

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DE LA MARINE (Québec)—M. CATELLIER.

Fractures de cuisse. (1)

Dans notre dernière leçon nous avons étudié un cas de fracture simple du fémur dans son tiers moyen. Comme ce cas ne présentait pas d'intérêt spécial, en dehors de la lésion osseuse elle-même, et que plusieurs d'entre vous suivaient la clinique chirurgicale pour la première fois, j'en ai profité pour vous donner les notions les plus nécessaires sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces accidents.

Il nous reste à voir d'autres cas de fracture du même os, à peu près au même niveau, mais tous présentant quelque *complication*.

Le premier, en date, de ces cas compliqués est celui du malade couché au n° 7 de la salle 42. Ce matelot a fait en mer, vingt jours avant son arrivée dans le port de Québec, une chute de 70 à 80 pieds qui lui a cassé le radius droit, à sa partie inférieure, et le fémur du même côté, entre le tiers moyen et le tiers inférieur. Il est entré ici il y a trois jours. C'est un colosse musculeux, comme vous pouvez vous en assurer par l'inspection du tronc et des membres; il est âgé de 21 ans.

Nous laisserons de côté, pour aujourd'hui, la fracture du radius pour ne nous occuper que de celle du fémur. Et tout d'abord, pour mieux vous en faire saisir les particularités, et surtout pour vous montrer la singulière complication qui l'accompagne, j'enlève l'appareil à simple immobilisation que je lui ai appliqué l'autre jour, et qui ne diffère guère de celui que j'ai trouvé sur le membre lors de l'admission du blessé à l'hôpital.

Vous voyez que la cuisse droite est plus grosse que l'autre et que la simple vue y constate un raccourcissement que la mensuration, d'ailleurs, vient confirmer et préciser: deux pouces. En l'empoignant avec vos deux mains, à sa partie inférieure, vous sentirez très bien, au milieu d'un cal énorme, les extrémités des fragments et leur situation respective; le supérieur est antéro-interne et l'inférieur postéro-externe. Vous pouvez juger, en même temps, de l'obliquité de la fracture par l'espace de plus de cinq pouces qui sépare ces deux extrémités. Comme deux pouces seulement sont dus au chevauchement, la mensuration n'indiquant que ce raccourcissement, le reste est évidemment dû à l'obliquité des fragments. Si vous essayez de produire du mouvement anormal au niveau de cette fracture, vous ne réussirez pas, même en

(1) Clinique du 18 octobre 1883—Voir la livraison de janvier pour la leçon précédente.

faisant des pressions assez fortes. La consolidation est donc déjà avancée. Il est vrai que cette résistance aux mouvements communiqués peut en partie s'expliquer par le fait même de la direction très oblique des fragments qui se tiennent ainsi par de larges surfaces.

Mais voici ce qui donne à ce cas un intérêt particulier et qui me le fait classer parmi les *fractures compliquées*, bien que je n'aie trouvé cette complication indiquée nulle part. Si vous examinez le genou du côté blessé, vous voyez qu'il n'est guère plus gros que l'autre; la palpation n'y fait rien découvrir de particulier; il n'y a pas de fluctuation, même si on essaie de colliger en un point, sous la rotule, par exemple, le peu de liquide que peut bien contenir l'articlo. Mais si je saisis la jambe, vous voyez que je puis produire facilement, et sans douleur pour le patient, des mouvements étendus de rotation et de latéralité, dont le centre est le genou. Le mouvement d'extension est encore plus remarquable; je le porte sans effort, rien qu'à soulever la jambe, à un point que cette dernière fait avec l'axe prolongé de la cuisse un angle que j'estime à bien près de 45 degrés. Or, je n'ai pas besoin de vous le dire, tous ces mouvements sont anormaux dans un genou sain. A quoi donc peuvent-ils être dus ici? Ils supposent, pour être possibles, soit une fracture non unie siégeant dans l'articulation ou très près d'elle, soit une rupture de plusieurs des ligaments articulaires, soit enfin un allongement, un relâchement extraordinaire de ces mêmes ligaments. Le genou était ferme avant la chute; car c'était là un détail dont je devais m'assurer de suite.

