ce vice. La masturbation est rarement un acte spontané; je n'ai du moins jamais vu un seul cas qui le fût. Si j'en crois mon expérience, le garçon ou la fille n'a été mis au courant de cette pratique que par l'exemple ou au moins par les conseils et les explications d'un compagnon ou d'une compagne, la plupart des temps d'un âge plus avancé. En général, la masturbation est bientôt abandonnée, soit parce que le sujet se dégoûte de lui-même d'un acte aussi sale et aussi repoussant, soit par suite des remontrances d'un père, d'un ami ou d'un médecin. Mais d'autres persistent, malheureusement, et à leur grand détriment, tant physique qu'intellectuel et moral. La masturbation est encore plus préjudiciable que les rapports sexuels, surtout parce qu'elle se répète plus souvent et qu'elle agit davantage sur l'esprit. Pour combattre l'onanisme chez les jeunes gens

Il faut leur faire connaître les besoins de leur nature par des moyens autres que la lecture de livres infâmes et l'expérience de compagnons plus infâmes encore ; cet enseignement peut être donné par un père ou par un maître ; il faut en outre de l'occupation pour l'esprit et de l'exercice pour le corps, une diète simple, de la propreté. Enfin l'imagination a besoin d'être contrôlée ; le sujet aura soin d'éviter la lecture de tout ouvrage obscène, de même que la vue d'images ou de spectacles impurs, et la compagnie d'amis dissolus. A un jeune homme de dix-sept ans qui s'adressait à son médecin, se plaignant de douleurs dans les testicules, celui-ci répondit : " Si j'étais votre père, je vous ferais fondre du bois durant une heure ou deux, chaque jour."

On garde trop volontiers le silence sur certaines choses qu'il importe beaucoup de savoir en ce qui concerne les fonctions sexuelles. L'homme, le jeune homme surtout, ignore trop la véritable nature de la femme, de là de très nombreuses erreurs. Par exemple, la femme romaine que le jeune homme a connue en lisant Juvénal n'est pas la femme d'aujourd'hui. Le jeune homme qui croit la femme en tout point semblable à lui-même en ce qui concerne la passion sexuelle se trompe du tout au tout et ce n'est pas sans danger. S'il en connaissait la véritable nature, il saurait mettre un frein à ses pensées érotiques et à ses désirs sensuels, au lieu de leur donner champ libre. Il est très heureux pour la vertu de la femme que celle-ci ne soit pas la contrepartie de l'homme.

Supposons un adolescent qui éprouve occasionnellement des pollutions nocturnes. Cela indique-t-il que la masturbation ou le coït illicite soit nécessaire ? Non, mille fois non !

Nos rêves sont, en partie, déterminés par les idées qui nous viennent à l'état de veille, par ce que nous voyons et entendons, par ce que notre esprit a conçu—il y a déjà longtemps, peut-être,—et par ce sur quoi nous arrêtons volontairement notre pensée. Chassons loin de notre esprit toutes les pensées et les images lascives, et nos rêves seront moins aptes à prendre un caractère impur et érotique.

Il faut bien se rappeler que le centre d'activité génitale est placé dans la région lombaire de la moëlle, tandis que le centre d'excitation se trouve dans le cerveau. En outre, le fluide séminal n'est pas une sécrétion bien *dispendieuse* ; ce n'est pas tant la perte de liquide que l'excitation nerveuse, le choc nerveux accompagnant l'acte vénérien ou tout autre acte, qui, dans l'onanisme ou la copulation trop fréquente, épuise profondément le malade. Les pertes séminales involontaires se montrant occasionnellement durant le sommeil ne doivent donc pas être regardées comme constituant une affection bien grave.

Je ne puis ici stigmatiser trop énergiquement la conduite de certains médecins qui conseillent aux jeunes gens la fréquentation des maisons de débauche dans le but de soulager cette sécrétion d'une manière normale. Ce n'est pas en cédant à la passion que l'on pourra la vaincre. Cela peut être un moyen aussi facile qu'attrayant de vaincre l'obstacle du moment, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que peu à peu le tigre a fini par briser sa chaîne, qu'il devient impossible de l'arrêter dans sa course et qu'il va tout dévorer sur son passage. Le jeune homme a-t-il droit, d'ailleurs, de demander à la jeune fille qu'il courtise une vertu qu'il n'a pas lui-même ? Souvent la syphilis n'est-elle pas là, guettant sa proie, et une seule visite à une prostituée ne peut-elle pas empoisonner le

sang de telle sorte que le malheureux n'aura plus qu'à communiquer à sa femme et à sa postérité une maladie qui ne cessera qu'avec la vie? Bien plus, les satisfactions illicites que l'homme se sera ainsi données auront grande chance de réagir sur ses enfants d'une manière terrible, déplorable héritage de chagrins et de malheur!

J'ai eu occasion d'observer un cas où la perfidie d'un séducteur ayant fait tomber sa victime dans l'abîme de la prostitution et de la maladie, la malheureuse, réduite au désespoir, mit une joie infernale à attirer dans ses filets tous les jeunes gens qu'elle put rencontrer, se vantant ensuite hautement de leur avoir à tous communiqué la syphilis! De quelle cruelle vengeance n'était-ce pas là punir le sexe de celui qui l'avait séduite!

Luther disait qu'il n'était pas en lui d'empêcher qu'il ne fût un homme, et qu'il ne pouvait vivre sans femme, celle-ci lui étant plus nécessaire que le boire et le manger. Mais il a été prouvé plus d'une fois, et cela par les hommes les plus distingués et les plus éminents, que l'homme peut vivre sans se livrer au coït. Sir Isaac Roothé, Kent, Pascal, Beethoven et Fontenelle en sont d'illustres exemples. A ses amis qui le pressaient de se marier, Michel-Ange répondait: "La peinture est une amante jalouse et qui ne souffre pas de rivale." Si ces hommes ont pu de la sorte passer leur vie sans se livrer au coït, et quelques uns d'entre eux ont atteint un âge très avancé, assurément le jeune homme peut bien attendre quelques années, afin de pouvoir satisfaire sa passion d'une façon légitime. Que l'homme reste sourd à la voix des désirs illicites, et se laisse lier plutôt par le devoir, la raison et la conscience.

Mais le mariage vient bientôt, et heureux est-il si c'est réellement un mariage d'amour, "dans lequel toutes les pensées, toutes les passions, toutes les pures jouissances pouvant animer notre humaine nature ne sont que les ministres de l'amour dont elles entretiennent le feu sacré." Ces paroles s'appliquent plus particulièrement à la femme. Chez elle, l'amour bat dans chaque pulsation, vibre dans chaque nerf et dans chaque fibre de son être; sa vie n'est qu'amour. Elle se donne à celui qu'elle aime véritablement. S'il vous arrive de lire l'histoire de jeunes filles séduites, de celles qui, comme on le dit ordinairement, ont trop aimé pour aimer sagement, vous trouverez que dans la plupart de ces cas elles ont cédé aux désirs de leurs séducteurs, non dans un paroxysme de passion sensuelle, mais parce qu'elles aimaient et se confiaient de tout cœur, elles sont tombées parce qu'elles cherchaient à satisfaire les désirs d'un autre et non leurs propres désirs. Je ne crois pas que sur cent femmes bien élevées, sensibles et délicates, il y en ait une seule qui accepte le mariage avec le désir de satisfaire l'appétit sexuel. Quand elle songe à tout ce qui l'attend, si elle y songe du tout, ce n'est qu'avec appréhension, souvent avec frayeur plutôt qu'avec plaisir. Heureuse l'union dans laquelle l'homme comprend la véritable nature de la femme.

D'un autre côté, que de femmes sont rendues malheureuses par le mari pour qui la copulation est le but le plus élevé du mariage, et qui estime que sa femme doit être également passionnée dans ses rapports avec lui! C'est une erreur de supposer que les signes extérieurs d'amitié, les baisers et les embrassements affectueux d'une épouse sont en général l'expression des désirs sexuels. Une dame d'un esprit aussi disting-

qu'il cultivé, mère de cinq enfants et aimant beaucoup son mari, me disait à moi-même : " Que de fois, nous, épouses, prodiguerions nos caresses à nos maris, si nous n'en connaissions pas les conséquences inévitables ! " Je sais que j'ai raison, ici, pour ce qui concerne la nature de la femme, et je suis certain que si les hommes en général en étaient aussi convaincus, il y aurait moins de libertinage, la vie conjugale serait plus pure et plus heureuse, et la femme jouirait d'une meilleure santé. Car, que de femmes sont malheureuses, tant physiquement que moralement, par le fait des excès sexuels et des brutalités de leurs maris !—*College and Clinical Record.*—(A suivre).

Accidents gastro-intestinaux de la tuberculose.—Il n'est pas très rare de voir la tuberculose pulmonaire débiter par des accidents gastro-intestinaux qui peuvent, à cette période initiale de la maladie, donner le change sur sa vraie nature et induire à un pronostic erroné. Un exemple de ce genre s'est présenté tout récemment dans le service de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker. Une jeune fille, d'assez bonne apparence d'ailleurs, sortait, il y a quelques jours, de l'hôpital, sinon guérie complètement de l'affection pour laquelle elle y était entrée, du moins très améliorée. Voici en quelques mots son histoire. Il y avait environ seize mois qu'elle était souffrante ; sa maladie avait débuté d'une manière très insidieuse : elle avait d'abord éprouvé des douleurs de ventre, avec un état général de malaise, de l'inappétence, de la fièvre et de la transpiration. A son entrée à l'hôpital, on constate la persistance des troubles gastro-intestinaux qu'elle avait eus jusque-là chez elle, mais il s'y était joint, depuis quelque temps, de la toux, avec accablement et malaise général. A l'examen de la poitrine, on trouve une diminution notable de la sonorité au sommet du poumon gauche, avec des craquements humides, expectoration caractéristique, mouvement fébrile modéré, etc. Sous l'influence du repos et du régime auquel elle a été soumise pendant son séjour à l'hôpital, les phénomènes gastro-intestinaux ont disparu, la fièvre et la toux se sont modérées, la malade a repris un peu de forces et d'embonpoint, et elle est sortie en grande partie rétablie, mais sans qu'on puisse conclure à la probabilité d'une guérison définitive. Tout porte, au contraire, à penser que ce n'est là qu'une étape de la maladie qui, sous l'influence de nouvelles causes déprimantes, reprendra un jour ou un autre son cours interrompu.

Voilà donc un exemple très en raccourci d'un cas de tuberculose pulmonaire qui ne s'est révélée qu'après une phase en quelque sorte prodromique, assez longue, de symptômes gastro-intestinaux.

M. Potain, à propos de ce fait, a énoncé quelques généralités déduites des autres faits du même genre qu'il a eu l'occasion d'observer.

Tantôt, a-t-il dit, les accidents gastro-intestinaux semblent exister seuls et constituer à eux seuls toute la maladie, comme dans le fait dont il vient d'être question. Tantôt, au contraire, ils ne sont que concomitants et accessoires. Ces accidents sont nombreux et variés, ce sont des phénomènes de dyspepsie ou de gastralgie, des vomissements, de la diarrhée, des coliques, des hémorrhagies intestinales. Les plus fréquents de tous sont les symptômes stomacaux : diminution de l'appétit avec affaiblissement général. Ils constituent presque la règle. Aussi, lorsqu'on les constate, doivent-ils inciter à chercher plus avant les lésions dont ils peuvent procéder. L'anorexie, surtout, devient un

élément d'aggravation considérable. La tuberculose, comme presque toutes les maladies qui viennent du dehors, les maladies parasitaires notamment, est d'autant plus grave qu'elle se développe et évolue sur un malade qui s'y prête davantage par le mauvais état de ses fonctions de nutrition.

Après l'anorexie, l'un des groupes de phénomènes qui méritent le plus l'attention chez les tuberculeux, ce sont les phénomènes dyspeptiques. L'anorexie n'implique pas toujours la dyspepsie. Tels sujets anorexiques digèrent très bien les aliments qu'ils ont pris d'ailleurs sans goût ou même avec une certaine contrainte. Mais il est des sujets, au contraire, qui, pourvus d'ailleurs d'un très bon appétit, digèrent très mal où mettent un temps infini à digérer.

La dyspepsie a, en outre, de très fâcheuses conséquences; elle augmente la toux et la dyspnée. Elle provoque, par action réflexe, une toux qui n'est autre que la toux gastrique; mais il ne faut pas s'y fier et se laisser aller à une fausse sécurité sur ce nom de toux gastrique, à moins que par des examens réitérés on n'ait pas constaté l'absence absolue de lésion pulmonaire. Cette toux, à son tour, provoque le vomissement.

Il n'est pas rare, en outre, de voir, chez des individus absolument indemnes de tubercules, survenir, sous l'influence de la dyspepsie, de véritables accès de dyspnée.

Il survient souvent sous l'influence de la dyspepsie et par suite de l'insuffisance de la nutrition générale, peut-être aussi par des actions réflexes exagérées, une irrégularité dans la circulation pulmonaire, une sorte d'ischémie pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la circulation dans l'artère pulmonaire; d'où la dyspnée et parfois aussi des crachements de sang. La dyspepsie devient ainsi un élément d'aggravation de la maladie tuberculeuse, par l'ischémie ou l'anémie pulmonaire qui est aussi, comme on le sait, l'une des causes de la manifestation de la tuberculose.

Cette double circonstance de la provocation de la toux et de la dyspnée par la dyspepsie fait de celle-ci un élément grave de complication de la tuberculose.

Les vomissements très fréquents, comme tout le monde le sait, chez les tuberculeux, quoique moins graves peut-être par eux-mêmes que l'anorexie et la dyspepsie, peuvent néanmoins devenir très fâcheux: ils sont le plus souvent un effet par action réflexe de la toux; mais ils ont quelquefois une autre cause, c'est l'hypertrophie des ganglions bronchiques qui compriment le pneumo-gastrique. Enfin ils sont, dans quelques circonstances, l'effet direct d'une altération de la muqueuse gastrique, de son ramollissement atrophique, par exemple.—*Gaz. hôp.*

De l'ergot de seigle dans le delirium tremens. par M. ARNOLDOW.—Le docteur Arnoldow rapporte l'observation d'un malade atteint d'hémoptisie et présentant des menaces de *delirium tremens*.

Le chloral avait été donné contre l'insomnie sans qu'aucun résultat eût été obtenu. Après l'emploi de l'ergotine, non seulement l'hémorragie cessa, mais les symptômes d'alcoolisme aigu rétrocédèrent.

Ce résultat heureux engagea l'auteur à recourir à l'ergotine dans d'autres cas de *mania a potu*, et dans tous, le *delirium* fut rapidement enrayé par l'emploi du médicament.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des injections intra-vésicales.—Extraits d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker (1).—L'action mécanique des injections intra-vésicales ne vise en général que l'évacuation, le nettoyage de la vessie. Elle s'exerce à peu près exclusivement sur le contenu. On a tenté pourtant, dans un certain nombre de cas, de diriger également une *action mécanique sur les parois du réservoir urinaire*.

