

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

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

PREMIÈRE LEÇON.

Quelques notions générales de thérapeutique.—Les maladies et les malades.—La médication rationnelle et la médication empirique.

Nous commençons aujourd'hui, messieurs, une série de *leçons cliniques sur la thérapeutique générale*, qui ne seront, à proprement parler, que la continuation et le complément du cours didactique fait à la Faculté de médecine, mais auxquelles nous nous efforcerons de donner une portée plus pratique. Il va sans dire que nous ne pourrons, dans le court espace de temps qui nous est accordé durant ce terme, traiter à fond les quelques sujets dont nous allons nous occuper. Il nous faudrait, pour ce faire, un plus grand nombre de leçons. Nous essaierons cependant de tirer le meilleur parti possible du peu de temps que nous avons à notre disposition.

Je dis que ces leçons cliniques seront consacrées à la thérapeutique générale. En effet, je me suis proposé d'étudier avec vous quelques-unes des médications auxquelles nous avons le plus souvent recours dans la pratique de tous les jours. Ainsi nous examinerons successivement les médications *hypnotique, analgésique, expectorante, purgative, diurétique, diaphorétique et révulsive*. Nous verrons en quoi consistent ces médications, quels sont les principaux médicaments qui les composent, le *mode d'action général* de ces médications, etc., le tout applicable à la clinique. Et pendant qu'ici, dans ces leçons du vendredi, nous étudierons ainsi les médications, les autres jours, au lit des malades, nous étudierons les médicaments eux-mêmes, tels qu'appliqués au *traitement des maladies* et au *traitement des malades*. Ces deux mots, messieurs, résumant, à peu de choses près, pour nous, toute la thérapeutique, du moins, telle que nous la mettons en pratique ordinairement. En effet, de quelque côté que nous l'envisagions, le traitement s'adresse, soit à la maladie, soit au malade lui-même, soit enfin à la maladie en même temps qu'au malade.

Deux choses, entre autres, sont à considérer dans la thérapeutique d'une maladie : le traitement de la maladie elle-même, en tant qu'essence morbide (traitement pathogénique), et le traitement des accidents (traitement symptomatique).

Par traitement pathogénique, j'entends d'abord le traitement de la cause, si souvent, et parfois si intimement liée à la maladie elle-même. Enlever la cause, chaque fois que cela se peut, constitue la première de toutes

les indications. Ce n'est pas chose facile ni même possible, dans tous les cas. Ainsi la cause de la variole étant un micro-organisme dont la multiplication amène toute la série de troubles variés que vous savez, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de détruire ou d'enlever cette cause; impossible également d'agir sur le froid dont l'impression fugitive a produit, dans un cas donné, une pleurésie ou une angine. Dans ce dernier cas, la cause a disparu, et nous ne pouvons combattre que l'effet. En revanche, il est des cas où la cause peut être plus facilement enlevée, comme par exemple, dans l'intoxication saturnine, où l'on peut, la plupart du temps, faire éliminer hors de l'économie le plomb, source des accidents.

En second lieu, le traitement pathogénique comprend celui de la maladie elle-même en tant qu'essence morbide. Ici encore la tâche est des plus difficiles, soit parce que la nature intime des maladies nous échappe bien souvent, soit parce que, même alors que nous connaissons la nature des maladies, nous ne pouvons rien contre elle, ce qui arrive surtout dans les cas où la cause constitue toute la maladie. Vous le savez, nous en sommes encore aux conjectures et aux hypothèses, au sujet de la véritable nature de l'épilepsie. Après beaucoup de discussions, rien n'a été positivement admis comme certain. Or comment veut-on que l'on attaque dans son essence une maladie dont la nature intime nous échappe? La fièvre typhoïde, la variole, etc., nous sont mieux connues dans leur essence. A l'instar de la plupart des maladies virulentes, elles sont de nature *microbienne*; nous irons même jusqu'à admettre que ces microbes nous sont connus. Mais, malheureusement, ils échappent à presque tous les moyens que nous pouvons employer, soit pour les détruire, soit pour en empêcher la multiplication.

Il suit de là, messieurs, que *les médications spécifiques sont très rares*, ou, en d'autres termes, qu'*elles sont très rares, les médications qui s'adressent à la maladie en tant qu'entité, en tant qu'essence*. Cependant, il importe de se l'avouer, la tendance actuelle de la thérapeutique porte de plus en plus vers les médications spécifiques, parce que les études pathologiques du jour portent de plus en plus vers la découverte de l'essence même des maladies. Les doctrines parasitaires ont ouvert un champ très vaste aux chercheurs de théories et aujourd'hui, il est peut être inutile de le dire, l'on veut expliquer par la doctrine parasitaire ou toute autre doctrine semblable, la nature de la plupart des affections auxquelles est sujette notre chair mortelle. Naguère le choléra était considéré comme une affection inflammatoire pure et simple, et il n'était pas question du bacille-virgule. Aujourd'hui, le bacille est là, représentant à lui seul toute la maladie, et la médication doit d'abord s'adresser à lui. La tuberculose n'était pas généralement considérée comme maladie parasitaire avant la découverte de Koch. Maintenant, le bacille en est connu et il faut le combattre, ou du moins essayer de le combattre par une médication appropriée. Et que d'autres maladies sont dans le même cas!

A mesure donc que la nature intime et vraie des maladies tend à être mieux connue, leur thérapeutique tend à se faire spécifique. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elle soit plus efficace, attendu que nos moyens de traitement, nos remèdes etc., sont très souvent impuissants à combattre avec efficacité les micro-organismes, bacilles, leucomaines, etc., causes de tous ces désordres. Mais, il n'y a pas à en douter, nous sommes sur la

voie qui mène à la découverte des médications vraiment spécifiques. En voulez-vous un autre exemple ? Jusqu'à présent les deux seules médications spécifiques que nous possédions sont celles de la syphilis par le mercure et les iodures, et celle de la fièvre palustre par le sulfate de quinine; or ce sont là deux maladies virulentes, deux maladies parasitaires, comme l'ont démontré dernièrement les découvertes des bactériographes. Il était donc naturel de croire que les médicaments réputés efficaces contre ces maladies agissaient en vertu de propriétés anti-microbiennes; et c'est ce que l'avenir se chargeait de prouver. En tête des microbicides nous trouvons le mercure, et, dans la longue liste des médicaments de cette classe, l'iode et le sulfate de quinine. On a donc depuis fort longtemps, fait de la médecine anti-parasitaire.

Mais, me direz-vous, toutes les maladies ne sont pas *fonctions de micro-organismes*, et il en est qui, comme les inflammations, doivent être justiciables d'une médication pathogénique. Tel ne semble cependant pas être le cas, si l'on réfléchit un peu à la diversité des moyens mis en œuvre pour combattre les phlegmasies. Les unes réclament les antiphlogistiques, les autres les stimulants, d'autres encore les toniques vasomoteurs etc. Non, messieurs, il n'y a guère de thérapeutique pathogénique à instituer contre l'élément inflammatoire; celui-ci est d'ailleurs trop complexe pour qu'on le puisse combattre par un seul ordre de moyens.

Mais j'ai nommé tout à l'heure une médication qui, dans un très grand nombre de cas, est notre seule ressource: la médication symptomatique, le traitement des accidents. Un cas de variole se présente; le sujet qui en est porteur réclame les secours de l'art. Que ferons-nous? Impossible d'agir contre la cause qui, je l'ai dit plus haut, constitue dans ce cas toute la maladie. Il faudra se borner à faire de la thérapeutique symptomatique: abaisser la température si elle s'élève trop; calmer le pouls trop accéléré; soulager la prurit et la douleur locale, etc., etc. Voici un cas de péritonite aiguë. Est-il quelque médication s'adressant particulièrement à cette inflammation? Aucune. Nous nous guidons sur le traitement général des phlegmasies, et, ce faisant, n'instituons qu'une médication symptomatique: fomentations chaudes et révulsion, opium contre la douleur, etc. Nous n'en finirions pas s'il fallait énumérer toutes les maladies contre lesquelles nous ne pouvons malheureusement pas instituer d'autre traitement qu'un traitement symptomatique ou palliatif, ce qui est tout un. Au reste, vous aurez ample occasion de vous convaincre de ce fait au lit des malades, dans ce service de clinique.

Messieurs, si la médication des symptômes est fréquemment mise en pratique, si elle constitue, dans un très grand nombre de cas, tout ce que nous pouvons faire contre la maladie, il ne faut pas oublier le malade lui-même, mais nous souvenir, au contraire, qu'il doit, en maintes circonstances, avoir la plus grande part dans notre thérapeutique. Traiter telle maladie parce que c'est telle maladie, sans aucune acceptation des malades, c'est là le fait de ce que l'on a appelé les *médecins à tiroirs*. Pour ceux-ci, tous les cas de pneumonie se traitent de la même façon, par les mêmes moyens, par des médicaments toujours identiques; *idem* pour la pleurésie; *idem* pour la fièvre typhoïde, etc. Ce sera l'émétique, ce sera la saignée, ce sera le bain froid, que le sujet soit robuste ou débilité, pléthorique ou anémique. N'allez pas, mes-

sieurs, en agir de la sorte. N'oubliez jamais, je le répète, que le malade doit avoir la meilleure part du traitement, et que celui-ci doit nécessairement varier suivant les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'habitudes etc., dans lesquelles se trouve le sujet.

L'âge est une des principales conditions qui font varier les moyens thérapeutiques. Le traitement des maladies chez les enfants varie souvent de celui mis en usage chez les adultes ou chez les vieillards. Il est des médications qui sont tout à fait contr'indiquées chez ces derniers et qui, en revanche, donnent d'heureux résultats chez les adultes. L'influence du sexe sur le traitement, bien que moins manifeste, en général, n'est cependant pas contestable non plus. En instituant une médication quelconque chez la femme, il ne faut pas perdre de vue la grande fonction ovario-utérine dont les perturbations ont un retentissement considérable sur l'économie féminine toute entière, et exigent la plupart du temps une thérapeutique spéciale. Le traitement varie encore suivant que vous avez affaire à un tempérament nerveux, pléthorique ou lymphatique, et si la médication reste à peu près la même, les médicaments employés différeront suivant les cas.

Ce que nous appelons ordinairement *constitution*, exerce la plus grande influence sur le choix de la méthode thérapeutique. Une pneumonie, par exemple, ne se traite pas de la même façon, à ses diverses périodes, chez un sujet robuste et chez un sujet débilité. Au premier conviendront peut-être la saignée et les antiphlogistiques énergiques : l'émétique, la véraltrine, etc. ; au deuxième, vous appliquerez un traitement tonico-stimulant dès les premiers jours. Vous nous voyez, chaque jour, faire varier le mode de traitement du rhumatisme articulaire aigu, suivant que la maladie se montre chez un anémique, chez un alcoolique ou chez un sujet robuste.

Et les habitudes ! Et les diathèses !... Les habitudes alcooliques ne nous donnent-elles pas des indications spéciales de traitement, tout comme elles font varier les symptômes mêmes des maladies ? Les alcooliques sont des dégénérés qu'il faut stimuler et tonifier à tout prix. Quant aux diathèses, vous les voyez présenter, elles aussi, leurs indications particulières, chez les rhumatisants, les goutteux, les syphilitiques, les tuberculeux. Chez les rhumatisants, l'iode doit la plupart du temps entrer dans les médications destinées à combattre les diverses maladies ; de même, le mercure et l'iode chez les syphilitiques, les diathèses imprimant pour ainsi dire leur cachet spécial sur la physiologie générale des affections intercurrentes, et nécessitant l'emploi d'une médication spécifique conjointement avec la thérapeutique particulière à ces mêmes affections. Au reste, très souvent, la maladie inflammatoire ou fonctionnelle que vous rencontrez, chez un syphilitique, par exemple, n'est qu'une des mille et une manifestations de la syphilis et vous devez la combattre presque exclusivement par une médication spécifique. Ainsi en est-il des autres diathèses ou prédispositions morbides.

Que vous ayiez à combattre la maladie elle-même, dans son essence ou dans ses causes, ou que vous dirigiez votre traitement en vue du malade, faites en sorte, autant que possible du moins, d'instituer une thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire, basée sur la connaissance que vous avez de la nature de la maladie, de son évolution naturelle, des complications possibles ou probables, etc., ainsi que de l'action physio-

logique des médicaments et des remèdes en général. Raisonnez votre traitement comme vous avez raisonné votre diagnostic. N'administrez aucun médicament sans savoir d'une façon précise ce pourquoi vous le donnez et quel effet vous en attendez.

Messieurs, ce dernier conseil, que je vous donne pour acquit de conscience, est plus facile à donner qu'à suivre, comme vous ne tarderez pas à le comprendre. Il n'est malheureusement que trop vrai de le dire, l'état actuel de nos connaissances en fait de pathologie et de thérapeutique ne nous permet pas toujours de faire de la médecine rationnelle, et il arrive fréquemment que nous administrons tel ou tel médicament sans trop savoir comment il agit. Nous en attendons de bons effets, cela est certain, mais nous ignorons souvent comment ces effets sont obtenus. Tout ce que nous savons, bien souvent, c'est que, dans des cas analogues, le remède nous a réussi. Cette leçon de l'expérience, nous voulons la mettre à profit, sans nous inquiéter outre mesure de quelle manière nous allons provoquer l'effet désiré. C'est faire là, messieurs, de la *thérapeutique empirique*. N'abusez pas de cette médication pourtant, et s'il vous arrive de traiter vos malades de telle ou telle façon, d'avoir recours à tel ou tel remède, parce que l'expérience seule et non la raison vous dit vous réussirez, ne prenez pas de repos que vous n'ayez cherché et trouvé l'explication des faits observés. L'empirisme a rendu de grands services, il est vrai, mais aujourd'hui, les charlatans s'en sont emparé et l'exploitent sur une grande échelle; il ne nous appartient pas de le leur disputer.

En certains cas, il n'est pas indiqué d'instituer un traitement actif, ni même d'instituer aucun traitement, la maladie ne demandant qu'à être surveillée afin de parer aux accidents s'il s'en montre aucun. C'est la médication expectante. L'expectation n'est pas une méthode à proprement parler, et elle ne convient qu'à certains cas où la véritable nature de la maladie ne s'est pas encore affirmée, ainsi qu'à ceux où la maladie a une tendance naturelle vers la guérison. Mais tout en restant dans l'expectation, le médecin doit se tenir prêt à parer aux accidents probables ou possibles, c'est l'*expectation armée*. Laissez, si vous le jugez bon, la maladie évoluer naturellement, mais ne vous laissez pas surprendre par les complications.

Une dernière considération, messieurs, et j'aurai fini. Autant que faire se peut, le diagnostic doit toujours précéder le traitement. Il serait ridicule d'instituer toute une médication, si l'on ne savait pas à quoi s'en tenir sur la nature de la maladie qu'il s'agit de combattre; mais gardez vous de croire qu'il soit toujours facile d'établir un diagnostic dès le début. Souvent il faut remettre la chose au lendemain, puis encore au lendemain, quand ce n'est pas à huitaine. Dans ces cas, le traitement à instituer est tout expectant, et l'on ne fait que de la médication symptomatique, quand ce ne sont pas de simples *placebos*. Il faut donc se méfier d'une trop grande hâte à prescrire. Si le diagnostic se fait à tâtons, pour ainsi dire, le traitement se fera de même. Mais une fois la maladie bien reconnue, agissez hardiment, s'il le faut, et, encore une fois, efforcez vous de faire de la thérapeutique rationnelle, qu'elle soit pathogénique, symptomatique ou même expectante. Guidez-vous toujours sur les indications; sur elles doit se baser toute thérapeutique éclairée.

Dans la prochaine leçon nous aborderons l'étude de la médication hypnotique.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Accidents urémiques et émissions sanguines.—Clinique de M. LANDOUZY à l'hôpital de la Charité.—Nous avons, depuis quelques mois, dans nos salles, une femme âgée de quarante ans, employée de commerce, atteinte d'accidents urémiques, notamment de céphalées, de douleurs de tête fronto-pariétales, d'insomnies continuelles, etc. Le seul traitement qui la soulage, ce sont de petites émissions sanguines ou l'apparition des règles. De temps en temps enfin survient de la dyspnée, dyspnée urémique, et quelquefois aussi un peu de coma.

À ce propos, je voudrais consacrer cette leçon à une étude succincte des accidents urémiques considérés, non pas au point de vue doctrinal, mais au point de vue pratique, clinique.

Ces accidents sont très fréquents, beaucoup plus fréquents qu'on le dit généralement dans les livres; ils peuvent revêtir trois grandes formes: la forme gastro-intestinale, la forme cérébrale et la forme dyspnéique. Mais, en dehors de ces formes plus ou moins tapageuses, nous rencontrons fréquemment des accidents beaucoup moins bruyants, frustes, pour ainsi dire, à côté desquels on passe bien souvent sans s'en apercevoir.

Ainsi, dans le cours de la fièvre typhoïde, certains phénomènes morbides ne reconnaissent d'autre cause qu'un défaut de dépuration urinaire suffisante. Il en est de même chez les cardiopathes.

En ville, bien des malades continuent à vaquer à leurs affaires, alors qu'ils sont déjà en proie à des phénomènes suburémiques restés méconnus. Ainsi, l'année dernière, j'étais consulté pour un malade à la respiration oppressée, à la parole difficile, qu'il attribuait à une série de bronchites successives, dont la première avait été contractée, disait-il, à la suite d'une partie de chasse. Le moindre refroidissement, selon lui déterminait de la dyspnée. Or l'examen du thorax ne révélait rien: les poumons étaient parfaitement sains; le cœur était à peine le siège d'une très légère hypertrophie. Mais, par contre, ce malade était polyurique et la densité de ses urines, légèrement opalescentes, marquait seulement 1,004. Il existait un peu de néphrite interstitielle, et sa pseudo-bronchite allait de petites poussées en petites poussées légères, sans fièvre, dont le point de départ était l'organe rénal.

A peu près à la même époque, j'étais appelé à voir un ingénieur de Toulon, homme de grande activité, travaillant beaucoup, physiquement et intellectuellement. Il était venu pour affaires à Paris, et à sa arrivée il était pris d'une forte oppression qu'il attribuait à un refroidissement contracté en chemin de fer. L'examen de la poitrine ne révélait absolument rien malgré une apnée très grande. Point d'œdème, mais de la polyurie, des urines claires, un peu albumineuses et d'une densité de 1,007.

Un autre fait est celui d'une jeune femme depuis longtemps malade par suite de l'existence d'un corps fibreux de l'utérus qui donnait lieu

des hémorrhagies effroyables et fréquentes. Cette femme souffrait de névralgies extrêmement douloureuses, que l'on considérait comme dues à l'anémie profonde dans laquelle ses hémorrhagies l'avaient plongée. Mais elle avait parfaitement remarqué que ses douleurs névralgiques ne se manifestaient que dans l'intervalle des métrorrhagies. Dès lors il était facile de comprendre qu'elles étaient dues à une urémie menaçante, résultant du développement de son corps fibreux vers la partie postérieure du bassin, et de la compression qu'il exerçait sur les urètres. Les urines rendues s'élevaient à 4 litres par jour, leur densité était de 1.004.