J'élimine la première de ces hypothèses, vu l'absence des autres symptômes d'une fracture au niveau du genou. Si pareille fracture eût existé, elle eût certainement laissé des traces sous forme de cal, de déformation, etc. Or la palpation, bien facile ici, parce que le genou n'est pas gonflé, n'indique rien de semblable. D'ailleurs, s'il est vrai de dire que ces sortes de fractures, quand elles sont récentes, permettent parfois de ces mouvements anormaux qui semblent, à un examen peu attentif, se passer dans l'articulation, il est d'expérience qu'avec le temps, et ici l'accident remonte déjà à vingt trois jours, elles amènent bien plutôt la roideur que le relâchement articulaire.—J'élimine également la seconde hypothèse, celle d'une rupture des ligaments; car il faudrait supposer que cette rupture eût porté non seulement sur les ligaments postérieur et latéraux, mais encore et surtout sur les ligaments croisés. Or il me répugne de croire à un pareil désordre sans que le blessé ait même accusé de douleur dans son genou.—Reste la troisième hypothèse, celle d'un relâchement considérable des ligaments de l'articulation, le résultat d'une entorse du genou qui aurait été produite au moment de la chute, et qui aurait amené un épanchement articulaire considérable. C'est à cette hypothèse que je me rattache, d'abord parce que je n'en ai pas de meilleure pour expliquer l'état actuel du genou, et aussi à cause de l'analogie que je remarque entre ce que je vois ici et le relâchement qui persiste quelquefois après l'hydarthrose de cette articulation. J'ai un autre motif, également d'analogie, pour m'en tenir à cette idée d'un épanchement articulaire ayant dû se faire après la chute; c'est l'histoire d'un cas, en tout semblable à celui-ci, mais où cet épanchement avait été parfaitement observé.

En effet, c'est la seconde fois que j'ai occasion de constater cet étran-

ge relâchement du genou comme complication d'une fracture du fémur. Ceux d'entre vous qui ont suivi la clinique du printemps dernier doivent se rappeler ce jeune matelot allemand qui fut admis dans nos salles pour une fracture du fémur arrivée 17 jours auparavant, et siégeant, comme ici, entre le tiers moyen et le tiers inférieur. Le relâchement extraordinaire du genou qui compliquait cette fracture, et que j'observais alors pour la première fois, était encore plus marqué que celui qui existe sur notre blessé actuel, mais d'ailleurs lui ressemblait d'une manière frappante. Comme ici, aucune douleur, aucun gonflement, aucune fluctuation perceptible dans le genou, mais la même possibilité de produire entre la jambe et la cuisse des mouvements étendus en tous sens. C'était à tel point qu'on aurait pu croire que ce genou avait perdu tous ses ligaments, et que le tibia ne tenait au fémur que par la peau et les muscles. J'ai comparé dans le temps la jambe de ce garçon au battant d'un fléau. Vous vous rappelez qu'en exerçant sur elle une légère traction, puis en la repoussant un peu brusquement, je pouvais produire entre le tibia et les condyles du fémur un choc très audible. Or, dans ce premier cas, un épanchement articulaire avait existé. Le capitaine du vaisseau, que j'interrogeai minutieusement et à plusieurs reprises à ce sujet, m'a toujours déclaré que quelques jours après la chute qui avait causé la fracture du fémur, le genou était devenu douloureux, très gros, arrondi, et qu'en le palpant on ne sentait pas les os, mais qu'on avait plutôt la sensation d'une vessie pleine de liquide. Il est impossible de ne pas voir là un épanchement articulaire, et c'est à cet épanchement et à l'allongement des ligaments qu'il avait produit, que j'attribuai naturellement le relâchement du genou. L'épanchement avait complètement disparu au bout de quinze jours, alors que le blessé fut apporté à l'hôpital, mais le relâchement des ligaments, qui en avait été la conséquence, avait persisté. J'imagine qu'il doit en avoir été ainsi de notre blessé d'aujourd'hui. Il est vrai qu'il ne dit pas avoir souffert du côté du genou, et le capitaine qui l'a soigné n'a pas remarqué de gonflement ; mais, d'une part, on sait que l'hydarthrose se développe assez souvent sans douleur, et d'un autre côté, comme tout le membre était recouvert d'attelles et de bandes, un épanchement a bien pu se faire dans le genou et passer inaperçu. Dans le premier cas la douleur du genou avait forcé le capitaine à lever l'appareil, ce qui lui avait fait constater l'épanchement.