Vous savez que la vessie est douée, dans les conditions normales, d'une remarquable extensibilité. Il est facile à tout individu bien portant de rester, la nuit, huit heures et plus sans uriner et de conserver par conséquent dans sa vessie 4 ou 500 grammes d'urine. Cette heureuse propriété se trouve singulièrement compromise dans le plus grand nombre des affections qui atteignent la vessie. La *fréquence des mictions* en est le témoignage immédiat, et cette fréquence persiste autant que la lésion même dont elle traduit l'existence. Mais il arrive parfois qu'elle reste aussi grande après la guérison apparente, sinon réelle, de la lésion. Il semble que la vessie, habituée à revenir sur elle-même, ait perdu son élasticité, qu'elle se soit rapetissée, raccornie pour ainsi dire. On s'est demandé, et la question devait naturellement se présenter à l'esprit, si, dans cet état de choses, on ne pourrait pas la soumettre à la *dilatation progressive par des injections*, comme on le fait par des bougies pour les rétrécissements de l'urèthre. Peut-être ainsi lui rendrait-on sa capacité normale ou du moins des dimensions suffisantes pour amener la fréquence des mictions à être supportable.

Sans doute, messieurs, cette pratique semble, au premier abord, très rationnelle et elle était bien faite pour tenter les meilleurs esprits. Cependant l'observation journalière fait bien vite reconnaître que les affections de la vessie les plus intenses n'ont pas coutume de laisser à leur suite, pourvu qu'elles soient bien guéries, de diminution notable de la capacité vésicale. Lorsque la fréquence de la miction subsiste, il faut soupçonner la *disparition incomplète de la lésion*. Les grands symptômes pénibles se sont atténués, la douleur a cessé, les urines ne contiennent plus de sang et elles ont à peu près recouvré leur transparence. Ne vous hâtez pas trop cependant de déclarer la guérison complète. La fréquence des mictions est un symptôme de haute valeur; elle témoigne d'une excessive sensibilité de la vessie à la moindre distension; elle est encore pathologique. Et vous risqueriez fort, en choisissant précisément, pour méthode thérapeutique, des procédés qui ont pour base la distension, de réveiller des inflammations simplement assoupies, de forcer les points faibles de la paroi et peut-être de les rompre, en un mot, d'aller au-devant des déceptions les plus pénibles.

Cependant, messieurs, je ne veux pas systématiquement bannir de la

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

thérapeutique la dilatation de la vessie. Je tiens seulement à vous mettre en garde contre les écueils que vous pourrez rencontrer. Pour cela vous devrez, avant d'intervenir, distinguer soigneusement les cas en présence desquels vous vous trouverez.

Toutes les fois que le malade aura eu plus ou moins récemment une affection inflammatoire bien caractérisée des voies urinaires, votre défiance devra être tout particulièrement éveillée à l'égard des lésions qui pourraient exister à l'état latent. Vous procéderez donc à un examen minutieux du malade; vous analyserez l'urine surtout et, si vous trouvez une notable quantité de pus, vous considérerez la guérison comme incomplète. Alors toute tentative de dilatation serait formellement contre-indiquée. Le meilleur moyen de faire disparaître la fréquence de la miction sera de guérir, par un traitement approprié, la lésion, même latente, dont elle relève.

Si, au contraire, les urines sont parfaitement limpides et transparentes, si elles n'offrent plus la moindre purulence, alors vous serez autorisés à faire l'essai de la dilatation. Mais cette pratique est si aléatoire, que je vous recommande instamment de n'y recourir qu'avec la plus extrême prudence et de vous arrêter à la plus légère douleur éprouvée par le patient. Parfois, au début, vous obtiendrez des résultats favorables. Les malades seront enchantés et vous le témoigneront d'une manière flatteuse pour votre amour-propre. Mais, je vous en préviens, cette lune de miel ne durera d'habitude que ce que durent les lunes de miel. A mesure que vous voudrez élever la dose de la dilatation, vous provoquerez des phénomènes douloureux, précurseurs des accidents inflammatoires. Dès lors, vous serez bien près d'une séparation, heureux si vous l'obtenez à l'amiable.

Ainsi, messieurs, je vous le répète, vous tiendrez pour des contre-indications absolues à la dilatation de la vessie, et l'existence du pus dans l'urine, même quand il n'y en aurait que de très faibles quantités, et les moindres douleurs que provoqueraient les manœuvres.

Mais vous rencontrerez des malades qui présenteront cette même fréquence des mictions, cette même intolérance fonctionnelle de la vessie, sans avoir eu aucune affection aiguë des voies urinaires, sans qu'il y ait de pus dans leurs urines. On dit alors, suivant l'expression qui nous est venue d'outre-Manche, qu'il s'agit de *vessies irritables*. Bien souvent elles appartiennent à des myéliques de l'avenir ou à des candidats à la tuberculose; si vous cherchez à la distendre, même lentement et progressivement, vous courez grand risque, ne l'oubliez pas, de transformer une vessie irritable en *vessie irritée*.

Je parle bien entendu des cas où la fréquence des mictions tient à une diminution réelle de la capacité vésicale et non de ceux où cette diminution n'est qu'apparente et où il existe seulement une *atonie plus ou moins prononcée du sphincter*. Alors, il faut recourir, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, à l'*électrisation localisée*. Elle vous donnera souvent de très belles guérisons. Entre autres exemples déjà fort nombreux, je pourrais vous citer un cas très remarquable observé dans mon service et récemment publié par M. Guiard dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (novembre 1883). C'est donc une question de diagnostic: l'exploration méthodique du canal, avec ou sans le passage du courant, vous apprendra s'il y a ou non atonie du sphincter; une injection lentement poussée dans la vessie vous mon-

trera si elle se laisse facilement distendre; enfin l'examen attentif et, au besoin, l'analyse de l'urine vous renseigneront sur l'existence ou l'absence d'une lésion inflammatoire chronique plus ou moins latente. Des notions ainsi recueillies dépendra votre mode d'intervention.

Nous avons longuement étudié l'action mécanique des injections, d'abord sur le contenu de la vessie, puis sur la vessie elle-même et nous avons vu que, dans le premier cas, elle était à la fois beaucoup plus efficace et moins dangereuse que dans le second. Nous allons retrouver des différences tout aussi tranchées en étudiant leur *action modificatrice*. Celles qui s'adressent aux parois l'emportent de beaucoup en utilité sur celles qui n'ont d'autre but que de modifier le contenu, c'est-à-dire l'urine altérée.

Depuis longtemps on a remarqué que la transformation ammoniacale des urines dans la vessie était l'indice d'une affection sérieuse des voies urinaires et s'accompagnait fréquemment d'accidents généraux graves. Aussi a-t-on mis en œuvre des moyens nombreux et variés pour prévenir ou faire disparaître cette transformation. Or, il est aujourd'hui bien démontré que des microbes divers, torule de Pasteur et Van Tieghem, bacillus de Miquel, bacterium de Bouchard, sont les agents immédiats de la fermentation ammoniacale. Il était donc tout naturel de chercher à la combattre par l'emploi des *solutions antiseptiques*. Mais on est allé plus loin. Un certain nombre de médecins ont attribué aux microbes un rôle exclusif et c'est contre eux, contre eux seuls, qu'ils veulent diriger toutes les ressources prophylactiques ou curatives de la thérapeutique.

C'est ainsi qu'on a recours, pour ne parler ici que des injections, à la plupart des substances antiseptiques, depuis l'acide phénique, si justement célèbre en chirurgie, jusqu'à l'acide borique, très heureusement employé aujourd'hui dans la pratique des voies urinaires. Les résultats obtenus ont été très variables. Excellents dans les cas légers, ils ont été médiocres ou mauvais même dans les cas graves. Les bons effets étaient-ils dus à une action antiseptique ou à une simple action de lavage; les mauvais tenaient-ils aux solutions employées ou plutôt, comme je vous le disais en commençant, à la manière dont l'injection était faite? Il est difficile de le savoir.

(M. Guyon, après avoir rapporté les résultats obtenus par l'expérimentation, fait voir ici que, cliniquement, *la transformation ammoniacale de l'urine dans la vessie est le produit du concours simultané de deux facteurs: les microbes et la cystite.*)

C'est pour n'avoir considéré que le côté expérimental de la question et méconnu l'influence de la cystite, que les partisans de la théorie des germes ont voulu recourir exclusivement à la médication antiseptique et ont demandé aux injections de modifier seulement le contenu altéré de la vessie.

Le clinicien, sans négliger ces résultats importants acquis par l'expérimentation, ne peut oublier que les microbes ne sont pas seuls à intervenir, et que les lésions de l'appareil urinaire ont une influence au moins aussi grande sur l'altération des urines. Ce qui le prouve, c'est que la médication calmante et antiphlogistique, sans action sur les germes, mais très efficace contre les lésions, suffit souvent pour modifier rapidement la réaction et la transparence du liquide.

Or, parmi les *injections qui peuvent exercer une action modificatrice*

sur les parois vésicales, nous retrouvons les lavages simples, dont nous avons étudié déjà l'action mécanique. Ces lavages, soit par la suppression du contact de l'urine ammoniacale, soit par l'excitation directe qu'ils provoquent sur la paroi, sont d'une incontestable utilité. Mais ils ne suffisent pas toujours. On est donc obligé bien souvent de demander à des injections spéciales une action modificatrice plus énergique. Le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le borate de soude, l'acide borique et surtout le nitrate d'argent seront employés avec les plus grands avantages. Le *nitrate d'argent*, que j'appelle quelquefois familièrement *l'ami des muqueuses*, est le plus puissant de ces médicaments. C'est à lui, vous le savez, qu'on a recours avec le plus grand succès sur la plupart de nos organes et pour une multitude de lésions diverses. Introduit dans la pratique des voies urinaires par Lallemand, sous forme solide, puis par Mercier sous forme liquide, il n'a pas cessé depuis lors d'occuper une place prépondérante et méritée dans le traitement des affections inflammatoires de la vessie.

Mercier l'a d'abord employé à la dose de 50 et même 75 centigrammes par gramme. Mais l'expérience n'a pas tardé à lui démontrer que la vessie supportait mal des doses aussi fortes, et il est arrivé à formuler les injections au 500^e (0,25 p. 125).

Le nitrate d'argent a, je le répète, une action modificatrice très puissante dans les cas de cystite. Cette action est même d'autant plus remarquable que les phénomènes ont plus d'acuité.

Il convient surtout à merveille lorsqu'il s'agit de combattre la transformation ammoniacale; l'expérimentation nous avait appris qu'il était le plus puissant des agents antiseptiques, et la clinique nous montre qu'il est le modificateur par excellence des surfaces enflammées. *Il résume donc en lui les deux conditions voulues pour lutter simultanément contre l'un et l'autre des facteurs de l'ammoniurie.* Je n'hésite pas cependant à attribuer la meilleure part de son influence à l'action modificatrice qu'il exerce sur les parois. Ce qui le prouve d'une manière absolue, c'est l'amélioration rapide qu'on obtient du côté des urines, par la méthode des instillations dans la vessie, préalablement évacuée et sans y faire aucun lavage.

Les injections de nitrate d'argent exigent toutefois des indications spéciales. Elles ne sauraient être employées pour prévenir l'inflammation, mais seulement pour la combattre, lorsqu'elle existe. Or, vous savez que, dans ces conditions, les lavages ont le grand inconvénient d'exposer à distendre la vessie et à provoquer des accidents. C'est pour ce motif, que vous me voyez de jour en jour plus de tendances à substituer aux injections les *instillations*. Celles-ci offrent les principaux avantages des injections sans en avoir les inconvénients.

Lorsque la vessie n'est pas enflammée, lorsqu'il s'agit, par exemple, de pratiquer une lithotritie ordinaire, l'emploi, pour les lavages et l'aspiration, du nitrate d'argent, même à solution faible, sous prétexte qu'il est antiseptique, serait une faute. Son action caustique serait nuisible pour le malade, il se décomposerait au contact des instruments, et les taches qu'il produit sont désagréables pour tout le monde. *On ne peut donc pas y recourir avec la désinvolture permise pour les solutions boriquées.* Depuis huit ans que je me sers de ces dernières, d'après les conseils de M. Pasteur, j'en ai obtenu les résultats les plus satisfaisants. L'acide borique a cet immense avantage pour la pratique de pouvoir

être employé à haute dose (3 et 4 p. 100) sans provoquer la moindre douleur. Aussi, ne voudrais-je à aucun prix cesser d'en faire usage, non seulement pour les lavages simples, mais pour l'évacuation des débris calculeux après la lithotritie. Je n'ai eu également qu'à m'en féliciter, après la taille, pour les irrigations que j'ai coutume de pratiquer très largement.

Les injections avec une solution d'acide borique n'ont pas seulement une action *antiseptique*. Celle-ci a été démontrée par M. Pasteur, et, pour n'être pas absolue, elle ne saurait être mise en doute. Elles ont, en outre, une action *modificatrice*. Aussi, méritent-elles dans la pratique une place importante à côté du nitrate d'argent; elles la méritent même d'autant mieux que je ne leur connais aucun inconvénient, à moins qu'il ne résulte du manuel opératoire.

Ce manuel diffère absolument de celui des injections nitratées. Au lieu d'être poussées lentement, en petite quantité et une ou deux fois tout au plus, elles seront faites de la même manière que les injections évacuatrices, dont je vous ai si longuement exposé les règles au commencement de cette leçon — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

Traitement des fractures du radius.—Discussion à la Société de chirurgie, de Paris.

M. BOUILLY communique trois observations au sujet de l'intervention dans les fractures du radius vicieusement consolidées. Il conclut en faisant remarquer que les cas du même genre ne sont pas rares, et qu'on peut être appelé pour intervenir, soit pour redresser une difformité très prononcée, soit pour obtenir le rétablissement des mouvements, soit enfin pour remédier à une compression nerveuse; mais les cas publiés sont peu nombreux et il n'est guère possible de dégager la meilleure méthode opératoire de toutes celles qui ont été proposées. Cependant M. Bouilly pense que l'ostéotomie doit être considérée comme la méthode de choix. Si l'on agit contre la compression nerveuse, il faudra intervenir de bonne heure et ne pas oublier que les troubles trophiques disparaissent très lentement.

M. VERNEUIL estime que si, dans la région de l'avant-bras, l'ostéoclasie instrumentale est dangereuse, on peut avec avantage la remplacer par l'ostéoclasie manuelle. Elle lui a donné un très bon résultat pour une fracture des deux os de l'avant-bras vicieusement consolidés chez une petite fille de six ans.

M. TRÉLAT a pratiqué trois fois au moins la résection de petits calcs vicieux du calcaneum, du tibia; il n'a jamais eu d'accidents, grâce à la méthode antiseptique.

À propos de la communication de M. Bouilly. M. DESPRÈS soutient que l'appareil plâtré est mauvais pour les fractures de ce genre, parce qu'il faut le changer pendant la durée du traitement, alors que le gonflement des premiers jours a disparu. Un tel inconvénient n'existe pas avec l'appareil de Nélaton, que l'on peut serrer et desserrer à volonté. Un autre inconvénient résulte de l'immobilisation forcée et absolue non seulement de la fracture, mais de toutes les articulations carpiennes: c'est cette immobilisation qui détermine les raideurs que l'on observe si souvent après l'enlèvement de l'appareil. L'appareil de Nélaton permettant de légers mouvements dans les articulations,

les fonctions du membre après la consolidation se rétablissent bien plus facilement. Les fractures du radius sont très difficiles à réduire, et à ce point de vue, l'avantage reste encore à l'appareil de Nélaton qui permet, lorsque la fracture n'a pu être réduite le premier jour, de remettre les os en place graduellement, en resserrant journellement les attelles au moyen d'un lien élastique. En résumé, les appareils plâtrés, qui sont excellents pour la plupart des fractures, ne valent rien pour les fractures du radius et même pour les fractures du bras.