L'urémie, comme vous le voyez, peut se cacher sous les formes larvées les plus différentes, et les accidents qu'elle détermine, comme je le disais tout à l'heure, peuvent porter sur les appareils cérébro-spinal, gastro-intestinal et thoracique. Ils sont corrélatifs d'une insuffisance fonctionnelle rénale, d'une insuffisance de la dépuraction urinaire, c'est-à-dire d'une urine contenant une quantité insuffisante d'*excreta*. Il y a, au point de vue des urines, sécrétion et sécrétion : il y a des urines dépurant l'économie, et d'autres qui ne la dépurent pas.

L'an dernier, nous avions en même temps et dans la même salle, deux malades : l'un, atteint d'une néphrite parenchymateuse avec œdème généralisé et accidents urémiques ; l'autre, un saturnin déjà traité sept ou huit fois dans les divers hôpitaux de Paris, était atteint de néphrite interstitielle sans le moindre œdème ; il était aussi sec que l'autre était infiltré, et chez lui les accidents urémiques étaient beaucoup plus graves.

Chez le premier, le rein était tellement mis à mal par un barrage élevé, que le fleuve rénal se trouvait arrêté dans son cours et débordait de tous côtés dans la plaine, et comme la tension artérielle était insuffisante à faire franchir l'obstacle, l'eau du fleuve se trouvait déversée dans les tissus, constituant ainsi l'œdème généralisé de notre malade. Le fait est si vrai que dès que nous pouvions, par une thérapeutique appropriée, lui soutirer une certaine quantité de liquide, immédiatement le niveau des eaux baissait. C'est là un cas où la théorie mécanique de l'urémie se trouve justifiée.

Mais, chez le second malade, les choses n'étaient plus les mêmes, et un traitement analogue, tel par exemple que la prescription, certain jour, de 30 gr. d'eau-de-vie allemande, déterminait des accidents urémiques tellement graves, que pendant quelques heures il était en péril de mort. Or chez lui le *mécanisme rénal* fonctionnait bien, mais ce qui manquait c'était la *sélection rénale*, l'écoulement aqueux était exagéré.

Vous voyez par ces divers faits que le traitement des accidents urémiques est loin de pouvoir être toujours le même, qu'il varie selon les conditions mêmes de l'urémie.

Quant à faire transpirer les malades, c'est là un moyen absolument insuffisant pour soutirer le principe peccant de l'économie. Bien plus, les sudations provoquées ont pour résultat, le plus souvent, d'enfoncer davantage les malades dans leurs troubles fonctionnels, parce qu'il n'y a aucune équivalence entre la sécrétion urinaire et la sécrétion sudorale.

Le hasard, en matière d'urémie, peut parfois nous servir. C'est lui qui, chez la femme au fibrome utérin, nous a montré que ses névralgies cessaient sous l'influence des hémorrhagies utérines, c'est lui qui,

chez un homme porteur d'hémorroïdes, nous a appris que les accidents urémiques diminuaient chaque fois que ces hémorroïdes saignaient ; c'est lui également qui nous montra l'heureuse influence du retour des règles, supprimées depuis plusieurs mois, chez une femme de la ville, goutteuse de par ses ancêtres jusqu'aux croisades, atteinte de néphrite interstitielle, souffrant de névralgies épouvantables, et plongée dans le coma. La mort paraissait imminente, lorsque tout à coup on la voit revenir à la vie, et chacun de crier au miracle, d'attribuer aux amulettes dont on avait couvert la malade cette résurrection, tandis que le véritable miracle était une métorrhagie spontanée telle que cette jeune femme était baignée dans le sang.

Or, de tous ces faits que résulte-t-il ? C'est que le meilleur traitement des accidents urémiques consiste dans l'émission sanguine ; je dis des accidents urémiques et non pas de la néphrite parenchymateuse ou interstitielle. L'émission sanguine s'applique aux accidents et pas à autre chose.

D'un travail très remarquable de M. Bouchard sur les matières extractives, il résulte que 1,600 grammes d'urine normale excrétés dans les vingt-quatre heures par un sujet adulte, renferment 50 centigrammes de ces matières extractives, chiffre égal à celui qu'enlèverait de l'économie une émission de 80 grammes de sang, tandis qu'il faudrait 250 grammes de sécrétion alvine liquide, ou 100 litres de sueur, pour arriver au même résultat.

Vous voyez donc par là combien, de tous les moyens préconisés contre les accidents urémiques dont je viens de vous parler, l'émission sanguine, soit par une sangsue, soit par deux ou trois ventouses scarifiées, soit par la lancette, est le seul rationnel, le plus certain et le plus rapide au point de vue du résultat.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement du cancer de l'estomac.—Voici, selon von SLINTZING, d'après quels principes ce traitement est établi à la clinique du professeur ZIEMSEN. Ce traitement est symptomatique ; il faut d'abord, et avant toute autre chose, s'occuper du régime. Contrairement à ce qu'a dit Leube, Ziemsen a toujours remarqué qu'une alimentation sèche est bien mieux supportée qu'une alimentation liquide. Dans ces conditions, le problème à résoudre, c'est que les malades boivent le moins possible. Au premier déjeuner, ils ne prendront qu'un peu de lait ou de café ; au repas suivant, on se gardera de leur permettre la soupe. Cette nourriture sèche est ordinairement bien supportée et produit moins de vomissements que l'alimentation liquide. On donne ce qui est le plus facile à digérer, en ayant soin de changer aussitôt que l'aversion se manifeste ; il vaut mieux faire manger peu et souvent. Pour soutenir les forces, on emploie le vin, de préférence le Bordeaux pur. En général, le jus de viande produit très vite la satiété et la répugnance. Aussi longtemps que les médicaments sont supportés, on donnera la macération de condurango avec les précautions indiquées par Friedrich ; c'est un bon stomachique ; il est vrai qu'à une certaine époque il est bien difficile de soutenir longtemps la nutrition et les forces. Inutile d'espérer une rétrocession de la tumeur ; le mieux qui puisse arriver, c'est que, par suite de l'amélioration de la nutrition, elle puisse subir un temps d'arrêt. Dans les cas avancés, où l'appétit est complètement supprimé, où la douleur et l'affaiblissement consti-

tuent les accidents les plus formidables, la glace et les narcotiques sont indiqués. Les pilules de glace et les gouttes de morphine sont bien supportées pendant un certain temps; quand celles-ci ne le sont plus, les injections sous-cutanées sont indiquées. On commence par de petites quantités, mais il n'est pas rare qu'on arrive parfois à des doses énormes, 10 centigrammes par exemple en quatre ou cinq injections. Les lavements de bouillon qu'on a souvent donnés dans ces conditions n'ont guère conduit, jusqu'à ce jour, qu'à des résultats peu satisfaisants.—*Memorabilien et Paris médical.*

Signe du sou dans la pleurésie.—M. le professeur PITRES a décrit un signe d'auscultation qui peut rendre de grands services dans le diagnostic de la pleurésie et que voici: "Le malade est assis, et tandis qu'on s'appête à ausculter en arrière, un aide placé en avant applique un sou sur la peau du thorax aux points qu'on lui indique et le percute à petits coups. L'oreille opposée aux points correspondants de la région dorsale suit attentivement cette percussion du côté sain d'abord, puis du côté malade et sur toute la hauteur de ces derniers. Déjà à distance l'on perçoit une tonalité notablement plus élevée du côté où siège l'épanchement; mais pour l'oreille qui ausculte, dans l'immense majorité des cas, la perception nette du bruit métallique indique la présence d'un liquide dans la plèvre, sa perception nulle au contraire son absence. Confirmatif, et non plus indispensable, quand déjà l'on a pu ajouter aux autres données classiques celle de la perte des vibrations thoraciques, ce signe est jusqu'à présent le seul qui puisse les suppléer dans les cas, si fréquents chez la femme, où l'émission de la voix plus ou moins affaiblie et sa transmission plus difficile à travers l'embonpoint sous-cutané ne sauraient fournir au médecin aucune indication. Il exige évidemment de sa part une étude attentive de ses nuances, afin de conserver toute sa valeur quand il s'agit de décider si la thoracentèse est opportune. Mais ce n'est pas plus difficile que toute autre étude d'auscultation."—*Journal de méd. et de chir. prat.*

Résolution incomplète de la pneumonie.—M. le professeur JACCOUD a, depuis longtemps, attiré l'attention sur les conséquences graves que peut avoir la résolution incomplète de la pneumonie aiguë, soit en raison de sa transformation possible en pneumonie chronique, soit au point de vue du développement consécutif de la tuberculose. C'est cette dernière éventualité qui s'est produite chez un malade dont l'histoire, fort longue, datant de vingt et un mois, est par cela même très complète. Cet homme, âgé de trente-cinq ans, fort et vigoureux, entre dans les salles pour la première fois en 1884, atteint d'une pneumonie survenue dans des conditions particulières; il était tombé dans un égoût où il avait absorbé forcément des matières putrides, lorsque le soir même il fut pris de frisson, de fièvre et de point de côté. C'était donc une pneumonie strictement accidentelle, assimilable à un véritable traumatisme et n'impliquant aucune prédisposition, contrairement à ce qu'on observe ordinairement. L'affection fut grave aussitôt, soit par son étendue, soit en raison de l'intoxication du début, et pendant plusieurs jours la dyspnée intense, l'aspect noirâtre des crachats et surtout leur fétidité extrême firent redouter la gangrène du poumon. Cependant la lésion pulmonaire garda son caractère, mais ce ne fut que le dou-

zième jour qu'il se produisit un indice de défervescence. Toutefois, celle-ci fut très peu marquée; la fièvre persista irrégulièrement, sans modification des phénomènes locaux, et c'est seulement le trente-neuvième jour qu'elle cessa complètement. A plusieurs reprises, pendant cette période, dans la crainte de la tuberculose, on avait cherché les bacilles caractéristiques, mais sans les trouver.

A partir de ce moment, la fièvre ne reparut plus, l'état général s'améliora assez rapidement, eu égard à la gravité de l'affection, mais la résolution restait incomplète, et si le lobe inférieur s'était un peu modifié, le lobe moyen restait toujours à l'état stationnaire; néanmoins, à la fin du troisième mois de son affection, le malade, dans de très bonnes conditions de santé, put quitter l'hôpital, conservant pourtant son foyer pneumonique avec souffle et râles fins; l'examen des crachats fait encore, à plusieurs reprises, n'indiqua pas la présence des bacilles. Malgré ces bonnes conditions apparentes, M. Jaccoud considéra le pronostic comme grave au point de vue du développement très probable de la tuberculose, la résolution du foyer, à une époque aussi avancée, étant devenue impossible. Et, en effet, après quinze mois d'une santé excellente, pendant lesquels il avait pu reprendre son pénible métier de maraîcher, cet homme fut pris de diarrhée abondante, d'hémoptysie, de toux; la voix s'altéra, l'appétit se perdit, et quand il entra à l'hôpital, l'examen de la poitrine permit de constater facilement l'invasion de la tuberculose aux deux sommets, qui avaient cependant été respectés par la pneumonie, de plus, les crachats contenaient les bacilles caractéristiques.

L'hémoptysie qui a été le phénomène initial de cette nouvelle phase a coïncidé avec un traumatisme, un coup violent reçu sur la poitrine. Il est difficile de dire ici quelle a été l'influence exacte de ce traumatisme. Mais, si elle a été réelle sur l'hémoptysie, elle n'est guère vraisemblable pour la tuberculose, bien qu'il soit démontré que dans beaucoup de cas, le traumatisme a une action sur cette affection. Mais ici la tuberculose reconnaît une toute autre origine, et les circonstances dans lesquelles elle s'est produite rendent ce cas particulièrement intéressant.

On est assuré, en effet, que la tuberculose n'existait pas avant la pneumonie et n'a pas même existé pendant une longue période qui lui a suivie, ce qui démontre bien qu'il n'y avait chez cette homme aucune prédisposition: il est donc devenu tuberculeux, uniquement parce qu'il a conservé dans le poumon une lésion banale, reliquat de sa pneumonie.

Des faits de cet ordre ont été signalés depuis longtemps, mais le point important c'est que la tuberculose peut survenir, quelque franche qu'elle pu être la pneumonie qui a laissé ses reliquats. Il faut, en effet, pour que le bacille tuberculeux trouve un terrain favorable à son développement, une des deux conditions suivantes: ou bien une détérioration organique de tout l'individu, qui affaiblit les tissus, ou une lésion localisée qui agit de même; il faut un foyer qui serve de point de fixation de germination au bacille. Or, c'est la seconde de ces conditions qui a été réalisée chez ce malade, et on peut affirmer qu'il ne serait pas devenu tuberculeux s'il avait résolu sa pneumonie.

C'est là le côté important de ces reliquats qui sont beaucoup moins rares qu'en ne le croit. Quand on n'abandonne pas trop tôt l'ausculte

tion, on voit qu'ils persistent souvent. On en a un autre exemple chez un autre malade du service, atteint de pneumonie, qui n'a eu de fièvre que pendant neuf ou dix jours, mais qui est arrivé à la sixième semaine, sans que sa résolution fût accomplie. Dans ce fait, cependant, tout espoir ne doit pas être perdu, car M. Jaccoud a vu des cas dans lesquels on a observé la résolution après deux mois et demi; le fait est très rare, il est vrai, mais possible, et on doit en tenir compte au point de vue du pronostic. Après cette période, la résolution reste définitivement incomplète, sauf peut-être chez les enfants où l'observation montre qu'elle peut être plus tardive encore.

Cette question de la résolution incomplète est donc une des plus importantes au point de vue de la pratique médicale, d'autant plus qu'étant compatible avec un bon état général, elle peut passer facilement inaperçue. Un médecin n'a donc pas fini sa tâche lorsqu'il a conduit son malade à la défervescence fébrile. La résolution fébrile et la résolution pulmonaire ne coïncident d'ailleurs jamais; cinq à dix jours les séparent habituellement, et c'est cette période qu'il faut mettre à profit pour favoriser ce travail organique par tous les moyens possibles.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

Toux d'hiver, emploi de la térébène.—Le Dr William MURRELL emploie le traitement suivant contre la toux rebelle qui atteint certains individus, lorsque ceux-ci s'exposent au moindre froid, et dure d'une façon persistante pendant tout l'hiver, pour reparaître même souvent plusieurs années de suite. Il administre à ces malades de la térébène pure, substance qui se prépare en faisant agir l'acide sulfurique sur l'essence de térébenthine. C'est un liquide incolore, d'une saveur agréable, d'une odeur rappelant celle du bois de sapin fraîchement scié. Il est insoluble dans l'eau, mais comme on le prescrit à petite dose, on peut le faire prendre sur du sucre.—La meilleure façon de l'administrer, c'est de la donner sur un morceau de sucre, en commençant par cinq ou six gouttes toutes les quatre heures et en augmentant progressivement jusqu'à vingt gouttes. C'est en général la dose maximum, bien que cette substance n'ait que peu ou pas d'action toxique. On peut encore l'administrer sous forme de pulvérisations, dans ce cas, en faisant inhaler de trente à soixante grammes par semaine. On peut aussi la donner sous forme d'émulsion avec de la gomme adragante et de l'eau, de façon que trente grammes d'émulsion contiennent quatre grammes de térébène, et l'on administre quinze grammes de cette émulsion quatre fois par jour.

La térébène employée soit pure, soit en pulvérisations, a toujours donné des résultats excellents immédiats; cependant dans les cas chroniques invétérés, il faut continuer le traitement pendant plusieurs semaines. Dans la phthisie, l'auteur a obtenu les meilleurs résultats dans les cas où il existait des indurations anciennes. Chez ces malades, il faisait inhaler la térébène sur du coton qui en était imbibé. Dans l'emphysème, avec sécrétion bronchique abondante, la térébène facilite la respiration, rend les sécrétions plus liquides et en favorise l'expectoration.

Dans le coryza, la fièvre de foin, le catarrhe nasal, par l'emploi des pulvérisations faites avec de la vaseline liquide mélangée à parties égales de térébène, d'essence de cubèbe et d'essence de santal, les résultats ont

été excellents. Comme expectorant, la térébène est très efficace, employée en inhalations, le matin, quand les muqueuses sont recouvertes d'une sécrétion épaisse et visqueuse. Elle modifie également la voix d'une façon très favorable.—*British Med. Journal.*

Emploi de la nitro-glycérine dans les diverses formes de néphrite.—Le Dr. F. P. KINNICUTT, à la suite d'une communication à ce sujet faite devant l'Académie de Médecine de New-York, présente les conclusions suivantes: 1. La nitro-glycérine, donnée à petites doses fréquemment répétées, a paru être un agent efficace quand il s'est agi d'abaisser la pression sanguine dont l'élévation est fréquemment associée aux symptômes urémiques. 2. Mieux que l'opium et le chloral la nitro-glycérine contrôle ou soulage les troubles nerveux paroxystiques compris sous le nom d'urémie, surtout l'asthme et la céphalalgie. 3. Dans la forme interstitielle et la forme parenchymateuse, elle a pour effet d'augmenter la proportion d'urine sécrétée, et de diminuer par contre celle de l'albumine. 4. Nous avons dans la nitro-glycérine un bon moyen de maintenir d'une manière plus ou moins continue l'abaissement de la pression sanguine, améliorant de la sorte les symptômes les plus alarmants et prolongeant la vie. Pour ce qui est de l'administration de la nitro-glycérine dans la néphrite chronique, la force d'une seule dose ne doit pas être telle qu'elle produise des symptômes subjectifs, or ceci ne peut être déterminé que par un examen attentif de l'action du remède dans chaque cas. Il est bon néanmoins, de temps à autre, de pousser une dose au point de produire des symptômes subjectifs, afin de constater si le système n'en serait pas venu à tolérer le remède; s'il le faut, on augmente la dose.

Le Dr W. H. DRAPER, absent, mais ayant été mis au courant des faits présentés par l'auteur, envoie une note qui est lue par le Dr W. M. Carpenter et dont voici une analyse succincte. Le Dr Draper a eu maintes occasions de constater les bons effets de la nitro-glycérine dans la céphalalgie et l'asthme urémiques. D'après l'expérience qu'il en a, il n'y a aucun doute à entretenir au sujet du soulagement rapide et réel produit dans ces cas par la nitro-glycérine qui, bien qu'elle ait manqué son effet alors que l'opium a réussi, doit cependant être préférée à celui-ci dans les cas où elle réussit. D'après lui, la nitro-glycérine aurait fait défaut dans des cas de maladie avancée, la fonction rénale étant à peu près épuisée et le cœur très affaibli. Quant au pouvoir qu'aurait le médicament d'arrêter la marche de la néphrite interstitielle, le Dr Draper n'a que fort peu d'expérience à ce sujet. Il est d'avis que de nouvelles observations sont nécessaires pour établir le fait que la nitro-glycérine diminue la proportion d'albumine dans l'urine. En outre, il n'est pas prêt à dire que la nitro-glycérine, comme stimulant du cœur, possède de grands avantages sur l'alcool, l'opium et la digitale, ainsi que l'a avancé le Dr Burroughs.