Mais enfin, en présence d'une semblable complication, quelque soit la manière dont on doive l'expliquer, quelle va être notre ligne de conduite par rapport à la fracture ? Comme vous pouvez le constater, cette dernière est en voie de se consolider avec un raccourcissement de deux pouces. C'est précisément le raccourcissement que présentait notre jeune allemand ; mais chez lui la consolidation n'était pas aussi avancée. On pouvait encore produire entre les fragments un léger mouvement anormal, qui, ici, paraît impossible sans un développement de force que je ne veux pas employer.

Avant de répondre à la question que je viens de me poser, veuillez me permettre de faire une digression ou plutôt une supposition. Si ces deux cas de fracture s'étaient présentés à mon observation sans ce relâchement du genou, mais d'ailleurs dans les mêmes conditions de consolidation et de raccourcissement, j'aurais eu à me demander s'il

était encore possible d'obtenir un allongement notable du membre par l'extension seule, ou bien si la *refracture* préalable n'était pas indiquée. La première question, je crois que j'aurais dû la résoudre dans l'affirmative pour le premier cas, celui qui présentait encore un peu de mouvement anormal, et dans la négative pour le second. Nous avons assez souvent ici à traiter des fractures de cuisse arrivées en mer et admises quelques semaines plus tard à l'hôpital, dans les conditions de celle de notre premier blessé, et généralement, par une extension un peu énergique, surtout les premiers jours, nous obtenons un notable allongement du membre, bien que ce dernier reste toujours sensiblement plus court que lorsque l'extension a été appliquée dès le début. Mais quand le cal a acquis le degré de fermeté que nous remarquons ici, l'extension, même énergique, mais dans tous les cas supportable, ayant à lutter et contre un cal qui s'ossifie et contre des muscles raccourcis, reste habituellement sans résultat. Eh bien, alors, toujours dans la supposition qu'il n'y avait pas de relâchement du genou, aurais-je dû refracturer ce membre? Je ne le crois pas; et sans vouloir trop blâmer la pratique de ceux qui, en pareille circonstance, tenteraient de le faire dans l'espoir de diminuer le raccourcissement, je ne l'adopterais pas, car je sais que cet espoir est le plus souvent trompeur. Après quelques semaines, il devient presque aussi difficile d'allonger cette masse de muscles puisants de la cuisse que si leur longueur nouvelle eût toujours été leur longueur normale. Dans tous les cas, chez un individu adulte et musculueux, je ne vous conseille pas de tenter la refracture après quatre semaines, pour un simple raccourcissement de deux pouces, quand l'union est aussi ferme que celle qu'on constate ici. Il en serait bien autrement si, au lieu d'un simple raccourcissement, sur un membre d'ailleurs droit, vous étiez en présence d'une fracture unie avec un déplacement angulaire notable. Dans ce cas je vous conseillerais de refracturer l'os et de le mettre droit; car vous pouvez toujours obtenir ce résultat, quelle que soit l'ancienneté de la fracture. Je ne crois pas m'éloigner de la saine pratique en disant que la refracture doit être la règle dans les cas de consolidation avec déformation angulaire notable, mais la *très rare exception* dans les cas de simple raccourcissement.

Je viens de faire là, un peu pour avoir occasion de vous dire ce que je pense des refractures, une supposition d'un état qui n'existe pas sur notre blessé, qu'il me faut bien prendre, pour juger la question du traitement à instituer, avec son relâchement du genou, tel qu'il m'est arrivé, il y a trois jours, et, à ce point de vue, il me paraît évident que, même si l'extension seule ou l'extension après la refracture avait eu quelque chance d'allonger le membre, je ne devais pas l'employer, au moins faite de la manière ordinaire, c'est-à-dire, prise sur la jambe, et cela dans la crainte d'augmenter encore cet allongement des ligaments articulaires. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'extension faite sur la jambe n'est transmise au fragment inférieur du fémur que par les ligaments qui unissent celui-ci au tibia. J'irai plus loin, je n'oserais faire aucune traction sur la jambe, même si le cas était récent. Car je considère ici l'affection du genou beaucoup plus grave que la lésion osseuse, et pouvant, bien plus sûrement que cette dernière, rendre l'individu infirme pour la vie, si elle ne s'améliore pas. Rien d'étonnant alors que je ne veuille rien entreprendre qui soit de nature à l'augmenter ou seulement à la rendre permanente. Quant à prendre le genou, ou plutôt les condyles du