M. TRÉLAT traite les fractures du radius par l'application d'une petite attelle plâtrée placée soit au dessus, soit au dessous du membre, suivant les circonstances; il laisse l'appareil en place pendant trois semaines, et jamais il n'a observé de raideur ni d'accident d'aucune sorte.

Au sujet des fractures du radius, M. Trélat rappelle qu'elles sont bien moins graves chez les vieillards que chez les jeunes gens. Chez les vieillards, en raison de la friabilité de leurs os, cette variété de fracture se fait avec une grande facilité, et par conséquent sans grands délabrements, sans grande difformité; tandis que chez les jeunes gens, la fracture exige une grande violence pour se produire, et il en résulte des écrasements souvent considérables, des déformations difficiles à corriger.

M. TERRIER traite toutes les fractures du radius par l'appareil plâtré et n'en a obtenu que de bons résultats. Quel que soit l'appareil, la première condition du succès est la réduction exacte de la fracture, ce qui n'est pas toujours facile, à cause de l'écrasement habituel des fragments. Pour éviter les raideurs des doigts, M. Terrier les laisse libres, et recommande au malade de les remuer de temps en temps. Il applique l'attelle de préférence sur la face palmaire.

M. VERNEUIL dit que la double attelle, dorsale et palmaire, ne permet pas une surveillance suffisante du membre, et que les deux attelles ne permettent pas de placer le membre dans une extension légère, ce qui est pourtant une position très favorable à la guérison sans infirmité. Il ajoute que la réduction de ces fractures est quelquefois très difficile à faire du premier coup et qu'il la fait alors en plusieurs temps; il place la main sur une attelle coudée qui met le membre dans une position telle que les deux fragments se rapprochent peu à peu de leur direction normale.

M. TILLAUX adopte l'attelle plâtrée palmaire avec la main légèrement fléchie; seulement il faut réduire et maintenir la réduction. Il met l'appareil avant la réduction, puis il réduit pendant que le plâtre est encore mou; il maintient la réduction pendant toute la durée de la consolidation de l'appareil.—*Praticien.*

Traitement du traumatisme de l'ongle. HUBERT.—On plonge le doigt dans l'eau froide, au moment de l'accident, puis on l'entoure de compresses imbibées d'eau alcoolique, d'eau phéniquée, d'eau blanche, auxquelles on ajoute du laudanum dans le cas de douleurs très vives. Si l'ongle est partiellement décollé, on doit se garder d'en faire l'ablation. On agit de même, quand l'épanchement sanguin, si considérable qu'il soit, ne communique pas avec l'air extérieur, ne fut-il protégé que par la mince pellicule épidermique qui borde le repli sus-unguéal. On a vu, en effet, dans des cas semblables, le sang

se résorber sans aucune complication. Pour les grands délubrèments de l'appareil unguéal, qui ne sont le plus souvent qu'une complication de l'écrasement des doigts, il y a lieu de recourir au pansement par occlusion.—*Union médicale.*

Des pansements.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital Necker.—Dans notre époque moderne, nous avons traversé une grande période chirurgicale où les praticiens les plus distingués luttèrent péniblement contre la série des accidents (pourriture d'hôpital, diphthérie des plaies, infection purulente, etc.) qui attaquaient les plaies récentes ou anciennes. Cette longue douleur, on peut dire qu'elle est passée aujourd'hui, car le but général des pansements que nous faisons est atteint. Trois actes sont indispensables pour obtenir la guérison sans accident et aussi rapidement que possible.

Toute plaie doit être en premier lieu aseptique. Cela est tellement suffisant que des opérations quelconques, pourvu qu'elles aient lieu sur des individus sains, dans des pays agricoles, réussissent en général très bien. Une vache éventre une femme, par exemple; on rentre la tripe, on met un chiffon par là-dessus, et cette blessure entre bien vite dans une bonne voie sans qu'il soit nécessaire de recourir à quelque autre chose. Mais, comme ces conditions ne sont pas toujours possibles à réaliser, on est obligé d'avoir recours encore à deux actes. Il faut que les faces de la plaie dont on poursuit la guérison et la réunion soient immobilisées et placées dans une position favorable: il faut, enfin, prévoir dans l'arrangement de toute surface de solution de continuité, qu'il va s'écouler des liquides mélangés, et que ces éléments figurés ou non figurés du sang qui sont sortis de la circulation et qui n'y rentreront pas, s'écoulent librement. Voilà tout. Il n'y a pas d'autres données pour traiter les plaies. Néanmoins, quand on a réalisé ces trois conditions, il y a un idéal vers lequel il faut marcher, c'est de ne rechercher que les pansements les plus rares possibles.

Vous verrez dans les auteurs anciens la désarticulation de l'épaule d'un capitaine sur le champ de bataille. A défaut de makintosh, Larrey, le père, avisa sous une selle une peau de mouton qu'il mit sur son opération, et ordonna à l'opéré de s'en aller. Celui-ci suivit le conseil, et à son arrivée à Strasbourg, vingt-sept jours après avoir quitté la Bérésina, on lui enleva ce pansement primitif et on s'aperçut qu'il était complètement guéri. Un des grands mérites du pansement ouaté d'Alphonse Guérin a été la substitution de la ouate à une peau de mouton. En renouvelant le pansement le moins possible, c'est ne s'exposer à aucune contagion; c'est respecter la douleur du malade. L'expérience a du reste prononcé et c'est maintenant un fait acquis pour tout le monde. Vous voyez, en effet, ouvrir le ventre à une femme, et étreindre le pédicule de la tumeur dans une ou plusieurs ligatures; vous voyez, après avoir nettoyé et caressé chaque partie à l'eau phéniquée, réintégrer le tout dans le ventre et n'enlever les pièces à pansement qu'au bout d'une douzaine de jours, c'est-à-dire lorsque la plaie est déjà complètement guérie.

Cette asepsie dont je vous parlais tout à l'heure, et que je considérais comme une condition fondamentale, est réalisée par une infinité de moyens. La propreté des mains, des vêtements, des instruments, constitue une condition essentielle. Vous ne nous apprenez rien de

nouveau, me direz-vous ? C'est vrai, mais si tout le monde connaît ce principe, peu de personnes le mettent en pratique. Si à Necker vous trouvez de l'eau et du savon, il n'en est plus du tout de même à la Charité ou à l'Hôtel-Dieu, où il en existe moins que dans mon œil. Il y a là des petites questions d'argent qui font que dans nos services ce liquide n'est pas réparti convenablement. J'estime, pour ma part, qu'aucune des personnes présentes dans une salle ne devrait y arriver qu'avec des mains virginales ou du moins revirginifiées par un liquide additionné de bichlorure ou d'acide phénique.

Un instrument sur lequel on a beaucoup discuté, c'est le vaporisateur. Pour ma part, je ne m'en suis jamais servi, sauf dans quelques cas déterminés, lorsque l'opéré sent mauvais de la bouche par exemple. Aujourd'hui, du reste, à l'étranger et en France, on l'a rejeté complètement du manuel opératoire parce qu'il présentait entre autres inconvénients, celui de gêner considérablement la vue.

Ceci dit, examinons maintenant avec quoi vous devez laver les plaies et imbiber les pièces des pansements. Grande affaire, me direz-vous ? Je commence par le nier, et par vous prévenir qu'il ne faut pas avoir pris de parti bien absolu. L'eau phéniquée est un bon liquide, mais ce bon liquide va devenir au contraire très mauvais si vous vous en serrez pour l'anus, les organes génitaux, la face, les yeux ou la bouche. Sur la face, elle produira une éruption et piquera les yeux ou sera désagréable à la bouche. Une solution d'acide phénique à 1-40 sur la peau délicate d'une femme, au pourtour de l'anus, déterminera de petites eschares dont la chute est très tardive (trois semaines). Quant à moi, tout en employant couramment l'acide phénique à 1-20 et à 1-40, je me sers pour certaines parties du corps, telles que la bouche, les yeux, etc., tantôt d'eau boriquée, tantôt d'eau chloralée, antiseptiques moins puissants, il est vrai, que le précédent, mais qui ont du moins l'avantage d'offrir moins d'inconvénients.

M. Bouilly a essayé, il y a deux ans, l'eau oxygénée. Il nous a pollué nos bassins, et aujourd'hui quand on lui en parle, il ne vous répond pas. On a écrit que c'était superbe, ce qui est faux pour deux raisons : d'un côté, c'est le bassinicide et l'instrumenticide le plus fort qui existe, et d'une autre part, c'est le produit le plus dépourvu de fixité. Bref, n'en parlons plus et considérons la comme évaporée, afin de porter toute notre attention sur des liquides plus récents.

Le bichlorure de mercure, défendu par M. Tarnier, a du bon pour lui, parce qu'il emploie de gros instruments. Il nécessite, de plus, tout un outillage de bassins en verre, et je sais par expérience combien il faut de temps pour mener à bien une pareille innovation. En attendant, du reste, que sa supériorité soit bien démontrée, je le traite comme les romans dont je n'entreprends la lecture qu'après que la qualité m'a été annoncée par une vingtaine d'amis au moins. D'ailleurs, je l'ai essayé. Il est bon, mais il n'y a pas du tout de quoi s'enthousiasmer.

Nous pouvons donc dire qu'on n'a pas trouvé quelque chose de bien supérieur à l'eau phéniquée, sauf le bichlorure de mercure et le biocide employé, je crois, par M. Pinard à la dose de 1/2000. L'eau phéniquée restera donc pour moi d'un emploi général, tant que nous n'aurons pas affaire aux parties que je vous ai indiquées précédemment.

Pour ce qui est des ligatures, je me suis toujours servi des fils d'ar

gent. Leur plus grande vertu était la substitution d'un fil non imbibable à un fil imbibable, et si aujourd'hui les fabricants nous livrent un fil souple, poli, imbibable, et bien antiseptisé, il est de notre devoir d'y avoir recours; et le fait est qu'il y a un mois, j'ai suturé avec de la soie. Le résultat a été si bon que je réadoptai ces fils, excepté pour les sutures du palais et de quelques autres endroits.

Enfin, pour terminer avec ce chapitre, nous allons insister sur la nécessité d'établir le drainage. Cette opération consiste à déposer des tubes au fond de la plaie à antiseptiser.

C'est dans cet ordre d'idées que M. Kœberlé se servait de petits tubes de verre, et que M. Lucas-Championnière a employé des tubes d'aluminium, toutes substances qui présentent de nombreux inconvénients et dont l'emploi n'a pas prévalu. On a alors cherché autre chose, et le comble a été de se servir de substances qui disparaissaient. On s'est servi de tubes à drainage en os décalcifié. Tantôt le tuyau était résorbé en deux jours, tantôt il ne disparaissait pas. Quant à moi, n'attachant pas beaucoup de confiance aux faisceaux de catgut ou en crin de cheval, je continue à me servir d'une substance que je ne regarde pas comme parfaite, c'est le caoutchouc rouge de bonne fabrication. Il est insoluble dans l'eau, souple et reste toujours un tuyau assez raide pour que la lumière ne s'efface pas complètement. Je le tiens en demi-estime, mais je le garde comme un domestique dont on supporte les défauts de peur d'en avoir un plus mauvais. C'est ici que vient se placer bien à propos un point qui préoccupe tous les chirurgiens. Je vous ai dit qu'on devait viser à la rareté des pansements; cela est vrai, mais à une condition: c'est qu'il n'y ait plus rien à visiter. Quand donc peut-on retirer les drains? Il y a trois ans que je cherche une formule sans pouvoir en trouver aucune; aussi, pour en finir avec cette leçon, je crois qu'on peut les retirer lorsqu'il n'y a plus de sécrétion, lorsque la plaie marche bien, c'est-à-dire au bout de trois jours.—*Praticien.*

Traitement de l'anthrax par la compression.—Clinique de M. le professeur John Ashurst, jr., à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie.—Le malade que je vous présente aujourd'hui a été admis dans nos salles (il y a dix jours), souffrant d'un gros carboncule qui durait déjà depuis trois semaines. Au début, ce n'était qu'un simple bouton qui a, depuis, graduellement augmenté en proportions. C'est l'histoire ordinaire des carboncules: d'abord on constate la présence d'un bouton qui, en se développant, présente une vésicule centrale, et qui, soit spontanément, soit sous le coup d'une irritation quelconque, grattage, piqure d'épingle, etc, commence ensuite à s'étendre; en huit ou dix jours, l'anthrax est arrivé à son entier développement, mesurant alors rarement plus de trois ou quatre pouces de diamètre.

Il y a huit jours, nous avons mesuré ce carboncule-ci et avons constaté une dimension de neuf pouces sur huit, sans compter le tissu cellulaire induré formant une très large base à la lésion elle-même. Si on y comprend le tissu cellulaire induré, les dimensions de ce carboncule atteignaient au moins onze pouces sur dix, avec trois bons pouces de profondeur.

L'anthrax n'est autre chose qu'un gros furoncle. Il n'y a aucune distinction absolue à faire entre un furoncle et un carboncule. L'anthrax que vous voyez ici est aujourd'hui plus petit que quand le malade

est entré à l'hôpital, et il diminue tous les jours, quoiqu'il fut encore à sa période de croissance lors de l'admission du malade.

Il est certaines particularités relatives à l'ulcération du carboncule qui n'ont été comprises que dans ces derniers temps. On avait observé depuis longtemps que les carboncules avaient tendance à s'ulcérer sur un grand nombre de points distincts, donnant ainsi à la surface malade une apparence cribriforme, et ce n'est que depuis quelques années qu'un chirurgien américain, le Dr Collins Warren, de Boston, a donné l'explication anatomique de cette particularité. En examinant au microscope la peau du dos, siège ordinaire de l'anthrax, le Dr Warren a découvert de petites projections, ou petits tubules de graisse unissant les parties profondes à la surface; il a appelé ces projections "colonnes graisseuses" (*columnæ adiposæ*). Or, c'est le long de ces colonnes que le pus de l'anthrax qui, comme on le sait n'est qu'un phlegmon du tissu cellulaire profond, fait irruption au dehors. Dans le cas présent il n'y a encore que deux ouvertures, situées l'une près de l'autre et qui, probablement, vont bientôt se réunir pour n'en former qu'une seule. Un paquet de tissu cellulaire mortifié fait, comme vous le voyez, protrusion à travers une de ces ouvertures.

Bien que très douloureux et des plus incommodes, le carboncule ne constitue cependant pas une maladie très dangereuse quand il est traité convenablement. La mort arrive cependant quelquefois, et je viens de voir la statistique d'un chirurgien allemand qui, sur onze cas d'anthrax traités par l'incision, en a perdu six à la suite de pyémie. Pour ma part, je n'ai encore vu aucun cas de mort par le carboncule et ne me rappelle pas en avoir vu dans la pratique de mes collègues, sauf dans des cas où il y avait complication de quelque trouble constitutionnel grave.

Le carboncule de la face est considéré comme étant particulièrement dangereux; on dit même que sur neuf cas de cette variété, un seul guérit. Mes observations me portent à croire que c'est là une exagération. C'est, il est vrai, une forme relativement rare de la maladie, mais j'ai observé deux ou trois cas d'anthrax à la face, et tous se sont terminés par la guérison; j'avoue qu'aucun d'eux n'était bien grave. Dans le carboncule de la face, la mort est le résultat du transport de l'inflammation aux sinus de la dure-mère, ou survient par pyémie. Dans l'anthrax ordinaire, sauf les cas où le patient souffre déjà de maladie de Bright ou de diabète sucré, ou encore quand la partie enflammée est située de façon à mettre en danger les organes internes, comme par exemple, le danger de péritonite dans le cas d'un anthrax abdominal—la terminaison fatale est rare, à moins que le traitement ait été mal dirigé.