Le Dr C. L. DANA a surtout employé la nitro-glycérine contre les maladies nerveuses, mais il a eu dernièrement occasion de s'en servir dans six cas de maladie rénales. Il l'a aussi administrée à cinq sujets en parfaite santé, dans le but de déterminer ses propriétés diurétiques; or, chez tous, elle a rapidement et décidément augmenté la sécrétion de l'urine, mais il a fallu la donner à haute dose. Dans deux des cas d'affection rénale, avec symptômes aigus, celle-ci étant probablement

greffée sur une lésion chronique, la nitro-glycérine n'a pas produit de diurèse. Donnée à forte dose, ce médicament a augmenté la quantité d'urine sécrétée, l'augmentation continuant pendant deux ou trois jours après la cessation du remède, et diminuant ensuite graduellement.

Le Dr KINNICUTT attire l'attention sur le fait que quelques spécimens de nitro-glycérine sont assez incertains quant à leur action, et qu'il faut les mettre d'abord à l'épreuve en les donnant de manière à ce qu'ils produisent des symptômes physiologiques.—*Therapeutic Gazette*.

De son côté, le Dr BOURGINSKI tire les conclusions suivantes d'observations qu'il a prises dans la clinique du professeur Manasseïne au sujet de l'action de ce médicament dans le traitement des néphrites et surtout des néphrites interstitielles ;

1. La nitro-glycérine à petites doses diminue la quantité d'albumine dans les urines éliminées en vingt-quatre heures ;
2. La quantité d'urine des vingt-quatre heures augmente par l'emploi de la nitro-glycérine. Cette augmentation se maintient encore quelque temps après qu'on a cessé l'emploi de ce médicament.
3. Les doses progressivement élevées de nitro-glycérine ont une influence encore plus grande sur la diminution de l'albumine ;
4. On n'a pas observé que le médicament eut une influence quelconque sur le poids spécifique de l'urine, ni sur le poids des malades ;
5. La nitro-glycérine n'a aucune action fâcheuse sur l'état général du malade, si ce n'est qu'une légère céphalalgie survient les premiers jours du traitement, céphalalgie du reste passagère.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la cyphose des adolescents.—Clinique de M. le professeur VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié (1).

A. *Application soudaine du froid.*—A l'aide d'une serviette imbibée d'eau à 10° ou à peu près, et jetée sur la région dorsale, depuis la nuque jusqu'à la région lombaire, ou encore au moyen d'une douche froide administrée en versant brusquement sur le dos, et d'une certaine hauteur, un arrosoir d'eau fraîche. Il est bien entendu que les vraies douches hydrothérapiques et les bains de mer à la lame reçue sur le dos seraient préférables encore à ces expédients qui n'ont que l'avantage d'être utilisables partout.

Il est à peine nécessaire de dire que les applications froides seront très courtes, immédiatement suivies de frictions et de l'enveloppement nécessaires à l'établissement de la réaction ; enfin administrées surtout en été, et interdites ou suspendues à la moindre contre-indication.

Si l'on emploie l'hydrothérapie à titre de tonique ou de reconstituant, on projettera le jet sur les gouttières vertébrales et la partie postérieure du thorax, pendant huit ou dix secondes. On pourrait encore utiliser, pour obtenir une réfrigération subite et facile à circonscrire, la pulvérisation éthérée pratiquée au niveau des muscles faibles pendant quelques secondes.

B. *Massage.*—*Frictions.*—L'enfant couché sur le ventre, on exercera

(1) Suite et fin.—Voir le numéro de mai.

des manipulations et des frictions sèches ou stimulantes sur les gouttières vertébrales et toute l'étendue du dos, en faisant au préalable croiser les bras sur la poitrine pour écarter autant que possible les omoplates et étaler leurs muscles.

C. *Electricité*.—C'est à coup sûr un des agents les plus puissants pour la reconstitution musculaire; on emploiera les courants interrompus en suivant les règles si bien tracées par Duchenne (de Boulogne). Le médecin devra faire au moins les premières séances, mais il pourra bientôt se faire assister par les parents ou quelque personne intelligente de l'entourage; il devra d'ailleurs, pour faciliter la tâche, marquer les lignes où les réophores devront être posés; il réglera de même la durée, la fréquence des séances et le degré d'intensité des courants. En commençant on emploiera les courants faibles tous les deux jours, pendant six à huit minutes, suivant le nombre de muscles à exciter. L'action principale s'étendra de chaque côté de la ligne médiane, depuis la troisième cervicale jusqu'à la dixième dorsale.

D. *Gymnastique physiologique*.—Agent thérapeutique de la plus grande valeur. Elle comprend deux procédés.

Le premier consiste à créer une résistance contre laquelle on fera lutter les muscles affaiblis: c'est ce qu'on appelle la "gymnastique de l'opposant." Dans le cas actuel, pour fortifier les extenseurs de la région cervico-dorsale, on courbe en avant et on maintient ainsi avec la main la tête de l'enfant, puis on lui commande de faire effort pour se redresser. De même, si on veut faire contracter les trapèzes, on prend les deux bras, on rapproche les coudes au devant du thorax et on commande à l'enfant de faire effort pour rapprocher les coudes derrière le dos. Et ainsi de suite.

Dans le second procédé, le plus simple peut-être, on commande certains mouvements précis que peuvent seuls produire les muscles qu'on veut mettre en jeu. On fait exécuter dans chaque séance huit à dix fois les mêmes mouvements; on maintient pendant dix à quinze secondes l'attitude produite par la contraction musculaire, puis on commande le repos, c'est-à-dire la cessation de l'effort, et, cinq à dix secondes après, on recommence le mouvement.

Voici la succession de mouvements et d'attitudes actives que j'emploie avec grand succès dans la cyphose même assez avancée.

L'enfant debout, les bras pendants, les pieds rapprochés comme dans la position du soldat sans armes, exécutera la série d'actes qui suit:

1^o Grande inspiration dilatant et portant en haut et en bas la partie supérieure du thorax;

2^o Projection en arrière de la tête, du cou et de la partie supérieure du tronc;

3^o Rapprochement forcé des coudes en arrière, les avant-bras étant dans la demi-flexion;

4^o Effort d'extension générale du rachis, comme si l'on voulait se grandir et toucher avec le sommet de la tête un plan situé au-dessus d'elle;

5^o Élévation du corps sur la pointe des pieds;

6^o Pendant huit à dix secondes, marche à petits pas dans cet état de redressement partiel du corps;

7^o Relâchement soudain, en s'arrêtant, de tous les muscles contractés;

8^o Repos de huit à dix secondes, et reprise de la série.

Pour concourir au même but, je recommande également un exercice, préconisé du reste depuis longtemps, et qui consiste à faire marcher les enfants avec un fardeau plus ou moins lourd qu'ils doivent porter en équilibre sur la tête.

Dans les premiers temps, le moniteur, médecin ou parent, fera exécuter ces mouvements, l'enfant étant nu jusqu'à la ceinture, de façon à ce qu'on puisse bien suivre l'action des muscles ; ou bien l'enfant répétera lui-même sa gymnastique devant une glace. Plus tard on pourra faire les séances avec le corps recouvert de vêtements ordinaires.

On peut répartir de la manière suivante les divers moyens énumérés plus haut : tous les matins, application du froid et séance gymnastique ; le soir, électrisation et massage des masses musculaires. Dans la journée, la marche pendant quelques minutes avec le fardeau sur la tête. Il sera bon de faire travailler l'enfant devant un pupitre élevé, ce qui le forcera à tenir la tête droite et le haut du corps en extension.

Je ne puis quitter le sujet sans aborder la question des appareils orthopédiques. A mon sens, ils sont tout à fait incapables, à eux seuls, de guérir la cyphose, et quand on croit avoir obtenu, à leur aide, cet heureux résultat, c'est que la maladie avait grande tendance à guérir d'elle-même, chose moins rare qu'on ne le pense. En revanche, ces appareils aident à la cure et empêchent les attitudes vicieuses de se reproduire et de s'exagérer, les ligaments de se distendre et de se relâcher dans le temps qui s'écoule entre l'application nécessairement intermittente des moyens s'adressant à la contraction musculaire.

Sous ce rapport les corsets, les cuirasses, et même les plaques dorsales, peuvent rendre des services. Il va de soi que ces appareils doivent être amovo-inamovibles, pour permettre l'emploi du froid, de l'électricité, du massage, etc. Je rejette donc les appareils plâtrés, dextrinés, silicatés permanents, à moins qu'on ne les sépare ultérieurement en deux valves représentant la cuirasse des cuirassiers ; encore faudra-t-il, au moment de leur confection, tenir le tronc en extension, à la manière de Sayre, de New-York.

Si je n'admets qu'exceptionnellement les appareils orthopédiques, j'attache moins d'importance encore aux attitudes passives et au décubitus sur les lits spéciaux, avec ou sans extension forcée du rachis, ces moyens ne concourant nullement à la restauration musculaire. J'accepte le repos horizontal et le décubitus dorsal sur un lit ferme, dans les cas où existe, sur quelque point du rachis, une douleur due vraisemblablement à quelque distension ligamenteuse, ou un peu d'arthrite concomitante. En ce cas, la révulsion locale peut avoir son utilité ; on se servira surtout, à cet effet, des badigeonnages réitérés de teinture d'iode. C'est en pareil cas que les appareils temporairement placés peuvent servir.

Il est bien inutile, je pense, de parler de la ténotomie qui, jamais que je sache, n'est indiquée dans la cyphose. Cette opération appartient à l'histoire, et c'est tout ce qu'on peut en dire de moins désobligeant.

Comme vous pouvez le croire, j'associe toujours, dans la limite du possible, l'hygiène, le régime et la médication pharmaceutique à la liste des moyens locaux ; le séjour au grand air et l'alimentation convenable sont de précieux adjuvants. Toutefois, j'évite soigneusement de tomber dans la ridicule manie du jour, qui consiste à voir chez tous les enfants de la faiblesse, de l'anémie, du lymphatisme, et qui conduit, par le vin, la viande, le quinquina, le fer, etc., à une tonification à outrance,

dont les résultats déplorables s'accroissent de jour en jour pour qui sait les voir.

Chez l'enfant que vous avez sous les yeux, par exemple, l'herpétisme, si manifeste, exige une tout autre médication : les sulfureux, l'arsenic, les narcotiques légers pour les bronches, seront particulièrement indiqués ; les bains de mer seraient détestables. Les eaux Pyrénéennes légères ou la Bourboule, en revanche, feraient sans doute merveille.

En tout cas, les parents seront prévenus que la cyphose doit être d'ordinaire traitée pendant de longs mois, surtout dans la seconde enfance, et tant que se fait l'accroissement du rachis en longueur. En revanche, on peut leur promettre la guérison comme prix de leur persévérance et de leur obéissance aux prescriptions médicales, guérison d'ailleurs possible pour les pauvres comme pour les riches, dans le fond des campagnes comme dans les grandes villes.

Vous remarquerez, en effet, et vous me permettrez, en terminant, d'insister sur ce point, vous remarquerez, dis-je, que si j'ai parlé de cuirasses élégantes sortant de chez nos meilleurs fabricants, de bains de mer ou de station aux eaux minérales, en un mot de choses coûteuses, on peut arriver à d'excellents résultats avec une somme très abordable pour tous les budgets.

Les familles pauvres auront toujours à leur disposition l'eau fraîche et la serviette dorsale, les frictions et les manipulations musculaires, qui ne coûtent pas plus que la gymnastique physiologique. L'électricité exige une pile qui vaut un peu plus d'un louis, et que le médecin, d'ailleurs, peut prêter. Si enfin il fallait contenir le rachis, le même médecin construirait sans peine, avec quelques mètres de tarlatane et un kilo de plâtre, une attelle dorsale qui remplirait très suffisamment le but.

Ainsi donc, à l'avenir, plus d'excuses pour les parents ni pour les praticiens qui négligeraient ou laisseraient s'aggraver une cyphose commençante, puisque, en tout lieu, en tout temps, et dans toutes les conditions sociales, il est possible d'instituer un traitement efficace, bénin et facile.

Vous m'avez bien souvent entendu prêcher pour ce que j'appelle la démocratisation de la chirurgie, c'est-à-dire pour la possibilité de voir la grande majorité des praticiens entreprendre des cures chirurgicales regardées à tort comme trop malaisées et abordables seulement aux chirurgiens de profession et aux spécialistes.

Vous savez encore que pour arriver à cette diffusion, à cette décentralisation, à cette abolition du monopole, je suis toujours en quête des moyens simples. Si je ne me trompe, les pages précédentes feront rentrer la cyphose dans le cadre des affections que chacun de vous pourra traiter et guérir sans trop de peine.—*Gazette médicale de Paris.*

Des injections antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie, par le Dr. BOURGEOIS.—Dans ce mémoire, l'auteur préconise les injections uréthrales antiseptiques (surtout au permanganate de potasse), employées dès le début de la blennorrhagie, c'est-à-dire dès que le malade vient consulter, ce qui n'arrive guère avant le troisième ou quatrième jour. Plus tôt est appliqué le topique anti-parasitaire, moins longue sera l'affection. Le traitement antiphlogistique et émollient des premiers jours deviendrait ainsi inutile.

Les trois solutions dont s'est servi avec succès M. BOURGEOIS, qui accorde la préférence à la première, sont les suivantes : 1o. Permanganate de potassium, 5 centigrammes; eau distillée, 100 grammes; 2o. liqueur de Van Swieten, 10 grammes (sublimé, 1 centigramme); eau distillée, 190 grammes; 3o. sulfate de quinine, 1 gramme; eau distillée, 80 grammes. On doit s'administrer quelques injections par jour : une le matin, au réveil; une à midi, une à sept heures du soir, et l'autre dans la nuit. L'injection ne doit pas être prise froide, mais il suffit, pendant le jour, de porter sur soi le flacon qui la contient, et la nuit, de le mettre sous son oreiller. Plus fréquemment répétées, les injections fatiguent inutilement le canal.

Sur quarante-deux blennorrhagiens, traités dès le début par le permanganate de potassium, tous ont guéri complètement, sans rechute, sans complication aucune, en dix-neuf jours en moyenne (les termes extrêmes sont six et trente jours). Des malades, autres que des soldats, doivent compter une quinzaine de jours de traitement, car il faut continuer encore les injections pendant quelques jours après que tout écoulement a disparu. La solution de sublimé et celle de sulfate de quinine ont donné à M. BOURGEOIS des résultats sensiblement analogues : l'antipyrine (en solution au $\frac{1}{100}$) semble guérir plus vite encore, mais elle détermine des érections qui obligent de renoncer à ce médicament. Quant à la décoction de tabac à fumer, elle échoue à peu près complètement. C'est donc au permanganate de potassium qu'il faut donner la préférence, non seulement à cause de ses propriétés rapidement curatives, mais aussi à cause de son prix élevé, et de sa coloration particulière, qui le distingue d'autres liquides et que l'on voit facilement dans la seringue de verre; un peu d'eau de savon ou de jus de citron enlève instantanément les taches qu'il peut produire sur les doigts ou sur le linge.

Après quelques considérations sur les seringues à injections ordinaires, et sur les poires en caoutchouc, l'auteur proclame comme tout à fait recommandable le manuel opératoire d'injections, développé par le professeur Guyon dans ses leçons et dans sa thèse sur l'*Urétrite chronique*, c'est-à-dire la petite seringue de verre injectée en deux moitiés, dont la première, qu'on laisse s'écouler immédiatement, est destinée simplement à laver le canal, et dont la seconde doit rester quelques minutes dans l'urèthre antérieur. Par contre, il regarde comme peu pratique le procédé de M. Diday qui, en outre, fatigue le canal.

M. BOURGEOIS a imaginé aussi un autre *modus faciendi*, qui lui a, dit-il très bien réussi. Il introduit de huit à dix centimètres, une sonde cylindrique no. 15 à 20, perforée aux deux bouts et sans yeux latéraux, enduite d'une pommade à la vaseline et à l'iodoforme; puis adaptant le bec de la seringue à la sonde, il pousse doucement le liquide antiseptique, à mesure qu'il retire la sonde. L'air contenu dans celle-ci, et chassé au-devant du liquide, servirait à protéger l'urèthre postérieur contre toute invasion intempestive. Au bout de deux ou trois fois, le malade arrive à se faire lui-même cette petite opération.

“Quant à la blennorrhagie chronique, dit M. BOURGEOIS, il n'y a actuellement pour elle aucune thérapeutique plus efficace que celle du professeur Guyon par les instillations de nitrate d'argent...” — *Arch. de méd. et de pharm. militaires.*

Exostose de croissance ou des adolescents.—Clinique de M. le professeur RICHET à l'Hôtel-Dieu.—Je veux vous parler d'une malade chez laquelle un diagnostic précis est très difficile.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, blanchisseuse, qui est entrée il y a un mois dans le service et qui est couchée au lit n° 18 de la salle Notre-Dame. Cette jeune fille, rose et fraîche, aux joues rebondies, n'avait jamais été malade, lorsque, il y a trois mois, elle éprouva tout-à-coup de vives douleurs dans le tibia gauche, douleurs nocturnes surtout et telles qu'il lui était impossible de mettre le pied à terre.

Une quinzaine de jours plus tard environ, elle s'aperçut, sur un point du tibia situé à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une petite tuméfaction, laquelle, très douloureuse, augmenta assez rapidement, devint grosse comme une noisette, puis comme une noix, enfin comme un œuf coupé par le milieu. Après quoi elle diminua beaucoup, dit-elle, spontanément, sans qu'elle ait été l'objet d'aucun traitement, mais les douleurs persistèrent ainsi que l'impossibilité de marcher; bref, cette jeune fille se décida à entrer à l'hôpital il y a un mois.

J'avoue que je ne crois pas beaucoup à cette évolution que je viens de vous raconter d'après le récit de la malade elle-même.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui nous constatons, sur la face interne du tibia gauche, l'existence d'une tumeur grosse comme une aveline fendue par la moitié, tumeur non pédiculée mais sessile, très dure, très douloureuse, offrant une température un peu plus élevée que toute autre partie du membre (sensation parfaitement appréciable à la main) et présentant un peu de rougeur.

À quel genre de tumeur pouvons-nous la rapporter? En l'absence de tout ramollissement, vu sa dureté, je ne crois pas qu'il s'agisse d'autre chose que d'une exostose, ou d'une périostose si vous le préférez. En tout cas, ce n'est pas une gomme. Mais de quelle nature est cette exostose? Syphilitique? La malade a dix-sept ans, elle est blanchisseuse, mais elle n'a jamais eu de douleurs rhumatoïdes, jamais d'éruption cutanée, et un examen général ne nous a rien fait découvrir qui puisse nous faire soupçonner la syphilis. Néanmoins, comme l'expérience nous rend avec raison très défiant, nous avons cru devoir instituer chez cette malade, et peu de jours après son arrivée, le traitement spécifique, c'est-à-dire par l'iodure de potassium à haute dose à l'intérieur et les onctions avec l'onguent napolitain. Les résultats ont été absolument négatifs.