fémur, comme point d'appui pour l'extension, je ne pourrais y songer que si le cas était récent, et encore je sais qu'on ne peut guère faire d'extension efficace sur ces points qui deviennent facilement douloureux. On ne peut ici, comme sur la jambe, distribuer la traction sur une grande surface au moyen de bandelettes adhésives; appliquées sur la cuisse ces bandelettes ne feraient évidemment que tirer sur la peau et le bassin, et non sur le fragment inférieur. Cette extension doit être faite alors, pour ne pas être tout à fait illusoire, au moyen d'un collier en cuir, assez large, bien rembourré, et mis un peu serré au-dessus du genou. C'est sur ce collier que l'on fixe, de chaque côté, les liens extenseurs. Vous devez vous rappeler que j'ai essayé ce mode d'extension sur notre premier blessé, le jeune allemand, mais sans autre résultat que de faire souffrir le patient. J'ai dû bientôt y renoncer d'ailleurs, devant des rougeurs qui s'accroissaient de plus en plus au niveau des condyles et qui me faisaient craindre l'ulcération.

Ce que je ferais, probablement, si le cas qui nous occupe actuellement était suffisamment récent, serait de chloroformer le malade et de faire sur le genou une extension énergique dans le but de réduire la fracture le plus complètement qu'il me serait possible, puis d'appliquer de suite un appareil plâtré suivant la méthode de Sayre. Je maintiendrais l'extension, non seulement pendant l'application de l'appareil, mais encore jusqu'à ce que le plâtre fût bien durci. Cela ne prend, au reste, que quelques minutes.

Pour le cas actuel donc, comme pour celui du printemps dernier, vu l'état de relâchement du genou et la consolidation déjà avancée du cal, je me contenterai d'immobiliser les fragments par une longue attelle externe et une attelle postérieure. Mais comme mon premier cas m'a valu quelque expérience, j'ajoute que dès que l'union sera assez ferme, c'est-à-dire dans quinze ou vingt jours au plus, je ferai lever le blessé, afin qu'il puisse donner de l'exercice à son genou. C'est de cet exercice, en effet, que j'attends l'amélioration de son articulation. Le printemps dernier, j'ai dû tâtonner quelque peu dans cette seconde partie du traitement, celle qui s'adressait plus spécialement au relâchement du genou. En me laissant guider par l'analogie que je remarquais entre ce relâchement et celui qui persiste quelquefois après l'hydarthrose, j'ai naturellement essayé des moyens qu'on emploie contre ce dernier; badigeonnage à la teinture d'iode, immobilisation, un peu de compression, etc; mais rien n'y faisait, et le relâchement articulaire persistait toujours au même degré. Ce n'est que lorsque j'ai permis au malade de se lever sur des béquilles que l'amélioration a commencé à se faire. Elle a été rapide; et lorsqu'il nous a quittés, six semaines seulement plus tard, son genou était déjà relativement ferme. J'ai l'espoir qu'il en sera ainsi pour ce second cas. Alors on pourra peut-être tirer cette conclusion, que si le relâchement du genou, qui complique parfois, bien que rarement, une fracture du fémur, a des analogies frappantes avec celui qui persiste quelquefois après l'hydarthrose de cette articulation, il n'en a pas, au même degré, le caractère de permanence.

25 janvier 1884.—L'appareil a été enlevé dans les premiers jours de novembre; le blessé a passé encore une semaine au lit, puis s'est levé. A cette époque, son genou était aussi relâché que lors de son entrée à l'hôpital; mais dès qu'il a commencé à marcher, l'amélioration a été rapide,

et aujourd'hui le genou droit est à peu près aussi ferme que l'autre et les mouvements anormaux y sont devenus impossibles. Les marches, même prolongées, ne le fatiguent pas. Chose remarquable, malgré un raccourcissement de deux pouces, constaté de nouveau par la mensuration aujourd'hui même, la claudication (c'est plutôt un léger balancement latéral du corps,) est si peu sensible, que les personnes dont l'attention n'est pas attirée de ce côté, comme j'en ai fait à plusieurs reprises l'expérience, ne la remarquent pas.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — M. BROSSEAU.