Le traitement d'autrefois, celui que, quand j'étais encore étudiant, l'on nous enseignait comme devant être employé dans tous les cas, était d'inciser le carboncule, en forme de croix, dans toute sa longueur et dans toute sa profondeur. Si, dans le cas qui nous occupe, nous avions employé ce mode de traitement, nous aurions eu deux incisions dont l'une aurait mesuré onze pouces de longueur sur trois de profondeur, et l'autre, dix pouces de longueur. Vous voyez quelle plate affreuse cela aurait fait, et combien de sang le malade aurait nécessairement perdu. La mort peut aussi survenir par hémorrhagie, et l'on en a rapporté un cas. Outre le danger d'hémorrhagie, les incisions

augmentent les chances d'absorption des substances septiques, par le fait qu'elles laissent à vif une très large surface. Une autre objection, moins sérieuse cependant, est que l'époque de la guérison est proportionnellement reculée. Dans le but de prévenir l'hémorrhagie, quelques chirurgiens pratiquent des incisions sous-cutanées; mais cette opération, fort incertaine du reste, ne présente aucun avantage spécial.

À la vérité, le traitement par les incisions a réellement du bon. Aucun mode de traitement n'aurait pu être en faveur pendant si longtemps s'il n'eût eu quelque valeur. Ces incisions calment quelque peu la douleur, et parfois semblent empêcher le mal de s'étendre, et ce dernier point est encore contesté. Je considère les désavantages des incisions plus sérieux que leurs avantages.

Il est un autre mode de traitement que l'on emploie, soit isolément, soit combiné aux incisions, c'est la cautérisation. Les caustiques sont mis en usage pour détruire le centre de la partie malade, ou bien encore ils sont appliqués sous forme de flèches dont la disposition rappelle les raies d'une roue. L'usage des caustiques de cette façon a été introduit par Maisonneuve, pour l'ablation des tumeurs, et Sir James Simpson a également recommandé l'injection radiée de solutions caustiques. Ces cautérisations produisent presque toujours des souffrances atroces.

Le premier malade chez lequel j'ai employé le traitement par la compression, — traitement que j'emploie invariablement aujourd'hui, — était une femme ayant un gros carboncule, et qui était tellement âgée et affaiblie que je crus dangereux de pratiquer des incisions. Un chirurgien irlandais, M. O'Farrell, a été le premier à recommander cette méthode. Il exerçait la compression au moyen d'un diachylon recouvrant toute la masse enflammée, et quand la suppuration commençait, il pratiquait une ouverture au centre pour donner issue au pus. Pour moi, j'ai préféré faire usage de bandelettes concentriques, appliquées comme quand il s'agit d'exercer de la compression sur un testicule enflammé.

On doit commencer à placer les bandelettes sur le bord périphérique, en se dirigeant vers le centre, ayant soin de laisser une ouverture centrale pour la sortie de la partie gangrenée. Dans notre cas, le traitement a commencé il y a un peu plus d'une semaine. Jusqu'à ce moment, l'anthrax avait fait des progrès, mais depuis lors il a constamment et graduellement diminué de volume et d'intensité. La douleur a été immédiatement soulagée, de telle sorte que le patient n'éprouve plus que de petits élancements de temps à autre, mais pas de souffrance véritable. Le carboncule est plus petit et s'aplatit de plus en plus. Il ne mesure maintenant que huit pouces sur sept pouces et demi; la profondeur n'excède pas deux pouces et demi. Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas perdu une drachme de sang. Vous pouvez voir que le pus et le tissu cellulaire gangrené s'éliminent d'eux-mêmes lentement, et jusqu'à ce moment il n'y a aucune indication d'ouvrir plus largement. Nous avons donc raison de croire que ce malade sera bientôt en convalescence, sans autre accident. Nous avons fait mettre un petit cataplasme sur le centre même de l'anthrax, et bientôt nous remplacerons ce cataplasme par un pansoment simple à l'onguent de résine ou de zinc.

Un autre mode de traitement que je suis heureux de n'avoir jamais employé est l'excision de la totalité du carbonculo. Quelques chirurgiens

ont eu cette audace folle. On a également vu des chirurgiens vouloir exciser des gommés syphilitiques. Il est aussi inutile qu'injustifiable de traiter l'un ou l'autre de ces accidents par l'excision, quand la compression peut faire disparaître l'anthrax et que l'iodure de potassium doit avoir raison des gommés. Dans ce cas, vu le mode de traitement que nous avons adopté, l'ulcère qui persistera après la chute de l'échare sera petit, de sorte que la guérison sera beaucoup plus rapide que si nous avions fait des incisions.—*Philadelphia Medical Times*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Fait intéressant, rare, exceptionnel.—Clinique de M. le professeur PAJOT, à l'hôpital de la Clinique.—J'ai à vous parler d'un fait intéressant, rare, véritablement exceptionnel. Il s'agit d'une femme qu'on apporta à la clinique, le 29 décembre, dans la soirée. Peu d'entre vous seulement la connaissent et je suis dans l'impossibilité absolue de vous le montrer, car son état est encore grave et commande autour d'elle la plus parfaite tranquillité. Je ne la vis que le 30 décembre au matin, à l'heure de la visite, et voici en quelques mots l'histoire de ses antécédents: elle avait eu deux enfants, et dans les deux cas l'accouchement avait été spontané, bien qu'extrêmement laborieux. Dans la grossesse actuelle, elle a été, en ville, assistée par une sage-femme. Or, ce travail se prolongeant, celle-ci, qui n'avait pas fait le diagnostic de la présentation, crut devoir rompre la poche des eaux. Cette manœuvre imprudente n'ayant en rien avancé les choses, la sage-femme s'inquiéta et demanda qu'on fit appeler un médecin.

Le médecin, à son tour, se livra à une série de tentatives qu'il nous est assez difficile d'apprécier d'une manière bien nette aujourd'hui, mais qui ne furent pas suivies d'un résultat plus heureux. Il arriva que la femme éprouva tout d'un coup une très vive douleur dans le ventre, perdit du sang en quantité considérable, et que le médecin, désorienté, désespérant de venir à bout de cet accouchement, quitta le champ de bataille.

C'est alors qu'on se décida à porter la patiente à la clinique.

Le lendemain, la sage-femme en chef me dit qu'il s'agissait d'une présentation du tronc, et que la femme avait probablement une rupture de la matrice. Le présentement était facile à constater, mais j répondis à la sage femme en chef qu'à ne juger de l'état des choses que par l'aspect extérieur, il n'était permis d'accepter l'hypothèse de la rupture qu'avec de grandes réserves. La femme ne présentait pas, en effet, cet aspect extérieur, cette altération profonde des traits que l'on observe généralement en pareille circonstance. Elle avait le faciès des hémorrhagies très graves. Je me préparai à opérer la version et fis anesthésier la femme avec le chloroforme après l'avoir fait mettre dans la position obstétricale classique. Je dois vous dire qu'on m'avait également prévenu qu'il existait aussi un rétrécissement du bassin. J'introduisis ma main dans le vagin avec les précautions ordinaires et j'allai à la recherche du col. Mais je m'égarai bientôt dans une masse de magma constitué par des caillots de sang et des parties molles qui se trouvaient accumulés dans un véritable cloaque. Je constatai sa

une vaste déchirure dont le foyer principal avait son siège dans le cul-de-sac antérieur et dont le prolongement dans la paroi utérine antérieure était assez considérable pour laisser mon poing entier s'engager aisément à travers son orifice. Comme ces grands délabrements m'empêchaient d'arriver directement sur le col, je retirai ma main et immédiatement jaillit un flot de sang énorme. C'est là une particularité qui devra toujours vous donner l'éveil, car elle constitue un signe très probant de l'existence d'une rupture de la matrice.

Je fis alors, en quelques secondes, ce "bilan pathologique" de ma cliente, que je livre à vos réflexions :

Rétrécissement du bassin ;

Présentation du tronc ;

Placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus ;

Hémorrhagie considérable ;

Rupture du vagin et de la matrice.

Avais-je raison de vous dire que l'observation de cette femme était véritablement exceptionnelle ? Vous qui êtes jeunes, qui n'avez encore fait que quelques pas dans la carrière médicale que vous avez à parcourir, vous ne serez jamais peut-être témoins d'un fait aussi intéressant que celui-là.

Mais il n'y avait plus d'hésitation à avoir sur la conduite à tenir. Laisser à la nature le soin d'arranger les choses, c'eût été décréter la mort de la femme à bref délai ; l'enfant était mort.

Je me mis donc en mesure de pratiquer la version. Cette fois, pour procéder sûrement, j'introduisis ma main, et la faisant glisser dans la concavité du sacrum ; je gagnai ainsi immédiatement le col, je pénétrai sans difficulté dans la matrice en ayant le soin de faire appliquer deux mains solidement sur le fond. Je fis ensuite la version qui fut aisée, jusqu'à complet dégagement du tronc.

Mais, à ce moment, les difficultés commencèrent. On arrivait cependant sans peine sur le maxillaire inférieur, et la tête était parfaitement fléchie, car j'avais eu soin qu'un aide appuyât à travers les parois abdominales sur l'extrémité céphalique.

Mais, en raison de l'étroitesse du bassin, il me fut impossible, ainsi qu'à M. Doléris qui me succéda dans ces tentatives, de dégager la tête fœtale. Je crus d'ailleurs prudent de ne pas prolonger nos manœuvres. Je fis immédiatement la céphalotripsie qui fut de courte durée, une seule application de céphalotribe ayant été suffisante.

La femme fut ensuite mise au lit après qu'on lui eut fait une injection antiseptique, et on la plaça dans une chambre spéciale. Je recommandai, avant de partir, qu'on lui donnât de l'eau-de-vie durant la journée. Mais je fis cette prescription poussé plutôt par cette habitude du médecin d'ordonner toujours ce qui peut être utile, que par l'espoir qu'elle pût amener quelques bons résultats. Nous étions tous bien convaincus que cette femme ne vivrait pas vingt-quatre heures. Et pour votre instruction, pour vous prouver que nous n'avions pas tout à fait tort d'avoir des pressentiments aussi fâcheux, j'ai fait la statistique fournie par l'histoire de toutes les ruptures de la matrice que j'ai pu relever.

Sur 440 ruptures, il y a eu 404 femmes mortes.

Et pour les cas où on s'est occupé de ce qu'il était advenu des enfants :

Sur 263 cas, j'ai compté 243 enfants morts.

Vous avouerez, messieurs, que ce sont là des statistiques peu rassurantes. En outre, on est en droit de supposer que dans ce nombre déjà si restreint de guérisons, il ne s'est agi quelquefois que d'une déchirure relativement peu étendue, tandis que chez notre femme, il ne m'était malheureusement pas permis d'avoir le moindre doute sur l'importance des désordres. Eh bien, malgré l'étendue et la gravité des délabrements et malgré la sévérité de notre pronostic, *la femme est encore vivante*, bien plus que cela *son état est presque satisfaisant*. La température est relativement peu élevée, 30°. Le pouls assez calme, 100 en moyenne. Elle s'alimente, prend du bouillon et des potages et les digère fort bien. Une diarrhée assez rebelle, qui existait les premiers jours et qui nous avait assez vivement inquiétés, tend à disparaître, et l'amélioration s'accuse de plus en plus. Il n'y a que la vitalité féminine, on peut le dire, capable de résister aussi victorieusement à de pareils choes. C'est bien là un résultat véritablement merveilleux, et en dépit de mon expérience trop vieille, hélas! je déclare n'avoir jamais rien vu de pareil. Messieurs, nous allons continuer à observer très attentivement cette malade, et je vous promets de vous tenir au courant de tout ce qui la concernera. Ainsi que je vous l'ai déjà dit en commençant, vous ne serez jamais témoins d'un fait plus extraordinaire que celui-là.

(A une leçon subséquente, M. Pajot parle ainsi du cas qui vient d'être relaté:)

Comme je vous l'ai promis, je tiens à vous dire quelques mots de notre grande malade, de notre malade de la rupture utérine, qui est couchée au n° 9 de la Gynécologie. Vous vous souvenez de ces complications pathologiques que je vous ai fait connaître (*bassin rétréci, présentation de l'épaulé, placenta sur le segment inférieur, hémorragie énorme, rupture du vagin et de l'utérus*) et vous m'accorderez aisément qu'il est impossible de se heurter à un ensemble plus complet d'accidents. Eh bien, notre femme va tout à fait bien, elle est au treizième jour de son accouchement, *et si j'étais plus jeune, j'oserais affirmer qu'elle est absolument hors de danger*. Pour vous donner une idée de l'amélioration qui s'est produite dans son état, je vous dirai qu'on vient de me demander à l'instant si l'on pouvait lui servir aujourd'hui un bifteck qu'elle désire, et j'ai répondu que oui. En vérité, je suis de plus en plus émerveillé du résultat! Mais, je dois dire que M. Doléris qui, plus jeune que moi, et avec toute la foi de la jeunesse, n'a jamais désespéré de la situation, a soigné cette femme avec un dévouement, une sollicitude de tous les instants. Malgré tout, malgré cet aspect si rassurant qui nous permettrait, certes, d'annoncer aujourd'hui la guérison avec autant de certitude que la situation désespérée du premier jour nous faisait entrevoir une catastrophe je fais encore quelques réserves. Et vous comprendrez ces réserves, quand vous saurez ce que je vais vous dire de la pratique de P. Dubois. Cet homme éminent avait fait dans sa vie vingt et quelques opérations césariennes. Pas n'est besoin de vous dire que la mort était le résultat invariable de ces opérations. Une fois pourtant, une de ces opérées était arrivée au vingtième jour de l'opération, et tout faisait espérer une terminaison aussi heureuse qu'exceptionnelle. Messieurs, *cette femme fut prise de tétanos et emportée à vingt-quatre heures*.

Ce n'est qu'après avoir été quelquefois témoin de catastrophes de ce

ordre qu'on laisse s'échapper, une à une, les belles illusions de la jeunesse. Aussi, messieurs, en pareilles circonstances, tenez-vous bien sur vos gardes, et n'allez jamais, dans une famille, affirmer que la situation est sauvée, car l'événement pourrait vous donner bientôt un cruel démenti.—*Journal des conn. méd.—Scalpel.*

De la dilatation digitale de l'os durant le travail.—Discussion à la *Philadelphia Obstetrical Society.*

DR. CLEEMAN.—L'on m'avait enseigné qu'il ne fallait pas dilater ni distendre l'os utéri au moyen du doigt, et, pendant des années, cette notion dont je n'avais pu me défaire m'a empêché de seconder les contractions de l'utérus en essayant de dilater l'ouverture du col. Il y a quelque temps, j'étais appelé auprès d'une primipare. Les eaux amniotiques s'étaient écoulées la veille. Les douleurs continuaient, mais l'os était très peu ouvert, et le contour du col dur et rigide. Je crus de mon devoir d'intervenir, et j'essayai de dilater l'os au moyen du doigt. L'orifice se ramollit promptement et, au bout d'une demi-heure, il était suffisamment dilaté pour permettre à la tête de passer, et l'accouchement se termina promptement. Depuis, j'ai mis en œuvre ce procédé dans plusieurs cas, et toujours avec des résultats satisfaisants, le travail se terminant avec rapidité alors que plusieurs heures d'attente douloureuse s'étaient passées, sans profit pour les malades. Je n'ai pas observé cet état d'irritation dont on a parlé comme étant la conséquence d'une semblable intervention; aucun accident n'en est résulté. Le doigt, s'il est bien net, ne peut pas faire plus de mal que le dilatateur de Barnes ou tout autre dilatateur, et il n'y a pas de danger, comme cela peut arriver dans le cas d'un instrument, de pousser la tête de côté et de convertir une présentation du sommet en une présentation de l'épaule ou toute autre présentation vicieuse.