Mais, si ce n'est pas de la syphilis, qu'est-ce donc? Une ostéomyélite, dont la suppuration dans le canal médullaire aurait soulevé la paroi du tibia au niveau du point malade? Mais nous aurions alors de l'ostéite au-dessus et au-dessous, tandis que nous ne constatons aucune déformation du tibia, aucune augmentation de son volume normal.

Donc nous serions quelque peu embarrassés dans notre diagnostic, si nous ne savions qu'il existe une variété d'exostoses, dont j'ai déjà parlé ici à maintes reprises, que Broca a appelé l'exostose de croissance et à laquelle j'ai donné le nom d'exostose des adolescents. Le lieu d'élection de ces exostoses est au niveau de l'union de l'épiphyse avec la diaphyse; on les rencontre ordinairement sur le tibia et le fémur.

Cependant il y a des exceptions et j'ai eu assez récemment l'occasion

d'en observer un exemple développé sur l'épine de l'omoplate d'un de nos malades ; de sorte qu'ici je serais assez disposé à considérer aussi la tumeur de cette jeune fille comme une exostose de croissance, développée anormalement au point de vue de son siège, développée peut-être aussi à la suite d'un coup dont la malade n'aurait pas gardé le souvenir.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs doivent être traitées comme les autres exostoses, c'est-à-dire par l'abrasion. Je le ferai d'autant plus volontiers ici que les moyens antiseptiques dont nous disposons permettent la réunion des plaies osseuses.

Donc, du premier coup, je vais inciser la peau et le périoste et, au moyen de la spatule d'Ollier, j'irai soulever le périoste tout autour de l'exostose, j'écarterai avec soin les lèvres de la plaie et, avec une gouge à main, rabotant complètement le tibia, j'abraserai la totalité du tissu exubérant. J'unirai la surface osseuse, je laverai la plaie avec le sublimé et placerai deux points de suture pour obtenir la réunion par première intention.

Cette observation n'est pas un fait unique, mais elle m'a paru intéressante par sa rareté eu égard au siège occupé par la tumeur.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement de l'anthrax, sans incision, par la méthode antiseptique, par Daniel MOLLIERE, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.—On a longtemps discuté sur l'opportunité du traitement opératoire de l'anthrax. Si nous voulions résumer ici tout ce qui a été écrit sur ce sujet, cette simple note prendrait de singulières proportions. Je me bornerai donc à rappeler que sur ce point beaucoup de doutes persistent. Et ceux qui comme Velpeau sont partisans de l'incision hâtive sont encore les plus nombreux. Rappellerai-je cependant toutes les hésitations de James Paget, qui, partisan de l'expectation dans les premières éditions de ses Cliniques, semble, dans la dernière, celle qui a été traduite en français, devenir interventionniste ? Rappellerai-je aussi qu'à Lyon, depuis Bonnet, et peut-être même depuis Pouteau, l'on a largement employé le fer rouge ? Faut-il aussi citer la méthode d'exception qu'appliqua jadis Gensoul et à laquelle j'ai eu recours plusieurs fois, l'extirpation ?

La discussion de ces diverses méthodes me paraît aujourd'hui oiseuse, parce que nous savons quelle est la véritable nature de l'anthrax, ce qu'ignoraient ceux qui nous ont précédés. L'anthrax est la conséquence de l'évolution d'un microbe, aujourd'hui nettement défini.

C'est en partant de ce principe que, depuis plus d'une année, je traite l'anthrax par la méthode antiseptique. Si les lésions sont déjà profondes, si sous un vaste foyer d'anthrax cutané se sont formés des abcès sous-cutanés, l'intervention chirurgicale est de rigueur. Il faut débrider, drainer, cautériser. Il faut, en un mot, obtenir à tout prix une désinfection complète.

Quand le parasite n'a encore envahi que la peau, les indications ne sont plus les mêmes. On peut faire avorter la lésion et enrayer l'évolution de l'anthrax.

C'est ce que j'ai fait pour des anthrax des membres et du dos. Mais là où ce traitement abortif a une importance bien plus considérable, c'est lorsqu'il s'agit des anthrax de la face.

L'anthrax de la lèvre supérieure est de tous le plus grave. On sait qu'il détermine des phlébites, qui deviennent mortelles en se propageant par la veine faciale jusqu'aux sinus encéphaliques. Aussi bon nombre de chirurgiens n'hésitent-ils pas à enrayer par le fer rouge la marche de cette redoutable affection.

Le nommé X..., âgé de 33 ans, vint se présenter à moi le dimanche 31 janvier 1886. Mon ami le docteur Rabot ayant constaté chez lui un anthrax de la lèvre supérieure, à marche rapide, l'avait engagé à entrer au plus tôt à l'hôpital. Ayant débuté par un petit bouton acnéiforme cinq jours auparavant, la lésion avait pris depuis huit jours une marche aiguë, envahissante.

Quand il se présenta à moi, il avait une fièvre ardente. Sa lèvre supérieure était uniformément tuméfiée. Il y avait de l'œdème de la joue droite. La douleur était intense, le malade redoutait le moindre contact. On apercevait sur la surface tuméfiée une soixantaine de petits cratères, et par leur orifice on pouvait voir des bourbillons. La marche de la lésion avait été très rapide.

Je pris le parti d'enrayer l'évolution de cet anthrax par la méthode antiseptique.

Faisant solidement maintenir la tête de cet homme par un aide, j'exerçai sur sa lèvre des pressions excessivement légères pendant qu'un jet de solution de sublimé au millième était dirigé sur la surface morbide.

Je pus ainsi faire sortir quelques bourbillons et un peu de pus sans amener une goutte de sang.

Je fis ensuite une pâte d'acide borique qui fut appliquée sur toute la surface malade et laissée jusqu'au lendemain, maintenue avec un tampon de coton salicylé et une bande de tarlatane aseptique.

Le lendemain, la tension avait disparu, la douleur aussi. Je pus, par des pressions modérées et sans faire souffrir le malade, exprimer encore quelques bourbillons. Même pansement antiseptique que la veille, avec l'acide borique.

Le troisième jour, la plaie était indolente et souple. Elle présentait l'aspect d'une lèvre atteinte de mentagre parasitaire.

Le même pansement fut renouvelé tous les jours.

Le onzième jour le malade a pu quitter l'hôpital, complètement guéri, portant sur la lèvre une croûte squammeuse formée par de l'épiderme et de l'acide borique. (C'est ce jour même qu'il fut présenté à la Société des sciences médicales.)

Avant la notion parasitaire que nous ont donné les expérimentateurs, l'anthrax que portait cet homme n'eût été justiciable que du feu ou des incisions profondes, c'est-à-dire d'une intervention chirurgicale sérieuse, entraînant après elle des cicatrices difformes. L'application rigoureuse de la méthode antiseptique a suffi.

Nous avons déjà guéri par cette méthode non opératoire bon nombre d'anthrax. Mais nous avons tenu à attendre ce fait éminemment démonstratif pour proposer comme méthode générale le traitement de l'anthrax par les pansements antiseptiques, et nous tenons d'autant plus à le préconiser qu'il est infiniment plus facile que le traitement opératoire et qu'il est à la portée de tous.—*Lyon médical.*

Statistique des opérations pratiquées en 1885, à l'hôpital Bichat,
 par M. TERRIER.—Sur 223 opérations, parmi lesquelles s'en trouvent
 100 de très sérieuses, il y a eu 27 décès : 1 cancer de la langue et du
 plancher de la bouche (mort de pneumonie), 1 cancer du sein, 2 her-
 nies étranglées (l'une de choc, l'autre de péritonite), 5 laparotomies
 exploratrices (mort par péritonite ou coma), 1 uréthrotomie interne
 (mort par tuberculose), 7 ovariectomies, 4 hystérectomies abdominales,
 1 opération de Battey, 2 hystérectomies vaginales (mort par hémor-
 rhagies), 2 néphrectomies, 1 amputation de cuisse (mort par tubercu-
 lose généralisée).

M. Terrier fait suivre cette statistique de réflexions particulières sur
 l'ovariotomie ; il termine par les conclusions suivantes :

1^o L'ovariotomie se pratique non seulement sur les femmes de vingt
 à quarante ans, c'est-à-dire en pleine vie sexuelle, comme nous l'avons
 déjà fait remarquer en analysant nos premières séries de 25 ovario-
 tomies, mais souvent aussi entre quarante et cinquante ans, voire même
 au-delà. Si bien que 77 p. 100 des opérées ont trente à 60 ans, et
 qu'une proportion notable d'ovariotomisées ont passé la ménopause ;

2^o Les kystes ovariens, même doubles, influencent peu la mens-
 truation, sauf, comme je l'ai déjà dit, dans le cas où l'état général est
 altéré. Les résultats fournis par l'analyse de nos première, deuxième
 et quatrième séries de 25 ovariotomies ne plaident pas en faveur de la
 conclusion que j'avais cru devoir formuler à propos de la troisième
 série, à savoir une diminution de la fécondité chez les femmes porteurs
 de kystes ovariens. Cette question reste à étudier ;

3^o L'évolution des tumeurs et les accidents qu'elles déterminent sont
 des plus variables. Toutefois une évolution rapide semble donner lieu
 à des phénomènes locaux et généraux plus accusés ;

4^o L'ascite résulte non seulement des tumeurs solides ou des végéta-
 tions polypiformes des ovaires, mais aussi du cancer concomitant du
 péritoine et de la dégénérescence de la paroi kystique de certaines
 tumeurs kystiques. Cette altération de la surface des néoformations
 kystiques paraît développer une péritonite chronique avec hypersécré-
 tion de la séreuse, une irritation péritonéale, comme on l'a dit ;

5^o Les accidents pleurétiques, précédant ou suivant l'intervention
 chirurgicale, ne sont pas exceptionnels et méritent de fixer l'attention
 des chirurgiens, en ce sens qu'ils ne paraissent pas trop explicables, au
 moins jusqu'ici ;

6^o Les troubles de la miction sont assez exceptionnels et ont moins
 d'importance que ceux de la sécrétion urinaire. La diminution com-
 porte un pronostic réservé, et son altération par la présence de l'albu-
 mine, fût-elle en très petite quantité, paraît d'un pronostic très grave.
 Notons que nous n'avons pas rencontré de glycosuries sur les 100
 opérations que nous avons analysées jusqu'ici ;

7^o Les opérations incomplètes, comme nous l'avons déjà dit, donnent
 toujours des résultats médiocres et sont d'un pronostic sérieux.

Peut-être pourrait-on améliorer ces résultats en pratiquant, comme
 nous l'avons fait dans les deux cas, des ligatures atrophiantes sur les
 pédicules vasculaires des tumeurs qu'on ne peut enlever ;

8^o Quoi qu'on en ait dit, la méthode de Lister nous paraît parfaitement

applicable à l'ovariotomie, et les résultats que nous en avons obtenus jusqu'ici plaident absolument en faveur de cette conclusion ;

9^o Le volume des tumeurs de cette série a été fort variable, de 17 kilogr. 500 à moins de 1 000 grammes ;

10^o Cinq de nos opérées ont succombé. La mort résultait de péritoïte suppurée ou non suppurée dans deux cas seulement ; un décès est dû à l'épuisement produit par un cancer généralisé du péritoïne, un autre à des hématémèses abondantes de cause inconnue, l'autopsie n'ayant pas été faite ; enfin une opérée est morte très rapidement épuisée par la perte de sang résultant de l'opération ;

11^o La coïncidence de kystes ovariens et de lésions malignes, soit du péritoïne, soit du côlon, doit être signalée, en ce sens que, dans quelques cas, il paraît y avoir une relation directe entre les deux affections.—*Gazette des hôpitaux.*

Trépanation pour fracture ancienne du crâne.—*Société de chirurgie.*—M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une observation envoyée par M. Routier à ce sujet. Il s'agit d'un employé de chemin de fer, tamponné quatre ans auparavant, et ayant eu, du fait de ce traumatisme, outre des fractures diverses des membres, un enfoncement du crâne au niveau de la région fronto-pariétale. Depuis quelques mois cet homme, jusqu'alors bien portant, éprouve des douleurs continues et intenses dans la tête ; il a des vertiges et des pertes de connaissance. M. Routier a appliqué deux couronnes de trépan et fait sauter le pont intermédiaire. Les os étaient extrêmement épais et déprimaient les méninges en un point sans les avoir du reste autrement altérées.

L'opéré a guéri de sa trépanation sans aucun accident et a été de suite débarrassé de ses douleurs et vertiges. Il serait aujourd'hui revenu complètement à la santé, s'il n'avait eu depuis quelques hémoptysies. C'est là un nouvel exemple de l'innocuité et de l'utilité incontestables de la trépanation, alors qu'on n'a pour ainsi dire trouvé rien d'anormal du côté des méninges. M. Lister rapportait dernièrement l'observation d'un malade qu'il trépana pour des troubles cérébraux ; bien que la couronne de trépan ne révélât rien de particulier du côté de l'encéphale et de ses enveloppes, la guérison n'en survint pas moins heureusement.

L'année dernière, un homme qui avait eu une fracture du crâne vingt-cinq ans auparavant se présenta à M. Lucas-Championnière, disant que pendant les cinq premières années qui suivirent son accident, il n'avait éprouvé aucun trouble, mais que depuis lors il éprouvait des douleurs intolérables partant de sa fracture et s'irradiant à toute la tête et la face, et que de plus il était sujet à des pertes de connaissance. Le malade fut d'abord soumis à l'usage du bromure de potassium pendant plusieurs mois, mais n'en retira aucun effet, et finalement, après avoir refusé la trépanation, il dut la réclamer. M. Lucas-Championnière appliqua deux couronnes de trépan au point le plus douloureux, et trouva simplement quelques adhérences réunissant les méninges aux os. Il les réduisit, lava largement le foyer à la solution phéniquée, mit un drain et un pansement de Lister par dessus le tout. La guérison de la plaie se fit très rapidement.

Dès le cinquième jour, le malade, revenu du choc opératoire, éprouva

une véritable béatitude, et depuis il n'a plus eu ni douleurs ni vertiges.

M. VERNEUIL a vu ces jours derniers un jeune homme qui l'avait déjà consulté en 1878. A cette époque il portait un enfoncement dans la région frontale du crâne déterminé par un choc violent reçu deux ans auparavant. Ce garçon jouissait d'une excellente santé et ne présentant aucun trouble, M. Verneuil conseilla naturellement de ne rien faire. En 1881, le malade a été pris de crises de céphalgie en même temps que d'attaques épileptiques avec accès d'étouffement. La région du front est dans le même état qu'en 1878, et de plus il existe en un point une zone très douloureuse. M. Verneuil a proposé de faire la trépanation, mais le malade s'y est refusé. Malgré un traitement interne des mieux combinés, biomure de potassium, sangsues, aloès à l'intérieur, etc., aucune amélioration ne s'est produite, et il est certain actuellement que le trépan seul pourra soulager le malade.

M. PERRIN n'est pas plus partisan de la trépanation tardive que de la trépanation hâtive. Il rapporte à l'appui de son opinion deux faits de militaires ayant eu des fractures du crâne par éclat d'obus, et ayant échappé aux premiers accidents de ce genre de blessures. Plusieurs années après, ces malades ont eu des phénomènes de céphalgie, de vertiges, de pertes de connaissance, l'un d'eux fut même hémiplegique et aphasique. Dans les deux cas, le bromure de potassium a suffi pour faire tout rentrer dans l'ordre.—*Praticien.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Prophylaxie des déchirures du périnée chez les primipares.—

Le Dr J. A. TEMPLE publie ce qui suit dans le *British Medical Journal*.—

Pendant de longues années, j'ai été beaucoup désappointé dans l'emploi des divers moyens prophylactiques des déchirures périnéales, et après avoir soigneusement étudié la question, j'en suis venu à la conclusion que le seul moyen efficace est d'empêcher le mouvement d'extension de la tête de se produire et de forcer, pour ainsi dire, celle-ci à naître en flexion forcée.

Chez les primipares, l'orifice vulvaire est petit et résistant, de sorte que l'occiput dans son mouvement de descente n'atteint pas l'arcade pubienne (comme cela a lieu chez les multipares) avant le début du mouvement d'extension; comme résultat de cette même extension le long diamètre occipito-frontal, qui mesure environ quatre pouces et demi, est obligé de traverser le périnée, et est suivi du fronto-mentonnier qui mesure environ trois pouces et demi, ce qui fait en tout une portion de cercle d'environ huit ou neuf pouces de long. Ceci, tout naturellement, tend au possible le périnée et l'orifice vulvaire, et c'est alors que la rupture est apte à survenir.

Pour prévenir cette tension exagérée dans les cas où j'ai raison de craindre une déchirure, j'ai pour habitude d'appliquer le court forceps aussitôt que la tête est arrivée au plancher du bassin et au moment précis où la distension va commencer; alors, portant les manches du forceps en arrière, le fléchis le menton du fœtus sur la poitrine, tandis que, en même temps, je tire légèrement en bas et en arrière. De cette

manière, l'occiput naît le premier, le menton restant appliqué sur la poitrine; ceci a pour effet d'amener le diamètre cervico-bregmatique (3½ pouces) dans l'orifice vaginal, et d'épargner au périnée un pouce de distension ou même davantage. Cette méthode m'a donné d'excellents résultats, et depuis trois ans, je l'enseigne à mes élèves.

Des versions et des flexions utérines.—Clinique de M. le docteur Pozzi, à l'hôpital de Lourcine (1).— Nous arrivons, de la sorte, à la partie la plus intéressante et la plus controversée de cette leçon; je veux parler du traitement. Et tout d'abord, la femme ayant de la métrite, par quelle affection devez-vous commencer? Par la déviation ou par l'inflammation de l'utérus? A mon avis, car cette question est différemment résolue par les auteurs, ce n'est que lorsque la métrite sera réduite à ses proportions les plus minimes que vous serez autorisés à agir sur la déviation. Par conséquent, ordonnez le repos, les bains et les émissions sanguines qui, en certains cas, vous seront excessivement utiles. Cela fait, le plus important, comme vous devez le prévoir d'après tout ce que je viens de vous dire, n'est pas tant de redresser l'utérus que de lui donner de la stabilité. Si donc, après plusieurs tentatives, vous ne parvenez pas à remettre l'utérus dans une rectitude absolue, ne vous obstinez pas davantage, cherchez surtout à le rendre immobile et, lorsque vous serez arrivé à ce résultat, laissez la femme tranquille.