Des corps étrangers de la vessie et de l'urèthre.

(Leçon sténographiée par M. J. SURPRENANT, M. B.)

Depuis l'ouverture de cet hôpital, nous avons rencontré plusieurs cas de corps étrangers de la vessie. Ces jours derniers encore, nous en avons un digne d'attirer notre attention. Je saisis cette occasion propice pour vous faire quelques remarques cliniques à ce sujet.

OBSERVATION.—O. L., 67 ans, grand, maigre et presque sourd; pris depuis longtemps d'une hypertrophie de la prostate, il subit les troubles de la miction ordinaires à ces cas: douleur, gêne, efforts, etc.

Ces jours derniers, il éprouve encore plus qu'à l'ordinaire de difficultés à uriner, et croit pouvoir s'aider en s'introduisant dans le canal de l'urèthre une longue épingle à châte; malheureusement, il échappe cette épingle qui pénètre jusque dans la vessie. O. L. entre à l'hôpital le 7 janvier, deux jours après cet accident.

Son état de cécité complète laisse planer des doutes sur sa mésaventure. On se demande si le pauvre aveugle n'a pas laissé tomber par terre cette épingle et la croit dans sa vessie. Nous faisons tout de même l'examen de cet organe et nous y constatons, en effet, la présence d'un corps étranger qui a tout à fait l'apparence d'une épingle, et qui se trouve en travers de la vessie, immédiatement en arrière du col.

Nous le saisissons avec un instrument spécialement construit à cet effet, mais nous ne pouvons réussir à le saisir par un de ses bouts, et comme il est trop résistant pour être ployé en deux, il nous est impossible de l'extraire. Le lendemain, nous essayons de nouveau, mais sans plus de succès.

Le malade ayant refusé de nous autoriser à pratiquer la taille dans le cas d'insuccès, nous sommes forcément obligés de nous abstenir de recourir à l'opération.

Deux jours plus tard ce patient laisse l'hôpital sous prétexte qu'il ne sent plus de douleur et que par conséquent son épingle doit être sortie durant une miction. Il s'oppose à toute nouvelle intervention.

Le 30 janvier le pauvre aveugle nous est ramené, il est décidé à se laisser opérer.

Le malade est chloroformisé; nous constatons de nouveau la présence du corps étranger dans la vessie et faisons encore quelques tentatives d'extraction par les voies naturelles, mais sans plus de succès que la première fois; nous ne pouvons réussir à saisir l'épingle par un bout. Alors nous pratiquons, séance tenante, la taille latéralisée.

Le périnée ne présente que peu d'épaisseur, de sorte que du troisième coup de bistouri nous pénétrons dans la vessie. L'index gauche appuyé sur l'épingle en reconnaît exactement la position, il aide aussi à en faire glisser graduellement la pointe dans les mors d'une longue pince introduite par la plaie. Alors l'extraction en est faite. Cette épingle mesure bien trois pouces de longueur et porte les traces des mors de la pince.

Une légère fièvre inflammatoire se fait sentir les jours suivants, température à 101°, pouls à 90, et bientôt tout va pour le mieux. Le pauvre homme est tout à fait surpris de ne plus uriner par la verge; il est bien inquiet de savoir s'il va toujours ainsi mouiller son lit, il s'ennuie beaucoup à l'hôpital et nous supplie de le laisser partir dès le 13^e jour après l'opération, ce à quoi nous consentons malgré nous.

Les urines sortent à ce moment, en partie par la plaie, en partie par l'urèthre.

Outre cette épingle, voici d'autres corps étrangers extraits de la vessie de patients dans cet hôpital.

1° Un porte-crayon commun, en cuivre, d'environ 2½ pouces de long, qu'une fille hystérique s'est introduit dans la vessie. L'extraction en a été facile, après la dilatation de l'urèthre.