Le Dr. W. T. TAYLOR s'est aussi servi du doigt pour aider la dilatation de l'os. Il s'en abstient cependant, si le col est irritable et son pourtour dur et aminci comme une corde.

Le Dr. GITHENS a pratiqué la dilatation digitale de l'os utéri dès le début de sa carrière professionnelle qui compte déjà dix-huit années. Il ne réserve cette méthode pour aucune classe déterminée de cas; il n'attend pas non plus la rupture des membranes. Pour lui, il a constaté que dans tous ces cas, la douleur était accompagnée d'une contraction des fibres circulaires du col en même temps que d'une contraction des fibres longitudinales du corps de l'utérus. La contraction des fibres circulaires retarde le travail; en dilatant l'os au moyen du doigt, on peut paralyser ces fibres circulaires. Pratiquement, cela se fait avec rapidité. Un ou deux doigts sont promenés sur la surface interne du col, la pulpe du doigt restant en contact avec cette surface, et le col peut ainsi être autant que possible éloigné de la tête du fœtus. Cette petite opération doit se faire dans l'intervalle des douleurs; quand la douleur commence, le doigt doit être retiré, pour être réintroduit immédiatement après. Cela n'a pas pour effet de rupturer les membranes. S'il existe un peu d'irritabilité de l'os, elle cède promptement. Si le pourtour du col est mince et tendu, ou dur et épais, il se ramollit et cède. Si le col et le vagin sont chauds et rigides, ils viennent bientôt à l'état normal. Les déchirures du col ne se produisent presque jamais, et la durée, la douleur et l'épuisement du travail sont réduits à leur minimum.

Le procédé en question est utile durant toute la première période, et dans tous les cas.

Le Dr. Philips M SCHELDT emploie beaucoup la dilatation avec le doigt. Ses malades savent reconnaître l'aide qu'il leur apporte ainsi, et, aux accouchements suivants, elles lui demandent de les aider encore. Souvent, de cette façon, on évite l'emploi du forceps, par le seul fait que la première période dure peu de temps.

Le Dr. PARVIN verrait avec regret la dilatation digitale être adoptée comme règle dans tous les cas. Il est d'avis qu'elle diminue la longueur du travail, non pas tant en dilatant l'os qu'en augmentant l'intensité des contractions utérines. Dans la première période les efforts volontaires ne sont pas de mise; ils sont plutôt nuisibles qu'utiles.

La méthode en question peut être utile en certains cas où les membranes, dilatateur naturel de l'os, se sont prématurément rompues. Il y a aussi danger de septicémie par l'introduction de germes au moyen des doigts. Le Dr. P. ne croit pas que les doigts constituent un aussi bon dilatateur que l'instrument de Barnes, par ce qu'ils ne peuvent porter que sur un point déterminé à la fois, et non sur tout le pourtour de l'os, et sont aptes, par conséquent, à produire des déchirures. Quant au danger de changer la présentation, si l'on se sert du dilatateur de Barnes, il croit que c'est là une crainte vaine. En un mot il préfère au doigt un dilatateur mécanique, chaque fois qu'il devient nécessaire de pratiquer la dilatation, mais il est aussi d'avis que l'on doit laisser quelque chose à faire à la nature. Toute intervention implique la possibilité d'un danger quelconque.

Le Dr. Elliott RICHARDSON pense qu'il peut y avoir, par cette méthode, danger de rompre les membranes; or tous nos auteurs nous mettent en garde contre l'introduction du doigt dans l'utérus et la rupture prématurée de la poche des eaux.

Le Dr. HARRIS fait observer qu'on a oublié une chose. Pourquoi l'os ne se dilate-t-il pas facilement quand c'est la tête qui est l'agent dilatateur? Par ce que c'est là une surface arrondie sur laquelle le col ne peut pas glisser facilement. Au contraire le doigt est appliqué sur plusieurs points successivement. Un des avantages de la méthode est que tout changement ou tout danger peut être immédiatement découvert. La méthode ne doit pas être employée sans discernement, de même qu'il ne faut pas, non plus, intervenir sans nécessité.

Le Dr. CLEEMAN n'est pas prêt à recommander sa méthode pour tous les cas d'accouchement. Il y a eu recours en des cas où la poche des eaux s'était prématurément rompue. Dans un cas tout récent, il avait pu épargner ainsi à la malade plusieurs heures de souffrance, et l'os n'avait été ni dilacéré ni lésé d'aucune manière. La seule vue des instruments, forceps, dilatateurs mécaniques, seringues, etc., est de nature à surexciter la malade et lui faire peur. Enfin, il arrive quelquefois que le dilatateur se rompt, ce qui produit un choc considérable sur le système nerveux de la parturiente.—*Journ. of the Am. Med. Assoc.*

De la valeur pronostique des battements du cœur fœtal pendant l'accouchement.—Le Dr BUDIN vient de communiquer à la Société de biologie un fait du plus haut intérêt et qui met en lumière plusieurs points que la physiologie expérimentale pouvait faire supposer, mais qu'aucune observation clinique n'était encore venue appuyer d'une façon aussi nette.

Ce fait est le suivant : Une femme après un travail prolongé et plusieurs tentatives infructueuses de forceps est amenée à l'hôpital Tenon. M. Budin, appelé auprès de la femme, après avoir constaté un léger rétrécissement du bassin et un enclavement de la tête au détroit supérieur, essaye de terminer l'accouchement à l'aide du forceps. L'emploi de cet instrument ne donnant aucun résultat, et la femme étant épuisée, sans retirer le forceps on perfore le crâne. L'enfant au moment de la perforation était vivant, et pendant que le perforateur déchirait la substance cérébrale, on pouvait encore très nettement percevoir les battements. Dans le but de les faire cesser et pour éviter d'amener un enfant présentant quelques traces de vie, le perforateur fut dirigé vers le trou occipital, de sorte que, ainsi qu'on put le vérifier à l'autopsie, le bulbe fut complètement détruit. Malgré cette mutilation on put encore entendre les battements.

De nouvelles tractions furent essayées avec le forceps, mais malgré l'écoulement de la matière cérébrale elles restèrent infructueuses. Le forceps fut désarticulé et remplacé par le céphalotribe. Au moment où on commença à serrer la vis de pression, on put entendre encore les battements cardiaques, puis sous l'influence de la pression du céphalotribe ils ne tardèrent pas à disparaître.

L'accouchement fut terminé sans difficultés et on amena un enfant mort, sur lequel, ainsi que nous l'avons dit, on put constater que le bulbe avait été complètement détruit.

Voici donc un enfant dont la substance cérébrale a été complètement dilacérée au moyen du perforateur, dont le bulbe même a été détruit par l'action de l'instrument, et qui n'en conserve pas moins des battements pendant un temps assez prolongé. Ce n'est que l'action du céphalotribe qui, en refoulant la substance cérébrale au dehors et en partie du canal rachidien, par la compression imposée à la moelle, amène la cessation des battements cardiaques.

Cette observation démontre d'une façon péremptoire que chez un enfant qui n'est plus viable le fonctionnement du cœur peut se prolonger encore pendant quelque temps.

C'est un cas type qui nous explique ce fait souvent observé par des accoucheurs, que des enfants qui naissent en état de mort apparente, les uns sont rappelés facilement à la vie, tandis que les autres au contraire malgré des tentatives variées et prolongées ne peuvent être ranimés. Nous ne parlons ici que des enfants présentant des battements cardiaques. Il est présumable que chez les enfants de la seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qu'on ne peut ranimer, il s'est produit des phénomènes de compression du côté des centres nerveux; compression dont l'origine aura été un travail prolongé, parfois l'application du forceps. La compression est insuffisante pour détruire la vie de suite, elle permet les battements cardiaques pendant quelque temps après la naissance, mais les centres nerveux sont altérés, quoique à l'autopsie on ne trouve le plus souvent aucune lésion appréciable, et ils ne sont plus aptes à la production du phénomène de la vie.

L'enfant venant au monde dans ces conditions présente une analogie avec la personne qui a fait une chute, qu'on relève et qu'on apporte à l'hôpital dans le coma, et qui y meurt dans les cas où les désordres nerveux produits sont graves. Cette personne présente des battements de cœur et aussi la respiration.—L'enfant ne présente que des batte-

ments cardiaques parce que chez lui les fonctions respiratoires ne sont pas encore établies.

Les phénomènes de compression nerveuse joueraient donc un rôle considérable dans la viabilité ou la non-viabilité du fœtus, à la suite des accouchements pénibles ou ayant nécessité une intervention produisant la compression du crâne.

Ces phénomènes de compression jettent quelque jour sur une autre catégorie de faits non moins intéressants et non moins vagues que le précédent. Nous voulons parler de ces enfants qui naissent à la suite d'un travail pénible dans des conditions à peu près normales, et qui au bout de quelques heures meurent en présentant des convulsions.

Ces enfants sont nés tantôt par le sommet, tantôt par le siège; dans les deux cas le passage de la tête a pu être difficile, ces deux phénomènes de compression ont été développés par l'action utérine dans les cas de têtes premières, par les tractions qu'on a été obligé de faire sur le tronc dans le second.

Pourquoi ces enfants nés dans un état qui paraît à peu près normal meurent-ils subitement dans des convulsions plus ou moins généralisées? Il faut à notre avis ne voir là que le résultat de la compression cérébrale ou de l'isthme de l'encéphale ayant permis, vu leur degré, à la vie de s'établir, mais par le fait de leur existence même ne permettant pas sa continuation et en amenant la disparition au milieu de convulsions qui ne constituent ici autre chose qu'un symptôme terminal.—*Revue médicale française et étrangère.*

De l'ovarite aiguë et de la congestion pelvienne.—Clinique de M. T. GALLARD, à l'Hôtel-Dieu.—L'inflammation de l'ovaire, surtout lorsqu'il s'agit d'une ovarite franchement aiguë, donne parfois lieu, à son début, à un ensemble de symptômes généraux assez intenses pour éloigner l'idée d'une maladie aussi localisée et faire croire même à l'imminence d'une fièvre essentielle. C'est ce qui nous est arrivé pour la malade actuellement couchée au No. 3 de la salle Sainte-Marie, et chez laquelle nous avons eu l'heureuse fortune, assez rare, surtout dans la pratique hospitalière, de pouvoir suivre toutes les phases de la phlegmasie ovarienne, depuis ses premières manifestations, jusqu'à son entier développement, en passant par des modifications pathologiques diverses que je tiens à vous signaler, car elles expliquent et justifient les hésitations d'un diagnostic qu'il n'était pas possible d'établir à ce moment d'une façon suffisamment positive.

Vous vous rappelez que quand cette femme s'est présentée à ma consultation du jeudi, je l'ai arrêtée au moment où elle se disposait à monter sur le lit du spéculum. A son facies vultueux, à l'air d'accablement et de fatigue qu'elle présentait, aux douleurs vives qu'elle accusait du côté de la tête en même temps que de l'abdomen, à son état fébrile très marqué, à sa démarche incertaine et vacillante, je la supposai atteinte d'une affection plus grave et surtout plus générale que celles pour lesquelles les femmes viennent d'habitude à cette consultation spéciale, et je l'engageai vivement à entrer à l'hôpital où il me paraissait indispensable de la soumettre à un examen plus approfondi de toute sa personne, car je songeais alors à la possibilité d'une fièvre typhoïde commençante.

Cette première impression ne fut pas confirmée par l'interrogatoire.

auquel mon interne procéda le soir même. Il apprit en effet que dix jours auparavant, cette femme avait été prise, à la suite d'une fatigue et d'un refroidissement, d'un malaise général, accompagné d'un arrêt brusque des règles, le soir même du premier jour de l'écoulement menstruel. C'est alors que se sont manifestés les accidents douloureux et fébriles; de petits frissons répétés, quelques nausées et de vives douleurs dans le bas-ventre forcèrent bientôt la malade à se mettre au lit. Malgré le repos, cet état ne fit que s'aggraver pendant les jours suivants; l'appétit avait disparu, la céphalalgie continuait, et les douleurs abdominales s'irradiaient jusque dans les reins. C'est seulement au bout de dix jours qu'elle se décida à entrer à l'hôpital et se présenta à ma consultation dans l'état que je viens de vous dire.

De plus amples renseignements nous ont appris que, jusqu'à cette époque, ses règles avaient toujours été irrégulières, sans cependant être douloureuses pendant l'écoulement; mais depuis un an, elles sont devenues plus abondantes et apparaissent quelquefois tous les quinze jours. Des douleurs assez vives et permanentes se font sentir pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'écoulement menstruel.

D'après ces commémoratifs, il y avait lieu de songer à une affection du système génital interne. Le ventre était souple et peu douloureux à la pression, et l'on ne sentait aucune tuméfaction à travers les parois abdominales.

Par le toucher vaginal on trouva un col assez gros, non altéré, et un peu ramolli à sa surface; le vagin était chaud, mais ses culs-de-sac étaient libres sans le moindre empâtement. La pression avec le doigt n'y réveillait aucune douleur; l'utérus seul était un peu douloureux, surtout lorsqu'on appuyait sur le corps et qu'on lui imprimait des mouvements avec le doigt; il était du reste plus gros et plus lourd qu'à l'état normal.

Ces signes locaux, joints aux autres symptômes généraux et à l'état fébrile dont je vous ai déjà parlé, me font songer aussitôt à une affection dont je n'ai observé qu'un très petit nombre d'exemples dans ma carrière médicale, à la métrite simple parenchymateuse aiguë, affection dont le développement s'expliquait très bien du reste par l'intervention du froid dans le cours des règles qui avaient été brusquement supprimées. Dans ces cas on ne doit pas considérer l'arrêt brusque des règles comme la cause de l'inflammation du parenchyme utérin, mais bien, au contraire, voir dans cette suppression de l'écoulement menstruel un des premiers symptômes de l'inflammation utérine, produite par l'impression du froid.

Je fis appliquer dix ventouses scarifiées sur l'hypogastre, et je prescrivis pour le lendemain une purgation avec 75 centigrammes de calomel, en même temps que j'ordonnais des injections émollientes opiacées, des cataplasmes laudanisés sur le ventre, des boissons délayantes et une alimentation liquide.

L'état général semblait s'améliorer et l'appétit revenir, quand, deux jours après, la malade se plaignit de nouveau de douleurs assez vives dans l'hypogastre, et en même temps la température, qui avait baissé sous l'influence du traitement antiphlogistique, s'éleva, et monta le soir à 38°4. Le toucher ne fit alors connaître rien de nouveau, et ce n'est que deux jours plus tard que l'on trouva dans le cul-de-sac latéral droit, près du bord de l'utérus, qui était toujours gros, mais plus mou, une

tumeur, grosse comme un œuf et très douloureuse à la pression. Le lendemain, on en sentit une seconde dans le cul-de-sac latéral gauche. Ces deux tumeurs étaient arrondies, sans empâtement périphérique, fuyant sous la pression du doigt; on sentait de plus à leur superficie des battements artériels assez légers, mais très marqués.