Ceci dit sur les principes directeurs du traitement, entrons dans le vif de la question. Elle se divise en trois parties: traitement gymnastique, orthopédique et hygiénique. Le premier consiste dans le redressement de l'utérus, soit par les manœuvres du médecin, soit par celles du malade. Pour arriver au résultat désiré, des instruments spéciaux ont été construits. Eh bien, ils sont tous inutiles, car ils peuvent être tous remplacés par la sonde. Comment agirez-vous? Vous essaierez de passer, avec votre hystéromètre, dans l'intérieur du canal dévié en inclinant votre manche de telle ou telle façon, suivant que vous aurez affaire à une courbure antérieure ou à une déviation postérieure; et en lui donnant, si besoin est, un peu plus de courbure. Dès que vous serez arrivé à passer, il vous suffira de retourner votre cathéter afin de redresser l'utérus. Inutile de vous dire que, dans tous ces temps, il faut agir avec beaucoup de douceur, et ne pas chercher à redresser complètement l'utérus dans une seule séance. Et maintenant, la position à donner à la femme différera suivant que vous aurez affaire à une antéflexion ou à une rétroflexion. Dans l'antéflexion, vous ferez coucher la femme sur le côté gauche, la tête reposant sur le bras gauche, la jambe gauche étant étendue et la jambe droite fléchie. Dans la rétroflexion ou dans la rétroversion, par contre, la femme devra être accroupie sur les genoux et sur les coudes, pour les deux raisons suivantes: d'abord parce que l'utérus tend à tomber en avant, et en deuxième lieu, parce que, le vagin étant béant, la pression atmosphérique peut agir sur les intestins. Votre utérus, de cette façon, ayant été jusqu'à un certain point redressé en une dizaine ou en une vingtaine de fois, vous devez, après chacune de vos séances, donner à votre malade une bonne situation. Avez-vous eu affaire à une antéversion, recommandez à la femme de se tenir toute la journée couchée sur le dos et même de retenir son urine de façon à

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

agir sur la face antérieure de l'utérus. Vos efforts, au contraire, se sont-ils tournés vers une rétroflexion, couchez votre malade sur le ventre et conseillez-lui de prendre l'habitude de dormir dans cette position ou bien sur le côté.

Le traitement orthopédique se fait au moyen des ceintures et des pessaires. Et tout d'abord les ceintures. Règle générale, on peut dire que toute femme atteinte de déviation se trouve toujours bien de leur emploi par la raison que l'utérus cesse d'être mobile. Conseillez donc, en premier lieu, de s'entourer obliquement le ventre de haut en bas et d'arrière en avant avec une bande de flanelle. Ayez recours, ensuite, à la ceinture abdominale, soit en tissu élastique, soit en toile, suivant la tolérance de chacun. Quoiqu'il en soit, dans tous les cas, il faut, une fois appliquée, qu'elles conservent l'obliquité indiquée ci-dessus; aussi, la plupart du temps, les munit-on de sous-cuisses pour les empêcher de remonter. Enfin, dans les cas d'antéflexion, n'oubliez pas d'employer la ceinture hypogastrique.—*Praticien.*

Sur le traitement des kystes de l'ovaire par les injections de chlorure de zinc.—*Société de chirurgie.*—M. TERRILLON présente une pièce pathologique sur laquelle on peut se rendre compte des effets des injections irritantes dans les kystes multiloculaires de l'ovaire. Elle provient d'une malade chez laquelle on fit pour la première fois, il y a huit ans, une injection de chlorure de zinc pour un kyste que l'on crut uniloculaire en raison du volume énorme de la poche principale. Depuis, les ponctions et les injections irritantes ont été souvent répétées, et chaque fois la malade a ressenti des douleurs extrêmement vives. La malade a succombé à la suite de suppuration du foie. On peut voir que la poche ovarienne est ratatinée et qu'elle a perdu son épithélium. Cette absence d'épithélium explique sans doute l'absence de paralbumine dans le liquide extrait par les dernières ponctions.

M. TRÉLAT considère comme déplorable la pratique des injections caustiques dans les kystes de l'ovaire; l'ovariotomie est de beaucoup préférable.

M. GILLETTE pense que les injections caustiques peuvent donner un bon résultat, lorsque se trouvant inopinément en face d'un kyste multiloculaire, le chirurgien ne peut, après la laparotomie, l'enlever dans sa totalité. Dans un cas récent de ce genre, M. Gillette a tenté de détruire la portion restante par les injections caustiques; il tiendra ses collègues au courant de ce qui se passera.

M. TERRIER est opposé au traitement des kystes ovariens par les injections caustiques. Pour le cas particulier de M. Gillette ces injections, sans être aussi nuisibles que dans les cas où le kyste n'a été l'objet d'aucun traitement, resteront néanmoins sans résultat. La guérison ne pourra pas être obtenue, il restera une fistule persistante. Cette durée de l'affection s'explique facilement, car il est démontré que les tumeurs multiloculaires ne sont autre chose que des épithéliomas.—*Praticien.*

Des névralgies du sein.—Clinique de M. le docteur TERRILLON à l'hôpital de la Charité.—A côté des tumeurs du sein proprement dites, si souvent justiciables de la chirurgie et qui entraînent avec elles un pronostic quelquefois très grave, on observe dans cette région un

groupe d'affections plus bénignes décrites par les auteurs, depuis Astley Cooper, sous le nom de névralgies de la mamelle.

Cette qualification ne s'applique pas en effet à une maladie toujours la même, et si dans son histoire le symptôme douleur tient le premier rang, il n'en est pas moins vrai qu'il existe en même temps d'autres caractères qu'il faut savoir reconnaître, afin d'en tenir compte pour porter un pronostic raisonné et instituer un traitement efficace. Comme dans toutes les affections douloureuses, vous aurez généralement affaire à des malades préoccupées de leur état; et dans ces cas particuliers, chez les femmes qui viendront vous consulter, cette préoccupation sera causée non tant par la douleur que par la crainte de voir se développer chez elles une tumeur du sein.

Je profite aujourd'hui de l'occasion qui se présente à nous d'observer un de ces faits, pour attirer votre attention sur ce sujet, l'étudier avec vous et tâcher d'établir des divisions qui pourront vous servir plus tard dans votre pratique.

Vous m'avez vu examiner une jeune fille de 19 ans qui se plaignait de douleurs vives dans le sein droit. Ces douleurs dataient de dix mois. Elle venait nous consulter surtout parce qu'elle redoutait l'existence d'une tumeur. Cette jeune fille avait les deux seins très développés, tendus, le sein du côté droit paraissait un peu plus gros que celui du côté gauche. Elle avait, nous disait-elle, dans ce sein la sensation d'une tension, d'une plénitude continue qui la gênait, mais c'est surtout au moment de ses règles que cette plénitude se changeait en douleur: elle souffrait ainsi pendant les quatre à cinq jours qui précédaient ses règles, et dès que la perte de sang était bien établie, elle était un peu soulagée.

Cette jeune fille attirait en outre notre attention sur une série de points douloureux plus fixes situés au pourtour de la glande, et sur des irradiations douloureuses qui remontaient tantôt dans le cou, tantôt dans l'épaule, et qui souvent aussi descendaient le long du bras. La palpation attentive du sein nous permit de nous assurer qu'il n'y avait là aucune tumeur, mais à travers la graisse abondante qui doublait la peau de la région, on sentait des grains durs, mamelonnés, disséminés sur tout le pourtour du sein et qui n'étaient autre chose que les lobules de la glande. La pression sur ces portions peu accessibles du sein réveillait un peu la douleur. Inutile de vous dire que ni dans l'aisselle, ni ailleurs nous n'avons trouvé de ganglions. En présence de ces faits, j'ai cru pouvoir porter le diagnostic de *névralgie mammaire* et j'ai conseillé à cette jeune fille une compression méthodique avec de la ouate et des bandes entourant complètement le côté droit de la poitrine et le sein correspondant. Je lui ordonnai aussi quelques cachets de sulfate de quinine à prendre dans l'intervalle et avant ses règles, au moment où les douleurs semblent augmenter.

Cette observation très nette et très bien analysée devant vous, va nous permettre d'étudier complètement la névralgie mammaire et ses variétés.

Les névralgies vraies ou essentielles de la mamelle se présentent d'habitude dans trois conditions. Afin de bien vous les faire comprendre, je ferai suivre chacun des types que je vais vous décrire d'une observation personnelle qui vous rendra plus compréhensibles les détails qui caractérisent chaque variété.

Dans un premier groupe, vous pourrez ranger les malades ayant des mamelles dures, tendues, turgescentes, comme érectiles: ce seront le plus souvent des jeunes filles ou des jeunes femmes grasses, bien portantes, souvent arthritiques, et facilement congestives; chez elles, la névralgie s'accroîtra avant ou au moment des règles, je vous ai déjà montré un cas de ce genre, la jeune fille dont nous avons analysé la maladie au début de cette leçon; en voici un second:

Mme X..., âgée de 34 ans, grasse, bien portante, sans enfants, bien réglée, se plaint de douleurs violentes dans le sein droit. Depuis quelques années elle s'apercevait que, au moment de ses règles, le sein droit devenait plus gros, plus dur, plus saillant et était péniblement gêné par le corset. Bientôt survint une véritable névralgie, intermittente, avec des points disséminés dans la mamelle, correspondant à des grains douloureux; puis, une gêne très notable, même dans l'intervalle des règles.

Voici ce qu'on constate de plus important au moment des crises les plus douloureuses: Le sein droit, volumineux, semble plus dur, plus turgescent et plus élevé que celui du côté gauche. On ne peut comparer cette apparence qu'à une véritable érection. Les veines sous-cutanées sont plus apparentes. Par la palpation on rend la glande dure, tendue, immobilisée sur la poitrine. La peau et le tissu sous-cutané sont indurés. Cette induration occupe non seulement la région mammaire, mais aussi la région sous-claviculaire et remonte jusqu'à la base du cou.

La palpation est douloureuse surtout dans trois points ordinairement constants: Un point extérieur à la mamelle, mais très près d'elle, du côté externe, près de l'aisselle; un autre sur le sein lui-même, sur son segment externe; là on sent une nodosité appréciable, mais non mobile, se confondant avec la mamelle et dont la surface seule est distincte. Plusieurs grains mammaires semblables sont disséminés dans la mamelle, et sont également sensibles, mais beaucoup moins douloureux. Enfin un point douloureux existe en avant du sternum, à gauche, à côté du sein. Ces points douloureux sont le siège d'élançements intermittents et le point de départ de douleurs irradiées dans l'épaule, la base du cou, l'aisselle et le bras.

Ces phénomènes congestifs durent quelques jours, surtout au moment des règles, et disparaissent pour laisser un endolorissement souvent pénible mais moins douloureux. La moindre pression exaspère les douleurs. Il semble que les changements rapides de la pression barométrique ont une influence manifeste sur ces crises douloureuses.

Après plusieurs mois de souffrance avec des exacerbations variables, cette malade a été soulagée par des applications de sangsues. La compression ne fut pas employée, mais on a eu recours à un vêtement en tricot servant de soutien et doucement appliqué au-dessous du sein. En même temps on a soumis la malade au salicylate de soude, car elle présentait des phénomènes rhumatismaux évidents. Sous l'influence de cette médication les phénomènes douloureux ont beaucoup diminué et l'état névralgique s'est considérablement amélioré. Cette amélioration a pu seule rassurer la malade qui se croyait atteinte d'une maladie grave, cancéreuse ou autre.

Dans un second groupe, nous rangerons les malades présentant des mamelles volumineuses, bien détachées du thorax, pendantes, comme

pédiculées, et qui sont cependant douloureuses et congestives; voici une observation de cette catégorie :

Mme X..., âgée de 52 ans, est petite, grasse, bien portante et a eu plusieurs enfants, qu'elle a tous nourris. Ses seins sont volumineux, pendants, détachés du corps. Jusqu'à l'âge de 49 ans elle portait un corset. A cette époque, soit qu'elle se négligeât un peu, soit que son corset la gênât, elle crut pouvoir l'abandonner. Après quelques mois, elle commença à ressentir des douleurs peu prononcées, intermittentes, dans les deux mamelles. Bientôt du côté gauche la douleur fut plus vive, elle s'y localisa; en même temps elle s'aperçut que le sein de ce côté paraissait plus dur, plus gros, la pression y était douloureuse, et des exacerbations périodiques se montraient tous les mois, au moment où elle devait avoir ses règles, qui ont disparu.

Persuadée qu'elle a une grosseur au sein, peut-être un cancer, dit-elle, elle consulte son médecin qui constate l'induration de la glande, partage l'erreur de sa cliente et me l'adresse pour lui enlever cette tumeur.

La palpation attentive et méthodique de la mamelle me permit bientôt de rassurer la malade; je lui conseillai une compression soutenue, faite avec de la ouate et des bandes de flanelle.

L'induration disparut bientôt, et avec elle, la douleur. Depuis, grâce à un soutien continu des deux seins au moyen du corset abandonné, cette dame n'a plus ressenti aucune névralgie de la mamelle.

Enfin, un troisième groupe est constitué par des femmes maigres qui ont les mamelles petites, sans graisse, où il n'existe que la glande et le squelette fibreux qui la constitue.

Tel est le cas d'une jeune femme de 35 ans, maigre, grande, ayant eu deux enfants qu'elle n'a pas nourris. Elle a les mamelles très petites, appliquées sur le thorax; on peut plisser la peau à leur niveau. Toujours très nerveuse, elle vit survenir depuis un an environ des douleurs dans le sein droit, douleurs qui s'accompagnent d'une sorte de congestion de la glande et qui précèdent les règles. Pendant ces crises, la mamelle durcit, la moindre pression est très douloureuse.

Je pus observer cette malade successivement pendant ses règles et dans l'intervalle des périodes menstruelles: la mamelle avait un aspect tout différent. Au moment des crises, pendant les règles, la mamelle durcissait et, à la palpation, on avait la sensation que donnerait une grappe de raisins, tellement les grains glanduleux se détachaient les uns des autres; ils n'étaient cependant pas isolables, mais agglomérés les uns contre les autres, formant un tout et éloignant l'idée de tumeur. Je l'ai guérie en lui faisant appliquer des vésicatoires volants, et en employant la compression méthodique. Comme elle était en outre assez manifestement arthritique, elle prit aussi un peu de salicylate de soude. La compression méthodique unie à cette médication nous donna un merveilleux résultat.

Jusqu'ici, vous le voyez, Messieurs, nous n'avons pas trouvé de tumeurs accompagnant la névralgie.

Il est des cas où il semble qu'on ait bien affaire à une tumeur: mais je dois, dès à présent, vous mettre en garde contre une cause d'erreur qui pourrait tenir uniquement à votre mode d'exploration. Souvenez-vous des préceptes que donne Velpeau quand il montre comment on doit examiner un sein.

Quand on saisit la mamelle transversalement, à pleine main, on apprécie parfaitement la résistance, la dureté qu'offrent les lobules et il n'est pas rare d'en rencontrer un qui surpasse les autres en densité, même à l'état normal. Or si l'on n'était prévenu de ce fait, on pourrait croire à l'existence d'une tumeur; il suffit pour l'éviter d'explorer la glande dans un autre sens; au lieu de la saisir transversalement, il faut l'appliquer sur la paroi pectorale et la palper dans cette position. Alors, si l'on n'a affaire qu'à une simple différence entre les lobules, elle n'est plus appréciable; s'il y a une tumeur, la sensation persiste et on peut en saisir toutes les inégalités.

Mais il faut savoir que souvent aussi il y a véritablement tumeur avec la névralgie; on a comparé ces tumeurs à des tubercules sous-cutanés douloureux; ce sont rarement des névrômes vrais: le plus souvent ce sont des fibromes, des myxomes. L'ablation dans ces cas guérit le plus souvent la douleur, mais pas toujours, et voici un exemple où l'opération ne fit que soulager momentanément la malade:

Mme X..., âgée de 45 ans, maigre, nerveuse, mais ordinairement bien portante, n'a eu qu'un enfant il y a vingt ans. Les règles ont disparu depuis deux ans. Il y a trois ans environ, elle ressentit des douleurs assez vives dans la région externe du sein gauche. Les douleurs, assez localisées, survenaient à intervalles réguliers.

Le Dr Dubois, son médecin, en l'examinant avec soin, trouva en dehors du sein, une petite tumeur grosse comme une lentille, mobile, douloureuse à la pression et qui était manifestement l'origine des douleurs. Malgré plusieurs traitements locaux ou généraux, la petite tumeur augmenta légèrement, et surtout les douleurs devinrent plus vives dans le sein et s'accompagnèrent d'irradiation dans l'épaule, dans l'aisselle et jusque dans la partie interne du bras.

Il fut décidé que la tumeur serait enlevée. L'opération fut pratiquée le 15 octobre 1878. La cicatrisation se fit sans encombre, et les douleurs disparurent localement. Malheureusement cette malade, que j'ai souvent revue, a conservé depuis cette époque des névralgies vagues, sans point de départ précis, dans la région mammaire, et dans les parties voisines, cou et épaule. Aucune tumeur n'a reparu. La petite grosseur enlevée avait le volume d'une petite amande. Examinée au laboratoire de M. Ranvier, elle était constituée par du myxome englobant d'une façon manifeste quelques filets nerveux que les préparations à l'acide osmique rendirent très manifestes.

Maintenant que je vous ai montré les divers types de névralgie que présentent ces malades, et que je vous en ai rapporté plusieurs observations confirmatives, il va m'être bien facile de vous donner une description synthétique de cette affection.

Le symptôme capital c'est la douleur siégeant sur une seule mamelle le plus souvent; tantôt cette douleur est diffuse, mal localisée, occupe toute la glande dans laquelle on a de la peine à fixer des points plus douloureux les uns que les autres; tantôt, plus limitée, la douleur siége dans des points bien fixes, toujours les mêmes et est exaspérée par la pression à leur niveau. Enfin il est des cas où on sent dans un de ces points une vraie nodosité, une petite tumeur. Rarement cantonnée dans la région du sein, la douleur s'étend en dehors, en dessous, en dedans de la glande; souvent il y a des irradiations à trajet fixe, la douleur remonte vers le cou, envahit tout le moignon de l'épaule, se

fait sentir dans l'aisselle, ou, descendant le long du bras, arrive jusqu'au petit doigt.

Les caractères de la douleur sont ici comme toujours très variables : tantôt persistante et avec redoublement, elle est quelquefois franchement intermittente, alors aussi on observe ces relations entre le moment des crises et les époques menstruelles. Tantôt la malade ressent comme des piqûres d'aiguilles, des élancements comparables à ceux qu'on a dans un doigt atteint de panaris, ou bien c'est une sensation de torsion analogue à ce que produirait une main tordant la mamelle. Enfin d'autres éprouvent une sensation de réplétion, il semble que le sein est rempli de liquide. J'ai comparé cet état à une véritable érection. En effet la glande devient saillante, tendue, et semble se relever par rapport à celle du côté opposé. Ces douleurs, qui peuvent avoir assez d'intensité pour priver les malades du sommeil, influent d'une manière néfaste sur leur état général. Les femmes qui en sont atteintes sont tristes, préoccupées, elles redoutent toujours de voir se développer un cancer, et croient volontiers à la présence d'une tumeur. Je sais bien qu'il est un point difficile à élucider, on peut toujours se demander si c'est bien l'état local qui prime l'état général ou inversement ; Broca qui a bien étudié les tumeurs sous-cutanées douloureuses disait que ce n'est pas la tumeur qui est irritable, mais bien la malade : il admettait cependant l'existence de la névralgie de la mamelle, même sans tumeur.

La durée de cette affection est longue, et elle n'a que peu de tendance à la guérison spontanée. Les causes sous l'influence desquelles elle se développe sont multiples. Ici, comme lorsqu'il s'agit d'expliquer la production des tumeurs du sein, il est rare que les femmes ne se rappellent pas avoir reçu un coup si léger qu'il soit sur la région ; il est vrai que souvent c'est là une cause parfaitement acceptable.

L'usage du corset mal fait et qui contusionne le sein d'une façon chronique et répétée peut aussi être invoqué ; de même l'absence de corset dans le cas de mamelles pendantes en privant ces organes d'un soutien habituel, ce qui occasionne des tiraillements, lesquels peuvent devenir le point de départ de névralgies. Enfin l'état général a aussi son influence ; les arthritiques, les femmes mal réglées et nerveuses, auront une vraie prédisposition à la névralgie mammaire.

Le diagnostic de cette affection est très facile, dit Astley Cooper. Il est cependant telle circonstance où la sagacité du chirurgien est aux prises avec des points assez délicats. Souvent vous devrez vous prononcer sur l'existence ou l'absence d'une tumeur, cela est quelquefois difficile : il faudra savoir trouver dès leur origine ces tumeurs très petites qui peuvent être le point de départ d'un sarcome ou d'un myxome.

Mais il faut vous rappeler cette règle générale, que, dans la tumeur maligne du sein, la douleur n'existe presque jamais au début. Vous avez certainement tous vu de ces cancers arrivés à un volume déjà considérable ou même à la période d'ulcération, avec ganglions gros et durs dans l'aisselle, sans que la malade accusât la moindre douleur. Le plus souvent la malade trouve la tumeur par hasard. C'est donc surtout entre un petit fibrome, un petit myxome et des grains glandulaires un peu plus durs qu'à l'état normal que sera circonscrit votre diagnostic.

Il est souvent difficile de différencier la névralgie mammaire avec la névralgie intercostale. Cependant celle-ci occupe inclusivement l'espace intercostal, et ne se montre pas dans la glande elle-même. Enfin on pourra rechercher les points douloureux indiqués par Valleix ; surtout sur la côte et en arrière. Le pronostic n'est pas grave en lui-même : cependant la douleur peut acquérir une telle intensité, une telle continuité qu'elle rende la vie insupportable.

Le traitement devra nécessairement varier avec les cas ; il faudra tout d'abord remédier dans la limite du possible, à ce qui paraît être la cause de la névralgie. C'est ainsi que, dans le cas de mamelles pendantes, il faudra conseiller un corset bien fait, ou l'usage d'un maillot de tricot ou de soie qui empêche le ballonnement et les tiraillements incessants auxquels la mamelle est sujette. Un appareil de suspension en flanelle prenant appui sur l'épaule du côté opposé rendra souvent de grands services. Les révulsifs, les émissions sanguines, sont à conseiller dans ces cas de mamelles turgescentes.

Mais n'oubliez pas que, dans beaucoup de cas, vous devez avoir recours à la compression ouatée. Celle-ci doit être pratiquée méthodiquement et d'après des règles établies par Broca. Le sein étant bien garni de ouate, on doit comprimer au moyen de bandes (autant que possible des bandes de flanelle) exactement appliquées et passant les unes en sautoir sur l'épaule du côté opposé, les autres circulairement autour de la poitrine et sur l'autre sein. Cette compression doit être appliquée de nouveau et renouvelée tous les trois ou quatre jours, et resserrée par l'adjonction d'une bande nouvelle après deux jours. Sans cette précaution la ouate s'aplatit et la compression cesse.

La compression doit être soutenue ainsi pendant une vingtaine de jours et même davantage, si cela est nécessaire, car elle constitue le meilleur moyen pour faire disparaître la névralgie. Dans les cas rebelles, les pointes de feu, la pulvérisation d'éther pourront être appliquées. Il ne faudra jamais négliger le traitement général, l'arsenic, le sulfate de quinine pour les cas où les douleurs sont intermittentes.

Le salicylate de soude chez les rhumatisants ; l'aconitine et le bromure de potassium chez les névrossthéniques, nous aideront à mener à bien la cure de cette maladie.

Enfin, Messieurs, quand votre examen vous aura révélé l'existence d'une tumeur, il faudra l'enlever sans trop tarder, car il faut toujours craindre que la névralgie dont elle est le point de départ ne persiste malgré l'ablation.—*Progrès médical.*

La terpine dans les métrorrhagies névralgiques, par CHÉRON.— Les térébenthines ont été employées en médecine depuis l'antiquité, et c'est plus particulièrement à la térébenthine du pin maritime que l'on a toujours donné la préférence, à cause de son prix peu élevé, conséquence de la facilité avec laquelle on se la procure.

Malheureusement cette substance, qui jouit de propriétés thérapeutiques remarquables, est assez mal supportée par l'estomac. Aussi, le professeur Lépine, de Lyon, a-t-il rendu un véritable service en étudiant les propriétés thérapeutiques de la terpine, qui est un bi-hydrate de térébenthine obtenu par l'action de l'acide azotique sur la térébenthine. Ce produit, cristallisé et à peu près sans saveur, est

soluble dans l'alcool et forme avec la glycérine une gelée d'un goût très supportable.

C'est comme modificateur des sécrétions bronchiques que M. Lépine en a surtout préconisé l'emploi, mais il a rapporté aussi plusieurs cas de névralgies guéries par l'administration quotidienne d'un gramme de terpine. Quelque temps après, M. Sée a signalé son action hémostatique dans les cas d'hémoptysie.

Cette substance a donc une action assez analogue à celle de l'essence de térébenthine; elle est plus active, et par conséquent elle doit être administrée en moins grande quantité. En outre, elle n'a pas de goût; enfin elle ne produit pas cette sensation âpre, cette cuisson, cette salivation avec sécheresse de la muqueuse buccale; elle n'enlève pas l'appétit, et elle n'amène pas de vomissements, de coliques et de diarrhées comme la térébenthine.

“ Quant aux névralgies viscérales, dit Trousseau, si rebelles, si communes surtout chez les femmes, elles sont plus efficacement combattues par l'essence de térébenthine que par tout autre médicament, et, chose singulière, les névralgies de l'estomac et de tous les viscères qui ressortissent plus spécialement du plexus solaire, sont celles qui obéissent le mieux à l'action de cet agent puissant.”

Or, la terpine agit, dans ce cas-là, exactement comme la térébenthine; on comprend donc son action dans le traitement des névralgies liées aux affections utérines et plus particulièrement dans celles qui s'accompagnent de métrorrhagies ou de troubles douloureux de l'appareil digestif.

C'est surtout en pilules et en cachets que l'administration de la terpine est facile. C'est à la dose de deux ou trois pilules de 10 centigrammes ou de deux ou trois cachets de 10 centigrammes, pris avant chaque repas, que nous conseillons l'emploi de ce médicament.

Lorsqu'il a été administré pendant une huitaine de jours, après avoir donné les résultats qu'on en attendait, il faut en suspendre l'usage pour le reprendre après un repos qui doit durer aussi longtemps que la sédation.

C'est une heureuse innovation que l'introduction de la terpine en médecine. Elle rend à la thérapeutique des maladies des femmes notamment un médicament précieux que son goût abominable et son action sur le tube digestif avaient fait reléguer dans l'oubli.—*Revue médicale.*

Extrait de ratanhia dans le vaginisme.—Voici un cas de vaginisme à la suite d'un accouchement, guéri par l'emploi de suppositoires à l'extrait de ratanhia.

Six mois après son premier accouchement, une jeune femme s'était trouvée atteinte d'une hyperesthésie vaginale telle que tout rapport était devenu impossible. A l'examen, la vulve présentait une petite fissure, point de départ certain de l'hyperesthésie.

L'extrait de ratanhia fut employé sous la forme suivante :

Beurre de cacao.....	20 gram.
Extrait de ratanhia.....	10 —

pour six suppositoires; à mettre un tous les soirs dans le vagin. Au sixième suppositoire, toute trace de vaginisme avait disparu. Il y a tout lieu de supposer qu'il ne s'agissait pas là d'un cas de vaginisme vrai, mais bien, d'une hyperesthésie due à la fissure.—*Revue médicale.*

PÆDIATRIE.

Le sevrage.—Le sevrage est une des questions les plus importantes de l'hygiène infantile; elle est d'un intérêt général, elle se pose à chaque instant dans la pratique, elle mérite donc les études et les leçons dont elle a été l'objet de la part des médecins d'enfants, Trousseau, Archambault, J. Simon, etc. Pour tous les enfants, le sevrage est une époque critique, pleine de menaces, toujours anxieuse, souvent pénible, quelquefois funeste. Il s'agit en effet d'enlever au nourrisson, à l'enfant tendre et fragile, l'aliment par excellence, le lait féminin source de vie, condition de santé pour le nouveau-né. Cette opération, qui consiste à *séparer*, à *arracher* l'enfant du sein maternel, ne peut se faire sans pleurs et sans grincements de dents. Heureuses les mères, heureux les enfants auxquels le sevrage n'a pas causé d'autres ennuis! Trop souvent en effet, le sevrage est la source d'accidents graves, de maladies mortelles.

C'est au moment du sevrage, s'il est intempestif, s'il est brutal, s'il est prématuré, que la diarrhée apparaîtra, que la gastro-entérite se révélera, que le choléra infantile exercera ses ravages. L'estomac du nourrisson, accommodé à cette alimentation idéale, le lait maternel, se révolte contre des aliments grossiers qui l'irritent et compromettent ainsi la nutrition toute entière. La réaction qui résulte de ce conflit entre l'*aliment nouveau* et l'*estomac* peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle se produit par des symptômes d'indigestions répétées, diarrhée, vomissements, qui peuvent entraîner la mort rapide ou même foudroyante. C'est la gastro-entérite aiguë, c'est quelquefois le choléra infantile. D'autres fois, les enfants les plus résistants ne succombent pas aux infractions alimentaires commises contre eux, ils ont seulement des symptômes de gastro-entérite subaiguë ou chronique, leur ventre se développe, leur estomac se dilate et le rachitisme entre bientôt en scène avec les déformations osseuses qui lui sont propres. Ou bien c'est du côté de la peau, des muqueuses, des ganglions, que les désordres se produisent, et la scrofule nous apparaît comme une des conséquences possibles d'un sevrage défectueux. On jugera par ce tableau rapide de la portée que présente le sevrage et on comprendra tout l'intérêt qu'il y a pour nous à connaître ses règles, à dégager ses lois.

Deux questions principales se posent tout d'abord: 1^o A quel âge doit-on sevrer les enfants; 2^o comment faut-il les sevrer? Nous allons successivement donner la solution de ces deux problèmes, mais auparavant nous demandons la permission de dire un mot d'une troisième question que nous n'avons pas mise en relief comme les deux premières, parce qu'elle n'a pas une égale importance. Quelle est l'époque de l'année la plus favorable au sevrage? La réponse ne saurait être douteuse: la saison qui expose le plus aux diarrhées et aux inflammations du tube digestif chez les enfants privés du sein, est l'été, la saison chaude. C'est en été, dans les mois les plus chauds, que la mortalité des enfants par athrepsie et diarrhée est le plus élevée et même on peut dire que cette mortalité suit assez fidèlement les variations de la colonne thermométrique. Il faudra donc, sauf les cas de force majeure, s'abstenir de sevrer les enfants en été et différer le sevrage jusqu'à l'automne ou

jusqu'à l'hiver prochain. L'hiver, et après lui le printemps et l'automne, sont les saisons les plus favorables pour le sevrage. L'accord est aujourd'hui fait sur ce point parmi les médecins; il ne saurait y avoir de discussion, il importe que les sages-femmes et les matrones en soient averties pour y conformer leur conduite. Si cette question de milieu ambiant et de température atmosphérique a sa valeur, elle est loin de balancer la question d'*âge des enfants* qui reste au premier rang. Cette question d'*âge* a soulevé des dissentiments et des difficultés d'appréciation. Trousseau, qui avait bien compris la haute importance hygiénique et pathogénique du sevrage, avait malheureusement pris pour guide l'évolution dentaire dont les variations physiologiques et pathologiques sont trop grandes et trop difficiles à prévoir. Vous voulez que le sevrage soit pratiqué quand l'enfant aura 16 dents, quel que soit l'âge de l'enfant: si cet enfant a eu les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif, il aura ses 16 dents à 12 ou 15 mois; s'il a subi l'allaitement mixte, l'allaitement artificiel, l'alimentation prématurée, il n'aura pas les 16 dents demandées avant 2 ans, 2 ans $\frac{1}{2}$, etc. Il n'est donc pas possible de prendre pour guide une évolution dentaire soumise à de semblables variations. Nous n'attachons pas plus d'importance au conseil que nous donne Trousseau de choisir, pour le sevrage, l'intervalle de repos qui sépare deux poussées dentaires. Sans doute, l'éruption des dents cause quelques douleurs et quelques accidents aux petits enfants. Mais nous ne croyons pas à la gravité et à la multiplicité des troubles morbides que Trousseau attribuait à l'évolution dentaire. Il y a eu, de la part de Trousseau et de ses contemporains, une exagération manifeste dans la description de ces maladies de la dentition. L'âge du nourrisson doit être pris, avant tout, en considération: en principe, l'allaitement doit être prolongé au delà des limites qu'on lui fixe trop souvent. Ce n'est pas à 10 mois, à 12 mois qu'on est autorisé, sans raison majeure, à sevrer un enfant. Dans l'intérêt de ce dernier, il faut reculer l'époque du sevrage jusqu'à 18 ou 20 mois. Encore ne verrions-nous pas d'inconvénient pour l'enfant à dépasser cette limite. Mais il faut tenir compte des forces et de la santé d'une nourrice dont l'affaiblissement pourrait contre-indiquer la prolongation de l'allaitement. Si nous laissons de côté les cas particuliers, nous poserons en règle générale que le *sevrage des enfants doit être pratiqué vers l'âge de 18 mois*. Au-dessous de 18 mois, le sevrage fatigue les enfants; au-dessous de 12 mois, il est dangereux et ses dangers s'accroissent d'autant plus qu'il est plus rapproché de la naissance. Il mérite alors, sous le nom de *sevrage prématuré*, d'être considéré comme un des fléaux de l'humanité; car c'est à lui que nous devons, pour une grande part, l'effroyable mortalité qui décime notre population infantile. Un grand nombre des enfants envoyés de Paris dans les départements pour y être soumis à l'allaitement naturel ou à l'allaitement artificiel sont, en réalité, bientôt sevrés par les nourrices mercenaires qui en ont accepté la garde. Nous ne saurions trop nous élever contre ces pratiques détestables, qui seraient criminelles si elles n'avaient pour excuses l'ignorance et la misère. Nous protestons encore une fois contre l'usage généralement adopté de donner des bouillies, panades et autres aliments plus ou moins indigestes à des enfants auxquels le lait doit être exclusivement prescrit. C'est bien à tort que Trousseau et d'autres médecins ont conseillé l'usage de ces aliments

pour des enfants de 4, 5 et 6 mois, sous prétexte de les préparer au sevrage. Il y a, dans ces préceptes, une erreur fondamentale dont la vulgarisation a été funeste. On ne saurait trop répéter que le *lait seul* convient aux enfants âgés de moins d'un an. Nous voyons tous les jours des enfants bien plus âgés, florissants de santé, et qui n'ont pas encore connu d'autre aliment. Par contre, les enfants alimentés prématurément sont exposés aux gourmes, à la diarrhée, à la dilatation de l'estomac, à l'athrepsie, au rachitisme, à la scrofule.

Comment faut-il sevrer les enfants? Quand le sevrage est tardif (20 mois) il est des plus faciles à réaliser et n'expose l'enfant à aucun danger sérieux. Depuis quelques mois déjà, le nourrisson a été habitué à prendre du lait à la tasse, des œufs et quelques aliments légers; d'autre part, le nombre des tétées a été graduellement abaissé de 6 à 4, 3, 2 en 24 heures. Il suffit alors, si l'enfant, déjà grandet, ne veut pas entendre raison, de barbouiller le bout de son sein avec un corps assez salé ou amer (vaseline ou glycérolé d'amidon avec extrait de gentiane, moutarde, sel, etc.) pour l'éloigner définitivement. Mais si le sevrage est précoce (12 à 15 mois), les difficultés sont plus grandes et la santé de l'enfant peut être compromise. C'est alors qu'il faut prévoir les conséquences d'un sevrage brutal : la diarrhée, l'athrepsie, le rachitisme. On les évitera, ces conséquences, en graduant le sevrage avec beaucoup de soin, en ménageant la transition qui doit conduire le jeune enfant de l'allaitement maternel à la privation absolue du sein. Le lait devra rester, après comme avant le sevrage, la base de l'alimentation et pendant plusieurs mois encore on ne devra ajouter à ce liquide que des œufs peu cuits et des panades légères. En s'astreignant à toutes les précautions que commandent l'âge et la délicatesse du sujet, on prévient la plupart des dangers inhérents au sevrage. Ces dangers, incertains dans le cas précédent, sont imminents dans tous les cas de sevrage prématuré au-dessous de 12 mois. Quand une nécessité inéluctable commande le sevrage précoce, on cherchera à en écarter les plus pressants par de sages mesures. Il importe beaucoup que le sevrage soit graduel et non pas brutal comme il l'est trop souvent; pour atténuer les effets du sevrage, il n'est pas nécessaire de donner aux enfants des panades, des bouillies et autres aliments solides qui, sous prétexte de les préparer à la perte du sein, ne font que précipiter les accidents gastro-intestinaux auxquels le sevrage les expose. Il faut, au contraire, proscrire sévèrement cette mauvaise alimentation qui convient moins encore à l'époque critique du sevrage qu'à toute autre époque, et soumettre l'enfant à un allaitement artificiel aussi sage que possible. Remplacer graduellement et insensiblement le *lait féminin* par le *lait animal*, telle est la formule du sevrage prématuré. Il faut l'accepter ainsi, dans toute sa simplicité, sans la compliquer par des prescriptions fâcheuses. Ce changement de lait est déjà assez grave par lui-même et assez meurtrier pour qu'on s'abstienne d'en aggraver l'influence par l'adjonction d'autres aliments. Il faut conseiller le pis de l'ânesse aux familles assez fortunées pour se le procurer; aux autres, on prescrira le lait de vache pur, chauffé au bain marie, donné à la tasse ou à la cuiller, sans l'intermédiaire du biberon, surtout en été. En un mot, on s'appliquera à mettre en œuvre l'allaitement artificiel dans les meilleures conditions de succès. On réussira d'autant plus aisément que l'enfant sera plus âgé : à 10, 11, 12 mois, la tâche sera relativement

facile; à 6 mois, le sevrage équivaut presque à un arrêt de mort. Dans tous les cas de sevrage précoce et prématuré (12 mois et au-dessous) nous croyons qu'il est dangereux de donner aux enfants d'autres aliments que le lait. Mais supposons maintenant que le sevrage soit un fait accompli et que l'enfant ait résisté aux premières atteintes de cette grande épreuve. Quelle va être désormais l'alimentation convenable? Faut-il renoncer de bonne heure au lait que la plupart des personnes ignorantes regardent un aliment inférieur et débilitant? Faut-il avoir recour immédiatement aux légumes et aux viandes qui entrent dans l'alimentation des adultes? Il faut bien se garder de ces entraînements auxquels poussent les erreurs de jugement et les préjugés mondains. Longtemps après le sevrage, l'enfant sera soumis à l'usage du lait, des laitages, des œufs, des soupes et des panades qui conviennent parfaitement à son âge. On ne se hâtera pas de lui donner de la viande et des légumes lourds et indigestes qu'il ne pourrait assimiler sans peine et sans dégoût. Le vin, le café dont on fait abus dans les classes pauvres (1), ne doivent pas figurer dans l'alimentation.