Il nous fallut alors, je ne dirai pas modifier, mais compléter le diagnostic en reconnaissant l'existence d'une ovarite double là où nous avions cru d'abord n'avoir affaire qu'à une métrite simple.

La phlegmasie utérine n'est pas douteuse. Nous l'avons reconnue à notre premier examen, et après un amendement appréciable sous l'influence du traitement institué, nous la voyons persister même après que l'inflammation ovarienne s'est révélée à nous. Mais il nous reste à nous demander si cette inflammation ovarienne existait déjà lorsque la malade est entrée à l'hôpital, et si elle existait, pourquoi elle a échappé alors aux moyens d'investigation qui nous ont permis de la reconnaître par la suite?

D'après l'état dans lequel la malade s'est présentée à nous au moment de son entrée à l'hôpital, d'après la façon dont les choses se sont passées pendant les jours précédents, d'après les accidents qu'elle a alors éprouvés, je me crois autorisé à affirmer que ses ovaires étaient déjà enflammés tout aussi bien que l'utérus. Seulement ils en étaient, comme lui, à la première période de l'inflammation qui n'est encore caractérisée que par la simple congestion des tissus. Cette congestion portant à la fois sur tout le système génital: utérus, ovaires, trompes et même ligaments larges, pouvait, avec les phénomènes généraux qui l'accompagnent, être considérée comme représentant un des types les plus parfaits de ce que M. A. Guérin a décrit sous le nom de *congestion pelvienne*. Mais au lieu de se dissiper spontanément et en quelques heures, comme le fait la congestion non inflammatoire, la congestion qui accompagne le mouvement menstruel, la seule que j'aie jamais observée à l'état de simplicité, cette congestion, première période de l'inflammation dont elle marquait le début, a été suivie des autres phénomènes dus au mode inflammatoire. Dès lors les tissus simplement turgides et gorgés de fluides se sont indurés sous l'influence de dépôts plastiques, comme le fait le poumon quand l'hépatisation succède à la congestion qui est la première phase de la pneumonie. Les ovaires étant ainsi devenus plus lourds sont retombés en arrière de l'utérus, dans le repli utéro-rectal du péritoine, au niveau de la réflexion du vagin, et c'est là que nous les avons sentis successivement à un jour de distance: l'ovaire droit le premier, l'ovaire gauche le lendemain.

Ce fait est pour nous un enseignement précieux, car il nous permet d'établir le diagnostic certain de l'inflammation de l'ovaire, qui, dans ce cas particulier, n'a pu être confondue avec aucune autre phlegmasie du voisinage, pas plus avec l'inflammation des ligaments larges qu'avec celle du péritoine pelvien.

Ici nous avons une ovarite double, ce qui n'est pas le cas le plus commun, l'ovaire gauche étant plus souvent enflammé que le droit. L'ovarite ne s'accompagne jusqu'à présent d'aucune complication autre que l'inflammation de l'utérus et peut-être aussi de la trompe. Mais si le péritoine n'est pas encore intéressé, il est à craindre qu'il ne tarde pas à l'être et que la formation de néo-membranes ne vienne singulièrement aggraver l'état de la malade, en fixant l'ovaire dans la situa-

tion anormale qu'il occupe actuellement, ce qui serait d'abord un obstacle à la fécondation, puis une cause de nouveaux retours de l'état inflammatoire.

C'est pourquoi, malgré l'amélioration relativement rapide que nous avons obtenue sous l'influence des révulsifs que j'ai fait succéder aux révulsifs, je n'ai accordé qu'avec une certaine hésitation à cette malade la permission de quitter l'hôpital où elle a séjourné plus d'un mois.

J'aurai occasion, messieurs, de vous dire dans une autre circonstance à quels accidents elle demeure encore exposée, et de vous parler du traitement très long, très minutieux, souvent très compliqué, qu'il convient d'instituer quand ces accidents se produisent et que l'inflammation de l'ovaire ou des autres tissus péri-utérins prend une marche chronique.
—*France médicale.*

PÉDIATRIE.

Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire chez l'enfant.—Clinique de M. le Dr Jules SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Vous ayant déjà amplement parlé des caractères de la syphilis héréditaire chez l'enfant, je m'en vais, aujourd'hui, concentrer toute votre attention sur le diagnostic et sur le traitement. Et tout d'abord, l'examen de l'enfant ayant été fait, vous avez à faire celui de la mère : et alors, par la gorge, par les fausses couches et par les divers renseignements qu'elle fournit, vous avez une base nouvelle. Le père, qui n'est pas toujours le mari, doit être, lui aussi, mis en suspicion. Vous lui demanderez s'il n'a pas eu quelques maux de gorge, quelques taches sur la peau, et vous ne tarderez pas, si votre interrogatoire est conduit avec la délicatesse que réclament les circonstances, à le voir entrer dans les aveux. Oui, vous répondra-t-il, j'ai perdu mes cheveux, j'ai eu de la courbature et des insomnies pour lesquelles mon médecin m'a donné quelques pilules.

Ayant reconnu la syphilis de cette façon, il ne vous reste plus qu'à appliquer le traitement ; mais avant de vous indiquer la médication à suivre, permettez moi de vous présenter une série de maladies qui simulent, à s'y méprendre, cette affection. Le coryza chronique simple, par exemple, peut s'accompagner de petites croûtes impétigineuses, de diarrhée, et quelquefois même d'ecthyma. Ce qui différencie cette affection du coryza chronique syphilitique, c'est que le premier est plus humide, débute dès la naissance ou survient beaucoup plus tard, quatre ou cinq mois après, et s'accompagne de pharyngite et même de bronchite, tandis que dans le dernier les mucosités sont plus plastiques, plus purulentes. Vous trouverez bien des macules ; mais cherchez la configuration semi-lunaire, la couleur bronzée ; elle n'existe pas, et enfin les renseignements fournis par les parents vous enlèveront bien vite toute idée de syphilis.

Lorsque vous avez affaire à un eczéma de la face qui prend un caractère brun foncé, le diagnostic devient très difficile. J'ai guéri, en ville, avec le traitement spécifique, quoique ne pensant pas à la syphilis, un enfant qui, au sortir de convulsions, présentait des éruptions en forme de macarons. Le même fait vient encore de se produire rue Linné, où j'ai été appelé en consultation pour une gourme de la face bien limitée.

Après avoir examiné tout le corps, sans arriver à découvrir une trace de syphilis, nous n'avons fait que changer la nourrice.

Je vous ai dit qu'il m'était arrivé de voir sur le bas-ventre une éruption de pemphigus simple qui céda au traitement non syphilitique. Ce diagnostic, bien que très difficile, peut cependant être élucidé en égard au siège, le bas-ventre et non pas les mains ou la plante des pieds.

Maintenant que je vous ai relevé ces faits, pour vous signaler les erreurs possibles dans le diagnostic de la syphilis, je laisse de côté le pronostic, qui est très grave, pour arriver tout de suite au traitement. Ici, la question va être très vite jugée, car il n'y a qu'un médicament, le mercure, qui soit très utile, et auquel on doit avoir recours même dans la période ultime. L'importance de ce fait est si grande, qu'un médecin de province, élève de l'école de Lyon, où on lui avait appris que le mercure était nuisible, m'écrivit une longue lettre dans laquelle il me dit qu'on ne saurait jamais trop publier l'observation de l'enfant qu'il m'avait amené, tellement il était revenu de ses anciennes idées en voyant le mercure que j'avais ordonné produire d'aussi bons résultats.

Sous quelle forme allons-nous l'administrer ? Vous avez d'abord une préparation, l'onguent napolitain, qui est très facile à manier. Trouseau n'est pas de cet avis, parce qu'il irrite la peau des enfants. D'autres prétendent que l'absorption n'a pas lieu. Mais, pour avoir cette opinion, il ne faut pas avoir été étudiant en médecine, et ne pas avoir eu de la salivation mercurielle à la suite d'applications d'onguent gris sur le pubis. Ordonnez donc des frictions, en ayant soin, toutefois, de changer souvent d'endroit, de les faire assez longtemps, et de colorer votre pommade avec une substance quelconque afin de n'avoir pas en plus à lutter contre la mauvaise volonté des gens qui ont horreur du mercure.

Vous pouvez, d'autre part, faire prendre au nouveau-né la liqueur de Van Swieten à la dose de vingt gouttes par jour, en quatre fois, dans du lait, immédiatement avant la tétée. Il faut, en outre, que l'enfant soit exclusivement élevé par la mère, car vous ne devez jamais lui donner une nourrice, quelles que soient les conditions de cette dernière. S'il s'agit de la mère, même si elle n'est pas syphilitique, vous la traiterez en même temps.

Quant aux bains de sublimé, excepté lorsqu'il y a des boutons, je n'en donne pas, et voici pourquoi : le petit syphilitique a besoin d'une température de 18° et de repos ; or, sans compter les difficultés qu'on a pour se procurer une baignoire en bois ou les désagréments occasionnés par celle en zinc, si l'enfant bénéficie un peu du mercure, je vous certifie que les dix minutes de bain le fatiguent beaucoup plus.

L'enfant, sous l'influence de cette médication, ne tarde pas à être amélioré, et s'il ne dort pas ou si les autres signes ne disparaissent pas assez vite, augmentez la dose. Mais, au bout de quinze jours, lorsque tout aura disparu, devez-vous continuer la médication ? Y-a-t-il, en un mot, une limite bien établie ? Malheureusement non, et lorsque l'enfant a été blanchi, vous pouvez abandonner le traitement mercuriel pour voir jusqu'à quel point il sera amélioré, quitte à recommencer, et à recourir, si le temps de suspension est assez long, au traitement mixte. Vous lui donnerez, à ce petit être qui a 4 ou 5 mois, s'il vous semble

qu'il a repris son embonpoint, la valeur d'une cuillerée à café de sirop de Gibert par jour, en plusieurs fois, dans un peu d'eau, et toujours au moment de l'alimentation. Au bout de quelque temps vous serez obligé quelquefois de revenir au traitement primitif, ce que, du reste, l'observation suivante vous prouvera mieux que les explications qui pourraient vous être données. Chez un enfant, qui m'avait été envoyé par un médecin, la réapparition des accidents secondaires me força à laisser de côté le sirop de Gibert pour reprendre le sublimé que j'avais suspendu après l'avoir ordonné. Et alors même que la syphilis paraît éteinte, on la voit souvent réapparaître sous la forme d'une varicelle, comme cela eut lieu, à Genève, chez le même enfant. On ne s'y trompa pas; on donna le mercure, et la guérison ne se fit pas attendre. En 1871, de retour à Paris, il eut une nouvelle varicelle sur la nature de laquelle le médecin ordinaire, qui n'était pas au courant, se trompa et soigna comme une vraie. Au bout de 15 jours, comme elle ne s'éteignait pas, je fus appelé, et, après avoir averti mon confrère, nous fîmes prendre soixante gouttes de liqueur de Van Swieten.

Vous voyez donc qu'on ne doit jamais se hâter de supprimer le mercure, et pour ce qui est des adultes habitant les grandes villes, j'irai encore plus loin en vous disant qu'ils doivent en prendre toute leur vie: d'abord pendant deux ans d'une manière à peu près non interrompue; puis, à ce moment, vous suspendez le traitement pour revenir au sirop de Gibert, et vous n'oubliez pas de leur dire qu'il y a un point qui leur servira de critérium: chez l'un, ce sera une plaque muqueuse, chez l'autre un ganglion ou une tache sur l'épaule. L'adulte n'est jamais guéri, et peut reprendre la roséole, la varicelle quand il semble être à la période tertiaire, et c'est pour cela que je vous engage à n'user de l'iodure de potassium qu'à bon escient.—*Praticien.*

Quelques observations sur la diète des enfants.—Si une mère ne peut nourrir son enfant, il faut autant que possible fournir à celui-ci du lait d'une autre femme. La nourrice doit être jeune—au-dessous de trente ans,—en bonne santé et d'un bon caractère; les seins et les mamelons doivent être bien développés et fournir une quantité suffisante de bon lait. Quant à la différence entre l'âge du lait et l'âge de l'enfant, la plupart des auteurs du jour s'accordent à dire qu'elle ne doit pas excéder six semaines. L'enfant de la nourrice elle-même doit être vu, examiné et trouvé en bonne santé et exempt de toute affection constitutionnelle. On préférera en général une primipare dont l'enfant est mort. La nourrice, qui se trouve généralement à passer des labours d'une vie active à l'oisiveté d'une existence relativement luxueuse, est naturellement portée à manger tout ce qu'on lui présente de bon et ne prend que peu ou pas d'exercice. En conséquence, elle devient malade, son lait fait défaut et il faut changer de nourrice. En dépit de toutes les objections d'ordre moral, une jeune fille-mère est préférable. Elle peut être plus facilement contrôlée. Il est rare que la première nourrice convienne absolument; souvent il faut en essayer plusieurs. Dans un cas dont je me souviens, on dut changer treize fois en deux semaines.

Après le lait de femme, le lait de vache constitue la meilleure nourriture pour l'enfant. Le lait provenant de plusieurs vaches doit être préféré à celui d'une seule vache, parce qu'il est plus apte à être d'une

qualité uniforme. Non dilué, le lait de vache est trop riche en gras et en caséine pour pouvoir être digéré facilement par le bébé. Durant les premiers mois de la vie, en effet, la puissance de digestion est presque nulle pour les aliments gras; la caséine du lait de femme se coagule en grumeaux très tenus, tandis que celle du lait de vache donne des caillots beaucoup plus gros. Par l'addition de l'eau au lait, on facilite à la fois la digestion des matières grasses et de la caséine. On peut aussi atteindre le même but au moyen de la gélatine, de l'eau d'orge ou de l'eau d'avoine, ou encore de quelque alcali: eau de chaux, bicarbonate de soude, bicarbonate de potasse, etc. Quant au degré de dilution, l'auteur a trouvé qu'il y avait avantage à l'augmenter graduellement de mois en mois, suivant la formule du Dr Buckingham. Il prend huit parties, comme proportion constante pour le lait, et y ajoute vingt-quatre parties d'eau pour commencer. La décroissance se fait comme suit: durant les deux premières semaines: 8 parties de lait pour 24 d'eau; pour la 3^e et la 4^e semaines: 8 de lait pour 20 d'eau; pour le second mois: 8 p. 16; pour le troisième mois: 8 p. 14; pour le quatrième mois: 8 p. 12; pour le cinquième mois: 8 p. 10; pour le sixième mois: 8 p. 8; pour le septième mois: 8 p. 6; pour le huitième mois: 8 p. 4; pour le neuvième mois: 8 p. 2: pour le dixième mois: lait pur.

A la naissance, l'estomac de l'enfant contient à peu près quatre onces; après le deuxième mois, il peut contenir six onces, et la capacité de l'organe augmente graduellement jusqu'à ce que au cinquième ou au sixième mois, il faut huit ou dix onces. Depuis le premier mois, l'enfant doit prendre toutes les deux heures. Après le deuxième mois, toutes les deux heures et demie ou même toutes les trois heures. Un peu d'eau, donnée entre les repas, calmera une certaine agitation qui se manifeste parfois chez l'enfant et qui semble due à la faim, tandis qu'elle reconnaît pour cause l'indigestion. La digestion du lait prend deux heures à se faire.