En résumé, le sevrage, quand il est prématuré, brutal, mal dirigé, expose les enfants à des dangers multiples: diarrhée, gastro-entérite, choléra infantile, athrepsie, rachitisme, scrofule. Pour prévenir ces accidents, il faut: 1° autant que possible, s'abstenir du sevrage pendant les chaleurs de l'été; 2° faire le sevrage tardif, à 18 ou 20 mois; 3° faire le sevrage graduel en remplaçant l'allaitement naturel par l'alimentation qui s'en rapproche le plus.—DR J. COMBY, in *Progrès médical*.

Hystérie chez les enfants.—M. le docteur PEUGNIEZ a consacré sa thèse à l'étude de l'hystérie chez l'enfant. Il montre qu'à mesure que cette affection est mieux connue, on la rencontre plus fréquemment chez lui; cependant elle apparaît bien rarement avant l'âge de six à huit ans, âge auquel on l'a pourtant observé dans des proportions très notables; ce qui ressort aussi des statistiques des auteurs, c'est que pour les filles, l'influence de la menstruation est presque nulle sur le développement des accidents. Étudiant les manifestations psychiques de l'hystérie chez l'enfant, M. PEUGNIEZ rappelle cette curieuse observation du docteur Azam. Un jeune garçon de douze à treize ans présentait dès l'âge de cinq ans des accidents hystériques: toux quinteuse et spasmodique, chorée, hoquet, convulsions, paralysies diverses. Puis s'y ajoutèrent des hallucinations et une perte subite de la mémoire, pendant laquelle il ne savait plus lire, ni écrire, ni compter, avait oublié tout son passé, causait mal, ne reconnaissait plus son entourage sauf son père et sa mère et l'un ou l'autre de ses frères ou sœurs, mais pas toujours les mêmes. Il savait encore conduire une voiture, monter à cheval, et dire ses prières à l'heure habituelle. Au bout de vingt jours, cette amnésie cessa brusquement et, comme si un voile se fût déchiré, la notion entière de son passé lui revint subitement. Ainsi pendant l'amnésie, il ne voyait dans les caractères imprimés ou écrits que des signes sans valeur. Tout à coup leur ensemble eut un sens pour lui; il n'eut pas à réapprendre lentement à lire; de même pour l'écriture et les autres connaissances qu'il avait possédées auparavant. Quatre

(1) Nous avons vu souvent au dispensaire de la Villette, des enfants chétifs, malingres, parfois anthrepsiques, auxquels on faisait prendre, dès les premiers mois de leur naissance, du vin, du café, de la bière et du cidre.

fois en deux ans, le même phénomène se reproduisit: amnésie totale et périodique alternant avec des accidents nettement hystériques. Nul doute que chez cet enfant, l'amnésie n'ait été un mode d'expression de la névrose hystérique.—*Scalpel.*

BACTERIOLOGIE.

Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure, par M. PASTEUR, membre de l'Institut.(1)—Telle est l'énumération dans l'ordre chronologique de leur arrivée à mon laboratoire de vingt-cinq personnes mordues comprises dans une période de dix jours. Toutes les autres périodes de dix jours offrent une énumération dont le récit n'apprendrait rien de plus que celle-ci, quoique, dans chacune d'elles, on puisse rencontrer un ou plusieurs cas de morsures non moins intéressant que celui de Lorda. Afin d'abrèger, je ne citerai qu'un seul de ces cas, et je le choisis de préférence à d'autres parce qu'il m'a causé de vives craintes. Il est relatif à un jeune garçon de huit ans, nommé Jullion, habitant Charonne, rue de Vignolles, n° 6, mordu le 30 novembre. Cet enfant, voyant le chien venir à lui, se mit à crier. A ce moment la mâchoire inférieure du chien entre dans la bouche ouverte de l'enfant. Un croc coupe la lèvre supérieure et pénètre profondément au fond du palais, tandis qu'un des crocs de la mâchoire supérieure, restée hors de la bouche de l'enfant, pénétrait entre l'œil droit et le nez. Aucune cautérisation n'était possible. Le chien qui a mordu Jullion a été reconnu enragé par M. Guillemard, vétérinaire, rue de Citeaux, 37, à Paris.

Je pourrais extraire de la série des personnes traitées beaucoup d'autres cas de morsure au visage et à la tête, sans cautérisation quelconque.

Pour une seule personne le traitement a été inefficace; elle a succombé à la rage, après avoir subi ce traitement. C'est la jeune Louise Pelletier. Cette enfant, âgée de dix ans, mordue le 3 octobre 1885 à la Varenne-Saint-Hilaire, par un gros chien de montagne, m'a été amenée le 9 novembre suivant, le trente-septième jours après ses blessures, blessures profondes au creux de l'aisselle et à la tête. La morsure à la tête avait été si grave et d'une si grande étendue, que, malgré les soins médicaux continus, elle était très purulente et sanguinolente, le 9 novembre. Elle avait une étendue de 0 m. 12 à 0 m. 15 et le cuir chevelu se soulevait encore en un endroit. Cette plaie m'inspira de cruelles inquiétudes. Je priai le docteur Vulpian de venir en constater l'état. J'aurais dû dans l'intérêt scientifique de la méthode refuser de soigner cette enfant arrivée si tard, dans des conditions exceptionnellement graves; mais par un sentiment d'humanité et en face des angoisses des parents, je me serais reproché de ne pas tout tenter.

Des symptômes avant-coureurs de l'hydrophobie se manifestèrent le 27 novembre, onze jours seulement après la fin du traitement. Ils devinrent plus manifestes le 1^{er} décembre au matin. La mort survint,

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

avec les symptômes rabiques les plus accusés, dans la soirée du 3 décembre.

Une grave question se présentait. Quel virus rabique avait amené la mort ? Celui de la morsure du chien ou celui des inoculations préventives ? Il me fut facile de le déterminer. Vingt-quatre heures après la mort de Louise Pelletier, avec l'autorisation de ses parents et du préfet de police, le crâne fut trépané dans la région de la blessure, et une petite quantité de la matière cérébrale fut aspirée, puis inoculée par la méthode de la trépanation à deux lapins. Ces deux lapins furent pris de rage paralytique dix-huit jours après, et tous les deux au même moment. Après la mort de ces lapins, leur moelle allongée fut inoculée à de nouveaux lapins, qui prirent la rage après une durée d'incubation de quinze jours. Ces résultats expérimentaux suffisent pour démontrer que le virus qui a fait mourir la jeune Pelletier était le virus du chien par lequel elle avait été mordue. Si la mort avait été due aux effets du virus des inoculations préventives, la durée de l'inoculation de la rage à la suite de cette seconde inoculation à des lapins aurait été de sept jours, au plus. Cela résulte des explications de ma précédente Note à l'Académie.

Si le traitement préventif n'a jamais amené de résultats fâcheux, dans 350 cas, pas un phlegmon, pas un abcès, un peu de rougeur œdémateuse seulement à la suite des dernières inoculations, peut-on dire qu'il a été réellement efficace pour prévenir la rage après morsure ? Pour le très grand nombre de personnes déjà traitées, l'une depuis huit mois (Joseph Meister), la seconde, depuis plus de quatre mois (Jean-Baptiste Jupille), et pour la plupart des 350 autres, on peut affirmer que la nouvelle méthode a fait ses preuves.

Son efficacité peut se déduire surtout de la connaissance des moyennes des cas de rage après morsure rabique. Les ouvrages de médecine humaine et de médecine vétérinaire fournissent, à cet égard, des indications peu concordantes, ce qui se comprend aisément si l'on se reporte à ce que je disais tout à l'heure, du silence gardé très souvent par les familles et par les médecins sur l'existence des morsures par chiens enragés, et même sur la nature de la mort, désignée, parfois sciemment, sous le nom de *méningite*, quand on sait bien qu'elle est due à la rage.

On comprendra mieux la difficulté d'établir de bonnes statistiques par le fait suivant : Le 14 juillet 1885, cinq personnes ont été mordues successivement par un chien enragé, sur la route de Pantin. Toutes ces personnes sont mortes de la rage. M. le docteur Dujardin-Beaumetz a fait connaître au Conseil de salubrité de la Seine, par ordre de M. le préfet de police, les noms, les circonstances des morsures et de la mort de ces cinq personnes. Qu'une telle série entre dans une statistique, la proportion des morts aux cas de morsure s'élèvera. Elle serait diminuée par une série semblable où, au contraire, sur cinq personnes mordues, il n'y aurait pas eu une seule mort.

J'aurais plus de confiance dans les statistiques suivantes : M. Leblanc, savant vétérinaire, membre de l'Académie de médecine, qui a longtemps dirigé le service sanitaire de la préfecture de police de la Seine, a eu l'obligeance de me remettre un document précieux sur le sujet dont je parle. C'est un relevé officiel fait par lui-même sur les rapports des commissaires de police, ou d'après des renseignements de vétérinaires dirigeant des hôpitaux de chiens. Ce document comprend six années. Il porte :

Qu'en 1878, dans le département de la Seine, sur 103 personnes mordues, il y a eu 24 morts par rage ;

Qu'en 1879, sur 76 personnes mordues, il y a eu 12 morts par rage ;

Qu'en 1880, sur 68 personnes mordues, il y a eu 5 morts par rage ;

Qu'en 1881, sur 156 personnes mordues, il y a eu 23 morts par rage ;

Qu'en 1882, sur 67 personnes mordues, il y a eu 11 morts par rage ;

Enfin, qu'en 1883, sur 45 personnes mordues, il y a eu 6 morts par rage.

Les nombres qui précèdent donnent, en moyenne, 1 mort par rage sur 6 mordus environ.

Mais, pour apprécier l'efficacité de la méthode de la prophylaxie de la rage, il reste une seconde question non moins capitale que celle de la moyenne des cas de morts par rage à la suite des morsures rabiques. C'est la question de savoir si nous sommes suffisamment éloignés de l'instant des morsures chez les personnes déjà traitées pour ne plus craindre qu'elles prennent la rage. En d'autres termes, dans quel délai la rage après morsure rabique fait-elle explosion ?

Les statistiques établissent que c'est surtout dans les deux mois, c'est-à-dire dans les quarante à soixante jours qui suivent les morsures, que la rage se manifeste. Or, sur les personnes de tout âge et de tout sexe déjà traitées par la nouvelle méthode, 100 ont été mordues avant le 15 décembre, c'est-à-dire depuis plus de deux mois et demi. La seconde centaine a plus de six semaines et deux mois de morsure. Pour les 150 autres personnes traitées ou en traitement, tout se passe, jusqu'à présent, comme pour les 200 premières.

On voit, en s'appuyant sur les statistiques les plus rigoureuses, quel nombre élevé de personnes ont été déjà soustraites à la mort.

La prophylaxie de la rage après morsure est fondée.

Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage. — *Tribune médicale.*

Jacaranda lancifolia contre la blennorrhagie.—Cet arbuste de l'Amérique centrale, appartenant à la famille des Bignoniacés, est indiqué comme efficace dans le traitement de la blennorrhagie. On fait, avec l'écorce, une teinture qu'on administre à l'intérieur et qu'on emploie aussi en injections uréthrales. Le Dr MENDELL préconise surtout l'usage interne à la dose de XV gouttes de teinture dans un véhicule approprié, mais il s'est aussi bien trouvé de l'emploi d'injections uréthrales faites avec X gouttes de teinture pour 30 grammes d'eau.

Traitement de la syphilis par le sublimé à l'extérieur, par DERMOLD.—Le point de départ de ces essais remonte à un cas dans lequel l'intolérance du mercure, sous toutes les formes classiques, semblait devoir conduire à une abstention absolue. DERMOLD eut l'idée de prescrire des frictions sur les membres, matin et soir, avec une solution composée de 15 grammes d'eau et de 0 gr. 05 de sublimé. Le résultat dépassa toute attente. DERMOLD n'emploie plus d'autre mode d'administration. Il n'y a jamais de salivation ni d'irritation cutanée locale. Rarement on a observé des crampes d'estomac après un usage prolongé. Il y a quelquefois une légère décoloration des ongles, due sans doute à la petite manœuvre de la friction.—*Paris médical.*

FORMULAIRE.

Croup spasmodique.

P.—Bromure de potassium.....	1 drachme
Sirop d'ipécac.....	1 “
Sirop de scille comp.....	2 drachmes
Sirop de gingembre.....	1 once

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux heures.—*Technics*.

Hydropisie cardiaque.

P.—Teinture de noix vomique.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Acétate de potasse.....	$1\frac{1}{2}$ “
Infusion de convallaria.....	2 onces
Infusion de buchu.....	4 “

M.—*Dose* : Deux cuillerées à soupe trois fois par jour.—*Technics*.

Anémie.

P.—Teinture de noix vomique.....	$1\frac{1}{2}$ drachme
Acide phosphorique dilué.....	2 drachmes
Teinture de gentiane composée.....	2 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé avant les repas.—*Technics*.

Rougeole.

P.—Teinture de digitale.....	1 drachme
Sirop de sénéga.....	5 drachmes
Sirop de scille.....	7 “

M.—*Dose* : Une demi-cuillerée à thé toutes les quatre heures.—*Technics*.

Variole.

P.—Acide salicylique.....	3 drachmes
Bicarbonate de soude.....	$1\frac{1}{2}$ drachme
Eau.....	1 once

M.—*Dose* : Une cuillerée à dessert dans un peu d'eau, toutes les quatre heures.—*Technics*.

Chancre mou.

P.—Iodoforme en poudre.....	1 drachme
Calomel.....	1 “
Oléate de zinc.....	1 “

M.—Usage local, deux fois par jour, matin et soir.—*Medical World*.

Gale.—Comessati.

P.—Hyposulfite de soude.....	$6\frac{1}{4}$ onces.
Eau.....	2 chopines

En lotion sur toute la surface cutanée, le soir, au moment du coucher.
Le lendemain matin, autre lotion avec une solution ainsi faite :

P.—Acide chlorhydrique.....	$1\frac{1}{2}$ once
Eau.....	$35\frac{1}{4}$ onces

—*Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JUIN 1886.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve "prima facie" d'intention de fraude.

Bureau Central d'Examineurs.

Le 24 septembre 1884, devant le Bureau Provincial de Médecine, réuni à Québec en assemblée semi-annuelle, M. le Dr. L. LaRue donnait l'avis de motion qui suit: Que demande soit faite à la prochaine réunion de la Législature de Québec, d'amender la 3e clause du 4e chapitre des Statuts et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, et que les mots "sans examen" soient remplacés par les suivants: "après examen", lequel examen devra se faire sur les matières suivantes: pathologie interne et externe, anatomie descriptive, physiologie, tocologie et matière médicale.

A l'assemblée suivante, tenue à Montréal, le 13 mai 1885, cet avis de motion du Dr LaRue fut donné de nouveau, et la discussion remise à la prochaine séance.

Enfin, lors de l'assemblée du 30 septembre 1885, tenue à Québec, le Dr E. P. Lachapelle ayant proposé, appuyé par le Dr F. W. Campbell: "Qu'un comité composé des Drs Lemieux, Ross, Campbell, Hingston, Lachapelle, Austin, P. E. Migneault, Marsil, Marsden, Desaulniers, Rodger, Guay et T. Larue, soit nommé avec instruction de préparer tous les amendements à la loi médicale, nécessaires pour mettre à exécution les clauses adoptées du rapport du comité chargé de s'enquérir de la situation financière du Collège, etc.; pour rencontrer les suggestions faites à la dernière assemblée triennale concernant l'élection des membres du Bureau Provincial; pour rendre les examens préliminaires aussi équitables que possible, et pour les candidats et pour la

profession; pour rendre l'exécution de la loi, contre tous ceux qui l'enfreignent, aussi efficace que possible; pour suggérer en un mot tous les amendements qui seront considérés dans l'intérêt de la profession, que ce comité procède sans retard afin que les amendements puissent être soumis à une assemblée spéciale de ce bureau avant la prochaine session de la législature, et que les dépenses de voyage des membres de ce comité soient payés par le Collège, et que le comité siège à Montréal"; et cette proposition ayant été adoptée, il fut en outre proposé par le Dr Belleau, secondé par le Dr Marmette et résolu: que l'avis de motion donné à la dernière assemblée semi-annuelle par le Dr Larue au sujet du bureau central d'examens soit référé au comité des amendements proposés à la loi médicale.

Ainsi qu'un certain nombre de lecteurs de l'UNION MÉDICALE le savent déjà, le comité des amendements est loin d'être resté inactif. Le 16 février 1886, il s'assemblait à Montréal, sous la présidence du Dr Lemieux, et après plusieurs heures de discussion, se déclarait favorable à la formation d'un bureau central d'examineurs. Il suggérait en outre d'ajouter les matières suivantes au programme des examens préliminaires (pour l'admission à l'étude): Philosophie morale et intellectuelle, physique, minéralogie, géologie, astronomie et botanique. Enfin, au moment de s'ajourner, le comité décidait qu'un sous-comité composé des Drs Geo. Ross, Hingston, E. P. Lachapelle, Leprohon et F. W. Campbell serait nommé pour terminer les travaux du Comité au sujet des amendements à faire subir à l'Acte médical, conformément à la résolution du Bureau.

C'est donc le sous-comité qui a eu la tâche — assez difficile, il faut le dire,—de préparer les amendements en question et de leur donner la forme sous laquelle nous les présentons aujourd'hui à nos lecteurs, et pour ce faire, il s'est assemblé le 27 février, les 1, 7, 10 et 15 mars et le 7 mai 1886.

Le 12 mai, il présentait au Bureau Provincial de Médecine un rapport comportant les dispositions suivantes :

Bureau central d'examineurs.—Le bureau sera connu sous le nom de bureau central d'examineurs et se composera de deux examineurs pour chaque matière, un canadien-français et un anglais. Tous deux assisteront en même temps à l'examen, mais l'interrogatoire sera confié à l'examineur parlant la langue du candidat examiné.

Le bureau central d'examineurs se composera d'un représentant de chacune des écoles de médecine reconnues par l'Acte médical, et d'un nombre égal de médecins non attachés à ces mêmes écoles.

Les membres du bureau central d'examineurs seront nommés chaque année par le Bureau Provincial de Médecine, les noms des examineurs lui étant soumis par un comité dit de nominations, lequel comité de nominations sera nommé lui-même par le président, toujours sujet à l'approbation du Bureau de Médecine, et se composera d'un représentant de chacune des écoles de médecine et d'un nombre égal de membres du Bureau de Médecine non attachés à ces écoles. En cas de vacance dans le dit bureau d'examineurs, par décès, démission ou absence de la province, un remplaçant sera nommé par le président du Collège.

Les membres du bureau central d'examineurs pourront être ou ne pas être choisis parmi les membres du Bureau Provincial de Médecine.

Le bureau central d'examineurs commencera ses examens le deuxième mardi du mois d'avril, et siégera à Montréal ou à Québec, suivant qu'il sera décidé par règlement du bureau.

Le salaire des membres du bureau central d'examineurs sera de dix dollars par jour, les frais de voyage étant cotés à raison de 5 centins par mile.

Les examens professionnels seront divisés en primaires et finals : les épreuves seront écrites et orales.

<i>Honoraires.</i> — Pour l'examen préliminaire.....	\$ 10.00
" " final.....	10 00
" diplôme ou licence.....	25.00

Examen préliminaire.—L'examen préliminaire se fera le premier mercredi de juillet, à Québec ou à Montréal, suivant qu'il sera décidé par règlement *ad-hoc*. (La suggestion du comité général à l'effet d'ajouter certaines matières aux examens préliminaires n'est pas jugée opportune. Le sous-comité est d'avis qu'aucun changement ne soit fait à l'examen préliminaire). Les Bacheliers ès Arts d'aucune université dans les possessions Britanniques seront exempts de subir l'examen préliminaire.

Objection.— Le Hingston s'est opposé à cette dernière clause pour la raison que, dans son opinion, elle est incomplète, et a présenté l'amendement suivant : Tout étudiant ayant suivi un cours complet d'études classiques et fournissant la preuve qu'il a subi un examen équivalant aux épreuves du Baccalauréat ès Arts, sera aussi exempt de subir l'examen préliminaire.

Bureau des Gouverneurs.— Le Bureau des Gouverneurs s'assemblera une fois l'an, le deuxième mercredi de juillet, le lieu de réunion devant être définitivement choisi par règlement du Bureau. Le sous-comité suggère que le lieu choisi le soit pour toutes les assemblées du Bureau à l'avenir.

Mode d'élection des Gouverneurs.— Lorsque ces amendements seront devenus loi, chaque district élira ses propres représentants. Deux mois avant la date de l'élection, le régistreur donnera au secrétaire pour Québec, une liste de tous ceux qui sont qualifiés à voter dans la ville et le district de Québec et dans le district des Trois-Rivières, et au secrétaire pour Montréal, une liste de ceux qui sont qualifiés à voter dans la ville et le district de Montréal et dans le district de St-François. S'il n'y a qu'un secrétaire, c'est à celui-ci que le régistreur donnera ces listes. Un mois avant l'élection, il enverra des bulletins de votation imprimés, lesquels devront être signés par le voteur, et renvoyés, sous pli cacheté, dans le cours des deux semaines suivantes, au secrétaire dont la signature sera apposée au bulletin de votation. Le secrétaire en recevant les dits bulletins, les placera, sans les ouvrir, dans une boîte de scrutin qui, fermée à clef, sera placée entre les mains du secrétaire, pour n'être ouverte qu'en présence des scrutateurs nommés à cet effet, lesquels compteront les bulletins et proclameront ceux qui auront obtenu la majorité des voix.

Une liste imprimée, donnant le résultat du scrutin, sera immédiatement expédiée à chaque voteur.

L'élection des Gouverneurs aura lieu le premier mercredi de juin.

Les scrutateurs seront nommés par le président, lors de l'assemblée du Bureau précédant l'élection triennale.

La majorité du sous-comité est d'opinion que les amendements concernant le bureau central d'examineurs ne s'appliqueront qu'à ceux qui seront admis à étudier la médecine après le 1er mai 1886. La minorité est d'avis que les susdits amendements doivent être mis en force immédiatement.

Envisagés dans leur ensemble, les amendements qui précèdent répondent assez bien aux désirs de ceux qui avaient à cœur de voir se relever un peu le niveau des études médicales dans notre province. Pour nous, la création d'un bureau central d'examineurs est d'une importance des plus grandes au point de vue des intérêts bien entendus de la profession, et si le Collège comprend toute la gravité de ses devoirs il, ratifiera à l'unanimité la décision à laquelle en est venue le sous-comité du Bureau Provincial de Médecine.

Depuis bien longtemps l'on se plaint, à tort ou à raison, que la profession médicale est par trop encombrée, et que, à la faveur des examens qui se font chaque année dans les Universités et Ecoles de médecine, des sujets faibles et incompetents sont admis à la pratique, sans que le Bureau ait le droit d'intervenir autrement que par le ministère d'assesseurs qui, au fond, ont de tout temps joué un rôle des plus adoucissants. Or le moment arrive où ces plaintes n'auront plus leur raison d'être.

Comprenant qu'il y va avant tout de leur propre intérêt, les Universités, naguère jalouses des privilèges que leur conférait leur charte, de délivrer des diplômes donnant *ipso facto* le droit de pratiquer, les Universités, disons-nous, consentent à ce que leurs élèves soient, soumis à l'épreuve d'un interrogatoire devant un bureau central d'examineurs. Ce dernier et puissant obstacle levé, rien ne s'oppose plus à ce que le projet devienne loi, et nous avons la confiance qu'il sera mené à bonne fin. Les Universités et Ecoles de médecine en bénéficieront les premières, comme chacun peut le comprendre, et la profession toute entière en retirera le plus grand avantage. Mais ces examens devant le bureau central devront être sérieux, très sérieux, et confiés à des examinateurs réellement compétents, si l'on ne veut pas voir se renouveler les abus que la création de ce même bureau est destinée à faire disparaître.

Dans notre prochain numéro, nous reviendrons sur un sujet que le manque d'espace nous empêche de traiter à fond aujourd'hui. Nous dirons cependant, que si nous acceptons l'ensemble du rapport du sous-comité, il est des détails au sujet desquels nous tenons à faire des réserves. Ainsi nous ne saurions accepter l'amendement proposé par M. le Dr. Hingston à l'effet d'exempter de l'examen préliminaire certains candidats non porteurs du diplôme de Bacheliers ès Arts. En second lieu, le nombre de deux déterminé comme devant être celui des membres de chaque comité d'examen nous semble insuffisant. Enfin, à notre sens, les amendements projetés devraient être mis en force immédiatement. Le besoin que nous avons de ces réformes et surtout du Bureau Central est aussi impérieux aujourd'hui qu'il le sera dans un, deux ou quatre ans, et même l'est-il d'avantage.

Un exemple à suivre.

On sait que depuis l'établissement de l'Université Laval à Montréal, l'Association des dentistes de la province de Québec a tenu ses assemblées annuelles dans les salles de l'Université, rue Notre-Dame. Lors

de sa dernière réunion, l'Association a, sur la proposition de M. le Dr. C. F. Trestler, voté la somme de cinquante dollars à la bibliothèque de la Faculté de médecine de l'Université, comme témoignage de reconnaissance pour l'usage des salles que l'Université met chaque année et gratuitement à leur disposition. C'était là reconnaître avec autant de tact que d'à propos les services rendus, et nous nous permettons de féliciter cordialement à ce sujet l'Association des dentistes. Il arrive souvent que des associations de ce genre se réunissent ainsi, une ou deux fois l'an, dans les salles d'institutions consacrées à l'éducation supérieure, et, la plupart du temps, un vote de remerciements est la seule marque de gratitude qu'il soit convenu de donner. On conviendra aisément que l'on pourrait faire mieux, et l'action de messieurs les dentistes le prouve assez. Au reste, en contribuant ainsi à l'augmentation de la bibliothèque de la Faculté de médecine, ces messieurs ont, sans le savoir, fait une œuvre qui leur sera profitable dans un avenir plus ou moins prochain, puisque, aussitôt que l'installation en aura été faite d'une manière convenable, la bibliothèque de la Faculté sera ouverte au public médical.

La contribution annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens

Nous rappelons à nos lecteurs que les élections du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec auront lieu à Montréal le 14 juillet prochain, et que pour pouvoir voter à cette élection tout membre du Collège doit avoir payé sa contribution annuelle jusqu'au 1er juillet 1886 et ses arrérages, s'il y en a.

Il est à espérer que tous se feront un devoir de payer contributions et arrérages, se mettant ainsi en mesure de pouvoir exercer leur droit de vote à cette élection. Si on en excepte le droit de pratiquer et celui de percevoir des honoraires bien et dûment gagnés le droit de vote est à peu près le seul privilège que nous confère le paiement de cette contribution annuelle. Il n'est donc que juste que nous en usions.

Nous croyons aussi que tous ceux qui, en juillet prochain, pourront venir à Montréal, exercer par eux-mêmes leur droit de voter à l'élection des Gouverneurs, devraient s'empresser de le faire, surtout à un moment où des intérêts si importants sont en jeu et où il s'agit de faire subir à la loi médicale des modifications si sérieuses. Que ceux qui ne pourront pas absolument venir, choisissent parmi leurs amis quelqu'un à qui ils puissent en toute sécurité confier leur procuration et qui sache les représenter dignement à l'élection.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ROBERTS (A. Sidney.) M.D. — *Clinical lectures on Orthopedic Surgery*, delivered at the Philadelphia Hospital. Nos. 1 and 2. — *The etiology, morbid anatomy, varieties and treatment of club-foot.*

Publications du *Progrès médical.*

GILLES DE LA TOURETTE. — *Études cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée*

par la méthode, des empreintes (avec 31 figures.) Brochure in-8 de 78 pages, avec 31 figures.—Prix. 2 fr. 50

Publications du *Bureau Central de Santé* de la province de Québec.

La variole ; moyens de s'en préserver.—Brochure in-12, de 15 pages.

La fièvre typhoïde et le choléra ; moyens de s'en préserver.—Brochure in-12, de 15 pages.

La diphtérie et les moyens de s'en préserver.—Brochure in-12, de 15 pages.

La fièvre scarlatine ; moyens de s'en préserver.—Brochure in-12, de 15 pages.

Ces quatre opuscules renferment la plupart des renseignements dont le public extra-médical a besoin pour reconnaître dès leur apparition les principales maladies contagieuses. Les symptômes y sont exposés succinctement, ainsi que le diagnostic et le traitement hygiénique. On insiste beaucoup sur la prophylaxie et les mesures préventives.

Le tout étant destiné au peuple, on s'y est servi d'un langage fort simple, que les moins lettrés peuvent comprendre. C'est une œuvre utile qu'a faite là le Bureau Central, et nous espérons qu'elle portera ses fruits.

BUCK.—*A Reference Handbook of the Medical Sciences, embracing the entire range of Scientific and Practical Medicine and allied sciences, by various writers.*—Edited by Albert H. Buck, M.D.—VOLUME II.

Le deuxième des huit volumes qui constitueront ce splendide ouvrage vient de paraître, il y a quelques semaines. Il ne le cède en rien au premier qui a été si favorablement apprécié par toute la presse médicale. La forme et le fond ne laissent rien à désirer.

Nos voisins, chez qui on ne saurait refuser de méconnaître un merveilleux esprit pratique, ont su donner une valeur toute nouvelle à ces publications de longue haleine en repartissant la matière qui doit être traitée entre un nombre considérable de spécialistes qui travaillent simultanément. Cela fait que le tout est publié dans un espace de temps relativement très court et que le dernier volume a la même valeur scientifique et le même cachet d'actualité que le premier. Beaucoup de grands ouvrages n'offrent pas le même avantage.

Cent-quatre auteurs différents ont contribué au deuxième volume du "Reference Handbook" et ont écrit sur les sujets suivants :

Anatomie chirurgicale ; Climatologie ; Hygiène ; Médecine légale ; Diagnostic général ; les Parasites ; Histologie ; Physiologie ; Ophthalmologie ; Otologie et surdi-mutité ; Pathologie générale et Thérapeutique ; Pathologie chirurgicale et chirurgie générale ; Toxicologie ; Gynécologie ; Dermatologie ; Médecine militaire ; Thérapeutique générale, à part de nombreux articles sur la chimie physiologique et pathologique, la matière médicale et les eaux minérales.

Ce volume est illustré de six chromo-lithographies et de cinq cent trois gravures sur bois.

La maison William Wood & Company, toujours soucieuse de sa haute réputation, n'a rien épargné pour imprimer son cachet d'excellence sur cet ouvrage dont elle s'enorgueillit à bon droit.

Quant aux noms d'auteurs, ne pouvant les citer tous, nous préférons n'en mentionner aucun en particulier, par crainte d'omettre les principaux ; on conçoit qu'il ne nous est pas possible de juger du mérite

comparatif de tant de noms connus dans toutes les *spécialités* ; il nous est cependant permis d'affirmer que ces noms sont une garantie de la haute valeur scientifique de l'œuvre.

La maison Wood se fera un plaisir de donner à quiconque en fera la demande tous les renseignements désirés.

NOUVELLES MÉDICALES.

M. le Dr. Armand MIGNAULT vient de se fixer à North Cambridge, Mass. E.-U.

M. le Dr. RICARD, de Montréal, a pris un associé dans la personne de M. le Dr. E. Grignon.

MM. les Drs. W. HÉNAULT et C. O. OSTIGNY, nouveaux gradués de l'Université Laval à Montréal, vont pratiquer, le premier à Berthier (en haut), le second à Concordia, Kansas, E. U.

On dit qu'à Chicago il y a un médecin par 365 habitants. On se demande quels sont ceux que l'on doit plaindre : les médecins ou les malades.

La *Revue médicale française et étrangère*, dirigée naguère par le Dr. Ed. Fournié, cesse de paraître, par suite de la mort de son rédacteur en chef et propriétaire.

Les souscriptions et contributions à l'établissement de l'*Institut Pasteur* continuent de pleuvoir. Le 24 avril, elles atteignaient déjà le chiffre de 600,000 francs. On peut être assuré, dit le *Concours médical*, que le million sera atteint, sinon dépassé.

Le successeur du regretté professeur FLINT, dans la chaire de pathologie interne au *Bellevue Hospital Medical College*, est M. le Dr. E. G. JANEWAY, ci-devant professeur d'anatomie pathologique.

The Neurological Review est le titre d'un nouveau journal mensuel que publie M. le Dr. J. S. JEWELL, de Chicago, et dont le premier numéro vient de nous arriver. Cette revue s'occupera exclusivement des maladies nerveuses et mentales. Le nom seul de M. le Dr. JEWELL lui est un gage de succès. Nous sommes heureux de placer la *Review* sur la liste de nos échanges.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du jeudi 12 août au jeudi 19 août 1886 inclusivement, sous la présidence de M. le professeur FRIEDEL.

Le *Journal d'Hygiène Populaire* vient d'entrer dans sa troisième année d'existence. M. le Dr. DESROCHES a su faire du *Journal* une revue des plus intéressantes et des plus utiles, et nous comptons que les résultats pécuniaires et scientifiques de l'entreprise continueront à encourager notre collègue et ami dans la tâche difficile qu'il s'est imposée.

A sa séance du 9 avril dernier, la *Société Française d'Hygiène* a nommé membres associés-étrangers : M. H. R. GRAY, président du Comité de Santé de la ville de Montréal, MM. les Drs. Ls. LABERGE, N. FAFARD, A. FOUCHER, L. J. V. CLEROUX, A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS, et M. C. A. PRISTER, professeur de chimie à l'École Polytechnique.

M. le Dr N. S. DAVIS, de Chigago, remplacera feu le prof. FLINT en qualité de président du Congrès International de médecine qui doit se tenir à Washington, l'an prochain.

Mr. SAVORY, président du Collège Royal des Chirurgiens, Angleterre, a, dit-on, refusé le titre de chevalier qui lui était offert par le gouvernement de Sa Majesté. A voir l'étonnement que manifestent à ce sujet la plupart des journaux anglais, il semble que de tels exemples de désintéressement sont plus que rares.

Nécrologie.—A Londres, M. le Dr. J. F. STREATFIELD, chirurgien du *Royal London Ophthalmic Hospital*.—A Paris, M. le Dr. Legrand du SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, président de la Société médico-psychologique, officier de la Légion d'Honneur. Les nombreux travaux de M. Legrand du SAULLE en médecine légale et en pathologie mentale sont connus de tous nos lecteurs. Cette mort laisse de vifs et unanimes regrets.

Nouveaux étudiants.—Lors des derniers examens pour l'admission à l'étude de la médecine, ont été admis à commencer leurs études médicales, MM. Ch. Vézina, Ed. Provençal, L. L. J. Masson, Hector H. Roy, F. X. Richard, G. B. Faribeault, Edmond Huet, Jos. Lemay, Edmond Savard, Arthur Taillefer, O. Mercier, A. Baribeau, Lazare Robilarn, Ed. Laurin, Ch. Lemaire, W. Legault, Autoine Brassard, Alidor Noël, P. Lussier, J. C. E. Tassé, Rod. Chevrier, F. Thompson, Cl. Desrosiers, Chs. D. Mickle, Elz. Lebiche, H. Lauriault, Chs. Girard, J. A. Magnan, Félix Sèvres, A. N. Dorais, J. O. Poitras, A. J. DeMartigny, A. E. Villeneuve, J. A. René, Paul Gagner, Al. Lecavalier, H. Fortier, G. Lepage, L. N. F. Cypihot, E. Dumont, Joseph Désy, V. Vézina, E. Morin, Jos. A. Bédard, G. P. McKee, Louis St. Germain, J. A. Charrette, Florian Lavoie, Jos. Marchand, Louis Berthiaume, E. Rainville, Théodule Mecuyer, Jules Dandurand, W. S. England et John Hayes.

NAISSANCES.

BROUILLET.—A Kamouraska, vendredi, le 7 mai, la dame du Dr. V. J. E. Brouillet, une fille.

MARIAGE.

POITEVIN-RODIER —A Montréal, le 18 mai, par le Rev. J. St-Denis, E. A. Poitevin Eccl., M. D., professeur de Botanique et d'Anatomie pratique à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, à Mademoiselle Marie Edesse Elmina Rodier, fille du Lieut-Col P. A. Rodier

HÉBERT-BISSONNETTE.—A Montréal, mercredi, le 19 mai, M. A. E. Hébert, M. D., de St Raymond (comté de Portneuf) à Mademoiselle Corinne Adèle Bissonnette, fille aînée de M. le grand Connétable Adolphe Bissonnette.