Quand l'enfant se sert de *bouteille-nourrice* il est important qu'il introduise lentement le lait dans l'estomac; les sucs ordinaires laissent couler le lait trop abondamment. L'auteur se sert maintenant d'une *suce* dans laquelle il pratique lui-même une ouverture avec une très fine aiguille rougie à la lampe à alcool. Ceci permet à l'enfant de boire comme s'il était au sein de sa mère. Le lait concentré (*condensed*) est trop riche en sucre. L'auteur conclut en disant qu'il a éprouvé tant de misères et de trouble avec les nourrices, qu'il préfère faire élever les enfants à la bouteille quand les mères ne les peuvent nourrir elles-mêmes.—Dr CLEMENT CLEVELAND, in *N. Y. Med. Record*.

5866.—Valeur diagnostique et thérapeutique des lavements simples d'eau froide dans le premier âge, par le Dr DEMLOW, de Breslau.—D'après une observation d'un enfant âgé de 6 mois, affecté d'une fièvre intense, chez lequel tous les phénomènes morbides tombèrent presque subitement à la suite de l'administration d'un lavement d'eau froide, l'auteur conseille l'emploi de ce moyen au début des maladies, alors que le diagnostic est encore incertain. De deux choses l'une: ou bien il n'y aura pas de troubles organiques sérieux, et l'on obtiendra très facilement la guérison d'une indisposition passagère, ou bien, dans les cas de processus inflammatoire véritable, on amènera une sédation:

momentanée qui permettra d'asseoir le diagnostic sur une analyse patiente des symptômes, et la réfrigération produite par le lavement aura par elle-même un effet, sinon curatif, au moins palliatif sur l'inflammation.—*Paris médical.*

Troubles psychiques dans la première enfance, par le Dr LEIDESDORF—*Société impériale et royale des médecins de Vienne.* Séance du 23 mai 1884.—Il y a environ cinquante ans, dit l'orateur, on niait absolument l'existence de troubles psychiques chez les enfants. Dans ces dix dernières années, les aliénistes ont commencé à s'occuper plus attentivement de cette question. Si l'on regarde les statistiques des maisons d'aliénés, on est frappé du petit nombre d'enfants qui s'y trouvent. Ainsi, la statistique de la maison d'aliénés de Döbling (Vienne) montre, en trois ans, une réception de 1,714 malades âgés de plus de 18 ans, et de 17 âgés de moins de 18 ans. Aussi ne peut-on se faire une idée exacte de la fréquence des troubles psychiques chez les enfants, d'après le recensement de la population. Le dernier recensement de Berlin a montré que, dans l'âge adulte, il y a un aliéné sur 400 personnes, et dans l'enfance, un aliéné sur 1,400 individus. On ne peut donc tirer aucune conclusion de ces statistiques.

D'après les études et les observations minutieuses de M. Leidesdorf, il n'y a presque pas de troubles psychiques permanents chez les enfants, mais beaucoup de psychoses passagères. Tels sont les états de dépression que M. Leidesdorf a observés chez des enfants de 4 à 5 ans, qui, tout d'un coup, sont déprimés, tristes et de mauvaise humeur. Il a vu une petite fille instruite, bien élevée, intelligente et d'ailleurs très gaie qui, saisie soudainement de la crainte de perdre ses parents, de rester orpheline, délaissée de tout le monde, tomba dans une profonde dépression.

La dépression est quelquefois produite chez les enfants par une trop vive inquiétude sur leur état de santé; cela tient à ce que les parents montrent souvent un empressement exagéré à s'inquiéter de la santé de leurs enfants. Une autre cause de ces états de dépression est la vue d'individus morts ou malades.

Les hallucinations jouent un grand rôle dans la vie psychique des enfants. M. Leidesdorf a vu des enfants qui présentaient ces phénomènes au plus haut degré. Ces enfants deviennent pensifs, s'endorment, ont les cauchemars les plus terribles; tout d'un coup, ils sautent de leur lit, crient, disent voir des figures grimaçantes, des chiens, des chats, des serpents aux yeux flamboyants, des animaux féroces; enfin ils s'endorment de nouveau et, lorsqu'ils s'éveillent ils sont lucides, tranquilles et n'ont pas la moindre idée de ce qui s'est passé.

Il est encore un état psychique qui se rencontre quelquefois chez eux; c'est le somnambulisme naturel, qui survient par attaques, plusieurs fois par jour, non pas pendant le sommeil, mais à l'état de veille. M. Leidesdorf rapporte un cas de ce genre:

Une fille de neuf ans, intelligente et bien élevée, un peu anémique, est venue le voir avec sa mère. Les dix premières minutes, pendant lesquelles sa mère racontait les antécédents de la maladie, l'enfant était tranquille. Tout à coup, elle se met au piano, commence à jouer et à s'accompagner en chantant, puis elle se lève, commence à danser et traverse en dansant toutes les chambres jusqu'à ce qu'elle arrive dans

le cabinet d'étude du professeur. Là elle voit quelques crânes, ce qui l'effraie beaucoup. En dansant elle retourne dans le cabinet dont elle était partie, chante, danse exactement d'après la musique, puis elle s'assied et peu à peu redevient calme, lucide et tranquille, sans montrer la moindre connaissance de tout ce qu'elle avait fait quelques minutes auparavant, les yeux ouverts.

Enfin, il est une autre catégorie de troubles psychiques qui, malheureusement, ne sont pas transitoires, comme les précédents, mais qui persistent toute la vie. Ce sont les imaginations forcées sur lesquelles la volonté n'a aucune influence. C'est ainsi, par exemple, qu'une fille est saisie de crainte à la vue d'une aiguille, craignant de l'avalier, etc. D'autres fois ce trouble se manifeste par des questions. Qu'est-ce que l'existence? Qu'est-ce que la création, le monde, la nature? Est-ce que nous existons? etc., etc. Sans aucun doute, de telles pensées sont propres à troubler toute la vie des malheureux qui en sont atteints.

Des troubles psychiques durables chez des enfants âgés de moins de 14 ans étant rares, M. Leidesdorf a cru devoir relater quelques cas de ce genre.

1o Un enfant de 9 ans, toujours bien portant, fut atteint d'une méningite dont il guérit.

Quelques temps après sa guérison, il eut des attaques maniaques, il se croyait le supérieur de tous ses collègues, se proposait d'entreprendre de grands voyages, finalement il eut le délire des grandeurs dans toute sa forme. Cet état est resté permanent et le malade est incurable.

2o Une fille de 6 ans, qui a eu une coqueluche suivie d'épistaxis, devient tout à coup timide, elle croit que sa sœur la persécute, qu'elle introduit du poison dans ses aliments; bref, elle a un délire de persécution. Après traitement, il y eut guérison.

3o Un garçon de 12 ans a eu, dans sa deuxième année, une méningite et, depuis lors, de fréquents maux de tête; d'ailleurs c'était un garçon intelligent, appliqué, toujours le premier dans sa classe, et ses maîtres étaient satisfaits de lui. Un jour, il vient à la maison et se plaint à ses parents que ses maîtres le persécutaient, qu'ils étaient tout à fait mécontents de lui, enfin qu'il était fort malheureux. Lorsqu'il allait dans la rue, il lui paraissait que de ses cheveux tombaient des bandes de papier sur lesquelles étaient écrites les plaintes de ses maîtres sur sa conduite et sur sa mauvaise application. C'était donc là aussi une forme du délire de persécution. Cet état s'est amélioré, puis il a récidivé, pour arriver enfin à complète guérison.

Les névroses (surtout la chorée, l'épilepsie et l'hystérie) peuvent mener à des troubles psychiques qui ne disparaissent qu'avec la maladie principale. Il y a quelques années, M. Leidesdorf a observé un cas de chorée avec hallucinations consécutives.

Dans l'épilepsie des enfants, on observe très souvent du vertige, qui n'est remarqué ni par les parents, ni par les enfants. Or, ce vertige a une grande influence sur l'éducation des enfants, sur toute leur vie psychique, et provoque souvent des états hypnotiques.

Enfin, l'hystérie provoque assez souvent des hallucinations, des délires et des paralysies compliquées. On a dit que fréquemment ces phénomènes hystériques sont simulés, mais cette simulation même, qui est une véritable psychose.—*Rev. des maladies de l'enfance.*

FORMULAIRE.

Diarrhée infantile.

1^o—*Dr C. H. Avery.*

R.—Acid. carbol.....	gr xxiv
Spt. vini.....	gtt xxiv
Aq. menth. pip.....	ʒiiss
Mucil. acaciæ.....	ʒvi
Syr. papaver.....	ʒvi
Tr. opii.....	gtt x

M.—*Dose* : Pour un enfant ayant plus de trois mois : une cuillerée à thé toutes les deux heures.

2^o—*A. Jacobi.*

R.—Bism. subnitr.....	gr i
Creteæ præparat.....	gr ii
Pulv. ipecac. co.....	gr ½

M.—*Dose* : Pour un enfant de dix ou douze mois : en une seule dose, toutes les deux heures.

Choléra.—*Horner.*

R.—Chloroformi.....	} aâ	
Tinct. opii.....		
Spt. camph.....		ʒiiss
Spt. amm. arom.....	} gtt iii	
Creasoti.....		
Ol. cinnam.....		gtt vī
Spt. vini gallici.....		ʒii

M.—*Dose* : De dix à vingt gouttes dans de l'eau glacée, toutes les cinq minutes.—*N.-Y. Medical Record.*

Diarrhée irritative.—*Dr E. H. Bartley.*

1 ^o R.—Ol. ricini.....	ʒiv
Bism. subnitr.....	ʒii
Magnes. carbonat.....	ʒi
Sacchari.....	ʒii
Ol. anisi.....	m vī

M.—*Dose* : Une drachme pour un enfant de six mois à un an.

2 ^o R.—Vin. pepsinæ.....	ʒiiss
Bism. subnitr.....	ʒii
Glycerini.....	ʒiv

M.—*Dose* : Une drachme.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, SEPTEMBRE 1884.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

Le traitement du choléra.

Nous n'avons pu, dans notre dernière livraison, donner qu'un rapide résumé de la thérapeutique active du choléra, telle qu'elle a été mise en usage à Toulon et à Marseille depuis le commencement de l'épidémie. Dans une récente leçon, M. le professeur Hayem, de la Faculté de Paris, a exposé *in extenso* le traitement à suivre pour combattre le fléau. L'autorité du maître et l'actualité du sujet nous forcent à y revenir.

Durant la période prodromique ou de diarrhée simple, il faut, nous dit M. Hayem (1), calmer l'inflammation du tube intestinal. S'il y a indigestion ou symptômes d'embarras gastrique, vomitif à l'ipéca-cuanha, ou bien ingestion d'eau chaude suivie de titillation de la luette pour provoquer le vomissement. Repos au lit, diète sévère composée d'aliments très légers; quelques bains chauds; usage d'infusions aromatiques. Ces moyens suffisent souvent, même lorsqu'il y a de la diarrhée. Pour combattre celle-ci nous avons en premier lieu l'opium, sous forme de laudanum, à dose de dix à trente gouttes dans les vingt-quatre heures, ou sous forme de lavement à dose de 15 à 30 gouttes, soit seul, soit associé à un astringent. Les poudres absorbantes sont aussi d'une incontestable utilité: le sous-nitrate de bismuth à dose de

(1) *Tribune médicale*, n° 883 et seq.

cinquante grains à quatre drachmes par jour, le sulfure noir de mercure à celle de dix-huit grains, d'heure en heure, jusqu'à dose de une demi-once. M. Hayem se demande si ce composé mercuriel, quoique insoluble, n'a pas une certaine action sur les proto-organismes qui pullulent dans l'intestin à l'époque de la diarrhée prémonitoire. Il recommande également, avec M. Valpian l'administration du salicylate de bismuth qui, en qualité d'antizymotique, est reconnu être si précieux dans les diarrhées les plus diverses.

A la période d'état, alors que l'attaque de choléra est confirmée, il faut une médication un peu plus énergique. Cependant, "il ne faut pas croire que toute attaque de choléra réclame un traitement très actif. En toute épidémie il y a des cas légers et moyens dans lesquels la solution favorable s'obtient facilement." A cette période, il faut surtout combattre les troubles gastro-intestinaux, ce qui se fait au moyen de l'ipécacuanha à doses vomitives si l'attaque s'est montrée d'emblée, ou si les phénomènes prodromiques n'ont pas encore été traités. Ce médicament ne doit pas être administré plus d'une fois. "L'opium est encore un agent qui, au début de cette période, peut rendre de grands services. Il est indiqué tant qu'il n'existe pas encore un ralentissement notable de la circulation." La dose est de quinze à vingt gouttes de laudanum dans une potion, en portant, au besoin, la dose à trente et quarante gouttes en vingt-quatre heures. L'usage de l'opium ne peut être continué longtemps, parce que le médicament peut s'accumuler pendant l'attaque dans le tube digestif et être absorbé en masse au moment de la réaction." M. Hayem insiste ici beaucoup sur l'emploi du salicylate de bismuth à dose de trois drachmes par jour. Les purgatifs sont plus nuisibles qu'utiles. Le sulfure noir de mercure et le calomel sont incertains et peu efficaces.

Une des difficultés d'administration des médicaments à cette période vient du fait que les vomissements sont parfois abondants et fréquemment répétés, et s'opposent à l'introduction des substances par les premières voies. Aussi, pour tourner cette difficulté est-il indiqué d'employer les injections hypodermiques. La morphine devra surtout être administrée de cette façon, à dose de gr. $\frac{1}{2}$ qu'on renouvellera toutes les heures tant que la circulation sera suffisante. "La morphine me paraît d'autant plus précieuse, dit M. Hayem, qu'elle s'adresse à la fois à tous les symptômes : vomissements, diarrhée, anxiété, cardialgie, phénomènes nerveux. Elle pourra être utilisée tant que la période algide n'est pas nettement caractérisée, c'est-à-dire tant qu'il y a des chances d'absorption par le tissu cellulaire sous-cutané." Pour combattre plus efficacement les vomissements, glace pilée ou râpée, que le malade avale aussitôt, sans la laisser séjourner dans la bouche; bière frappée, champagne frappé, pris en petites quantités à la fois, par quart de verre, toutes les demi-heures. Un sinapisme au creux épigastrique favorisera également l'arrêt du vomissement.

Contre la 3^e période ou période algide, la thérapeutique reste la plupart du temps désarmée et impuissante. Ici il faut prendre en considération : 1^o l'état du sang dont la masse, par suite de l'énorme transudation de sérum par l'intestin, est considérablement diminuée, le liquide sanguin étant surtout privé de son eau et de ses sels, ce qui le rend épais; circulant à peine, épaissi, presque stagnant, le sang se surcharge alors d'acide carbonique et devient acide, comme l'a démontré

M. Straus; 2^o l'action probable du poison cholérique sur le système nerveux et sur le cœur qui est frappé d'adynamie.

L'on combat cette hyposthénie cardiaque au moyen des agents thermiques et des révulsifs : application de serviettes chaudes, frictions sèches, massage, etc. Dans les cas graves, le froid est plus efficace que la chaleur ; on frictionnera les malades avec de la glace pilée ou de la neige. En outre, l'emploi des excitants diffusibles : thé, café, alcooliques, ammoniacaux, éther, etc.

M. Hayem combat l'état du sang au moyen de l'injection intra-veineuse d'une solution de chlorure de sodium (5 parties pour 1000 d'eau), sorte de sérum artificiel destiné à remplacer celui qui a transsudé par la muqueuse intestinale.

Cet exposé du traitement préconisé par l'éminent professeur de la Faculté de Paris résume, à peu de détails près, toute la thérapeutique du choléra.

Ringer (1) vante l'emploi du camphre contre la diarrhée de la période initiale. Il donne de quatre à six gouttes d'esprit camphré toutes les dix minutes d'abord, jusqu'à ce que les symptômes aient cédé un peu, puis toutes les heures. Il le mêle quelquefois à l'eau de vie. Solis Cohen (2) recommande aux malades de résister autant que possible au désir d'aller à la garde-robe. Il est aussi d'avis que l'opium et son alcaloïde la morphine sont les meilleurs agents à employer dans la période d'état. Flint préfère donner la morphine en poudre, sur la langue. Contrairement à la doctrine de M. Hayem, Cohen (3) estime qu'un grain constitue rarement une trop forte dose pour un adulte, et qu'on doit la répéter si nécessaire, même au risque d'amener un peu de narcotisme. Flint est plus prudent et recommande des doses fractionnées, administrées comme il vient d'être dit. Il est opposé à la méthode hypodermique. Pour M. Bouchut (4), l'emploi de la morphine par la méthode sous cutanée s'adresse à ce qu'il appelle l'empoisonnement cholérique du système nerveux, les vomissements étant un effet du pneumo-gastrique, la diarrhée un effet du sympathique et les crampes un effet spinal. Or la morphine fait cesser les vomissements, les crampes et la diarrhée. M. Bouchut recommande une injection de morphine à gr. $\frac{1}{2}$ toutes les trois ou quatre heures.

Les inhalations d'oxygène et l'emploi, à l'intérieur, de l'eau oxygénée n'ont pas donné des résultats merveilleux et ne sont guère en faveur.

Bartholow est en faveur des injections intra-veineuses de lait, d'alcool et de sérum artificiel à la période algide. Contre la diarrhée et les crampes, il conseille une combinaison de morphine et de chloral, de même que l'emploi du nitrite d'amyle en inhalations.

En vue de la nature parasitaire du choléra et de la découverte par Koch du bacille-virgule, on se demande pourquoi les antizymotiques sont encore si peu en faveur dans le traitement de la première période du choléra asiatique. Le bichlorure de mercure, l'antiseptique du jour, ne pourrait-il pas être mis à contribution ? C'est la question que se pose Solis Cohen (5). A ce propos il rappelle le fait que Ringer se sert beaucoup d'une solution étendue de sublimé dans le choléra infantum et la diarrhée cholériforme.

(1) *Handbook of Therapeutics*. (2) *The Polyclinic*, vol. II, n^o 2.

(3) *loco citato*. (4) *Paris médical*, 9 août 1884.

(5) *loco citato*.

Quoiqu'il en soit de la valeur réelle de ces diverses méthodes thérapeutiques, on peut dire qu'un traitement satisfaisant est encore à trouver pour la majorité des cas, et que, pour le choléra comme pour la diphthérie, *some are bound to live and some are bound to die.*

Bureau central d'examens.

Quelques confrères, actuellement fixés aux Etats-Unis, et non encore possesseurs de la Licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, nous écrivent pour nous demander s'il est vrai que, à dater de l'automne prochain, nul ne pourra pratiquer la médecine dans la Province de Québec sans avoir au préalable, (s'il n'est déjà licencié du Collège) subi un examen devant le Bureau.

Nous leur répondrons que rien de tel n'a été décidé. La question du Bureau central d'examen pour l'obtention de la Licence du Collège ne reviendra devant le Bureau qu'à l'assemblée de septembre, et il se passera peut-être quelque temps encore avant qu'elle soit décidée. En cette occurrence, nos jeunes confrères des Etats-Unis auront tout le temps d'être avertis de la chose et de se pourvoir d'une licence avant la mise en force de la loi nouvelle.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer de nouveau le désir que ce Bureau central d'examens nous soit donné le plus tôt possible. Il y va de l'intérêt de la profession comme de l'intérêt du public. Tant que les universités et écoles de médecine donneront des diplômes conférant le droit de pratiquer, on devra s'attendre à voir, chaque année, un certain nombre d'incapacités se faufiler parmi l'élite de nos gradués. Actuellement, c'est presque une course au parchemin, et pour peu que cela dure, les diplômes vaudront ici ce qu'ils valent en certaines soit disant universités de la république voisine. On ne doit pas oublier non plus que nous avons à nous protéger vis-à-vis d'Ontario, où la loi médicale exige un examen de tout médecin n'ayant pas obtenu son diplôme dans une université ou école de médecine de la province. Exiger la même chose des gradués d'Ontario ne serait que justice.

Il se fait actuellement parmi nous un mouvement très prononcé vers le rehaussement du niveau des études médicales. L'Université McGill exige maintenant de ses élèves quatre années (de six mois chacune) de cours au lieu de trois comme ci devant. En outre elle rend obligatoire une des sessions d'été, celle de la troisième année. Ainsi, pour dix-huit mois de cours qu'exigeait autrefois cette institution, elle en exige maintenant vingt-sept. Nous félicitons cordialement l'Université McGill. L'initiative qu'elle vient de prendre lui fait le plus grand honneur, et nous souhaitons que cet exemple ne reste pas sans porter ses fruits ni sans avoir des imitateurs.

NOUVELLES MÉDICALES.

Les courses annuelles pour venir en aide à l'hôpital Notre-Dame auront lieu au Parc Lépine, le 27 courant.

Le Dr S. Geo. Paquin a laissé St-Frédéric, Beauce, et est allé s'établir à St-Sylvestre de Lotbinière.

Les cours de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal s'ouvriront le 1^{er} octobre prochain. Le discours d'ouverture sera prononcé par M. le Dr A. H. Pâquet.

En France, le choléra diminue d'intensité tous les jours. En revanche il s'est répandu en Espagne et en Italie où il exerce de très sérieux ravages.

La famille Astor a donné la jolie somme de \$200,000 à l'Hôpital des Cancéreux, récemment fondé à New-York.

Feu Samuel Swett, de l'état du Massachusetts, a légué \$100,000 à divers hôpitaux et dispensaires de Boston.

M^{me} la baronne Alquier vient de léguer par testament à l'administration de l'Assistance publique, à Paris, une somme de plus de cinq millions. Cette somme devra être affectée, d'après la volonté de la testatrice, à la fondation, à Paris, d'un établissement hospitalier qui porterait le nom de "Hospice Debrousse".

"L'ASSOCIATION BRITANNIQUE" pour l'avancement des sciences s'est réunie cette année à Montréal. Nombre de savants ont fait la traversée de l'Atlantique pour venir assister aux séances de la Société qui ont réuni un auditoire aussi nombreux que distingué.

M. H. Sugden Evans, de Montréal, a été nommé analyste en chef pour toute la puissance du Canada, conformément aux dispositions de l'Acte concernant la falsification des aliments et des médicaments.

Des poursuites ont été intentées, dans le cours du mois de juillet dernier, au nom du Collège des Médecins et Chirurgiens P. Q. contre Pierre Dion, charlatan, de la paroisse de Saint-Césaire, comté de Rouville, Gabriel Courchène, rebouteur bien connu, de la Baie du Febvre, et Théod. D. Whitcher, autre charlatan, de Beebe Plain, comté de Stanstead. Courchène en est à sa deuxième poursuite et Whitcher à sa quatrième.

On vient d'offrir à M. le professeur OSLER, de l'Université McGill, le poste important de professeur de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie (Philadelphie), en remplacement du prof. Wm. Pepper, appelé à d'autres fonctions. Si M. le Dr Osler accepte cette offre brillante qui est un haut hommage rendu à son talent, son départ sera vivement senti à l'Université McGill.

On nous informe aussi que l'on a demandé à M. Osler de vouloir bien se charger de donner les *Croonian Lectures*, à Londres, dans le cours de l'hiver prochain.

Faculté de Médecine de Paris.—M. LeFort, professeur de médecine opératoire, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale, laissée vacante par suite de la démission de M. Gosselin.

M. Duplay, ci-devant professeur de pathologie externe remplace M. LeFort dans la chaire de médecine opératoire.

Par décret en date du 30 juillet dernier, M. Lannelongue, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe en remplacement de M. Duplay. M. Armand Gautier est nommé professeur de chimie médicale en remplacement de feu M. Würtz.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les cours de la Faculté s'ouvriront le 1er octobre prochain, et se donneront dans l'ordre suivant durant le terme finissant à Noël.

Pathologie générale.—Dr E. P. LACHAPPELLE : 8 hrs, a.m., tous les jours.

Chimie.—Dr N. FAFARD : 9 hrs, a.m., tous les jours.

Toxicologie.—Dr H. E. DESROSNIERS : 9 hrs, a.m., tous les jours.

Anatomie descriptive.—Dr A. LAMARCHE : 10 hrs, a.m., tous les jours.

Anatomie pratique.—Dr J. E. BERTHELOT : de 2 à 4 hrs, P.M., tous les jours, après le 1er novembre.

Pathologie interne.—Dr J. P. ROTTOT : 3 hrs, p.m., tous les jours.

Pathologie externe.—Dr A. T. BROUSSEAU : 4 hrs, p.m., tous les jours.

Ophthalmologie et Otologie.—Dr A. A. FOUCHER : 5 hrs, p.m., tous les jours.

Cliniques.—HÔPITAL NOTRE-DAME.

Clinique ophthalmologique.—Dr A. A. FOUCHER : 10 hrs, a.m., tous les jours.

Clinique médicale.—Dr J. A. LARAMÉE : 11 hrs, a.m. Lundi, mercredi et vendredi.

Clinique externe.—Dr A. T. BROUSSEAU : 11 hrs, a.m., mardi, jeudi, samedi.

HOSPICE DE LA MISÉRICORDE.

Clinique obstétricale.—Dr A. DAGENAI. —Avertissement spécial.

Les cours se donneront, comme les années précédentes, à l'ancienne bâtisse de l'École Normale, rue Notre-Dame, en face de l'Hôtel-de-Ville. Le Séminaire de Québec doit faire commencer incessamment la construction des édifices universitaires sur la rue St-Denis, entre les rues Ste-Catherine et Dorchester. Ces édifices comprendront les facultés de droit et de médecine, musées, laboratoires, bibliothèques, salles de lecture, salons de réception, etc. Le coût en sera d'environ \$100,000.

Association Médicale Canadienne.—La septième réunion annuelle de cette association s'est tenue à Montréal dans le cours de la dernière semaine d'août. Les séances générales et les séances des sections ont réuni un grand nombre d'auditeurs.

La première réunion a été consacrée exclusivement à la lecture des rapports des différents comités : Nécrologie—Education—Climatologie et Santé publique—Déontologie—Publication—Médecine pratique—Chirurgie—Obstétrique—Thérapeutique.

Aux séances des diverses sections, les travaux suivants ont été lus et discutés.

SECTION DE MÉDECINE.—1° Des derniers progrès dans l'alimentation des enfants—Dr A. D. BLACKADER, Montréal.—2° Cas d'emprisonnement de l'utérus gravide dans le bassin, suivi d'avortement—Dr O. C. BROWN, Acton Vale.—3° De la septicémie puerpérale—Dr John CAMPBELL, Seaforth.—4° Réclame médicale et médicaments secrets—Dr JÉRUIS, Kingston.—5° De la méningite cérébro-spinale—Dr HARRISON, Selkirk, Ont.—6° De l'opiphagie et de son traitement—Dr Jephon LETT, Guelph, Ont.—7° De la maladie de Charcot—Dr COTTON, Swansville, Ont.—8° De quelques variétés de dyspnée dans la maladie

de Bright—Dr R. P. HOWARD, Montréal.—9^o *Materia cogitans*—Dr Henry HOWARD, Montréal.—10^o Du choléra asiatique—Dr MARSDEN, Québec.—11^o Deux cas de diabète insipide, dont un avec goître exophtalmique—Dr WORTHINGTON, Clinton, Ont.—12^o De quelques erreurs fréquentes en gynécologie—Dr GARDNER, Montréal.—13^o Des rapports entre la profession médicale et le public—Dr PLAYTER, Ottawa.—14^o De l'influence du climat du Canada sur la santé—Dr HINGSTON, Montréal.—15^o De la pneumonie considérée comme maladie infectieuse—Dr OSLER, Montréal.—16^o Présentation de cas—Drs R. L. MACDONNELL, GURD, REED, etc.

SECTION DE CHIRURGIE.—1^o Abscess de la paroi abdominale, originant dans le *diverticulum* de Meckel—Dr FENWICK, Montréal.—2^o De l'opération d'Estlander—Dr FULTON, Toronto.—3^o Du myxo-sarcome—Dr OLDRIGHT, Toronto.—4^o Petites notes chirurgicales—Dr RODDICK, Montréal.—5^o Ligature de l'artère tibiale antérieure dans un cas de fracture composée de la jambe—Dr SHEPHERD, Montréal.—6^o Des brûlures et de leurs conséquences—Dr GARDINER, London, Ont.—7^o Mode d'action et usages de la naphthaline—Dr James STEWART, Montréal.—8^o Notes relatives à cinquante cas de trépanation de l'apophyse mastoïde—Dr REEVES, Toronto.—9^o Des progrès les plus récents en chirurgie abdominale—M. Lawson TAIT, Birmingham, Angleterre.—10^o De la respiration par la bouche, ses causes, etc—Dr MAJOR, Montréal.—11^o De la paracentèse de la membrane du tympan—Dr PROUFOOT, Montréal.—12^o D'un parasite spécial dans un cas d'abcès de la cuisse—Dr BETHUNE, Wingham, Ont.—13^o Cas de lipome congénital du pied—Dr BLACKADER, Montréal.—14^o Cas de myome utérin—Dr GARDNER, Montréal.—15^o Cas obscur d'anévrisme fémoro-poplitée—Dr SHEPHERD, Montréal.—16^o Du catarrhe naso-pharyngien—Dr RYERSON, Toronto.—17^o De l'emploi de l'acide carbolique dans quelques maladies externes de l'œil—Dr BURNHAM, Toronto.—18^o De la kératoscopie comme moyen de diagnostic dans l'astigmatisme—Dr DESJARDINS, Montréal.—Du Jequirity dans l'ophtalmie granuleuse—Dr BULLER, Montréal.

Nous espérons pouvoir, dans notre prochaine livraison, donner à nos lecteurs un résumé de quelques-uns de ces travaux.

NAISSANCES.

BLAGDON.—A St-Philippe de Néri, le 11 août, la dame du Dr H. W. Blagdon, un fils.

GAUTHIER.—A Abbotsford, le 20 août, la dame du Dr H. Gauthier, un fils.

MIGNAULT.—A l'Isle-Verte, le 31 août, la dame du Dr L. D. Mignault (de Montréal), une fille.

DÉCÈS.

HAMELIN.—A Louiseville, le 27 juillet dernier, à l'âge de quatre mois et six jours Marie Ange, fille du Dr. J. L. L. Hamelin.

LADRIÈRE.—A Levis, le 31 juillet dernier, à l'âge de trois ans, Blanche, enfant de Dr J. E. Ladrière.

QUIMET.—A Ste-Rose, le 30 août dernier, à l'âge de quatre mois. Adolphe-Edmond, enfant du Dr E. Quimet.