2° Un long fragment de sonde en caoutchouc vulcanisé, extrait de la vessie d'un vieillard. Cet homme se faisait le cathétérisme lui-même et un jour il tira si violemment la sonde qu'il la rompit et un long fragment resta dans sa vessie. Le malade étant amené à l'hôpital, nous avons pu saisir ce bout de sonde avec un brise-pierre et l'extraire replié en deux, grâce à la grande mollesse du caoutchouc.

3° Un petit rouleau en bois, longueur: un pouce, épaisseur: $\frac{3}{4}$ de pouce. Ce rouleau a été trouvé dans la vessie d'une fille hystérique et extrait par l'urèthre avec le doigt replié en crochet. Ce corps étranger a séjourné longtemps dans la vessie; il est tout incrusté de sels calcaires.

Je pourrais vous faire voir encore plusieurs autres corps étrangers extraits de la vessie, mais cela n'ajouterait aucun intérêt à cette étude. Laissez-moi plutôt entrer dans quelques considérations pratiques.

Il existe peu de ces corps étrangers de la vessie que l'on puisse broyer; en effet, une personne craindrait de s'introduire dans la vessie un corps fragile; presque tous sont durs, résistants et doivent être retirés entiers, ou en deux ou trois fragments. Les fabricants français ont construit d'ingénieux instruments pour l'extraction de ces corps étrangers, qu'ils ont appelé *duplicateurs*, *redresseurs*, *diviseurs*, d'après la nature de leurs fonctions respectives. La composition, le volume, la forme du corps étranger indiquent au chirurgien lequel de ces instruments il doit choisir.

La voie la plus ordinaire par laquelle les corps étrangers pénètrent dans la vessie, c'est l'urèthre; il arrive cependant encore assez souvent qu'un corps étranger placé dans le vagin, le rectum, se fraye une voie jusque dans la vessie; un projectile d'arme à feu peut aussi venir se loger dans cet organe. Pour extraire ces corps étrangers, le chirurgien doit suivre leur voie d'introduction, pénétrer par la même ouverture, autant que possible, ou sinon faire la taille.

Les corps étrangers de la vessie s'incrument très facilement de sels calcaires et servent de noyau à un calcul vésical. S'ils sont laissés à

eux-mêmes, ils peuvent déterminer une cystite violente, une ulcération, une perforation des parois vésicales, une péritonite. D'autres fois ils ne détermineront que peu d'inconvénients, une cystite chronique, ou quelques douleurs après la miction.

Les jeunes garçons s'introduisent souvent dans la vessie, dans un but plus ou moins avouable, soit un crayon d'ardoise, soit un manche de plume, soit un brin de paille, etc. Le vieillard, lui, cherche à faciliter sa miction au moyen d'un instrument quelconque qu'il lui arrive parfois d'échapper. Le chirurgien se sert quelquefois d'une sonde détériorée qui se rompt, ou il force trop un brise-pierre qui se casse et laisse un corps étranger dans la vessie. La fille hystérique, elle, cherche quelquefois, dit le Dr Demons, à charmer ses loisirs de vierge en s'introduisant dans l'urèthre un étui, un bout de bois, un crayon qu'elle laisse glisser dans sa vessie : aberration déplorable du sens génital.

La thérapeutique des corps étrangers de la vessie doit varier selon la nature de ces corps, la durée de leur séjour dans la vessie et le sexe du patient. Par exemple, chez la femme, un corps étranger assez volumineux peut être extrait par l'urèthre tant celui-ci est dilatable, surtout lorsque la malade est anesthésiée. Il est en effet étonnant combien on peut dilater l'urèthre d'une femme et cela instantanément et sans incontinence subséquente d'urine, on peut donner à ce canal un pouce de diamètre.

L'urèthre de l'homme est beaucoup moins dilatable, mais cependant on peut lui donner de fortes dimensions, comme le prouve le procédé de lithotritie rapide de Bigelow, qui requiert des instruments d'un calibre excessif.

Le chirurgien, dans l'intérêt du patient, doit toujours chercher à extraire les corps étrangers par les voies naturelles en les dilatant s'il le faut. Lorsqu'il s'agit de corps allongés, effilés, plus ou moins rigides, tels que les fragments de sonde en gomme par exemple, l'instrument appelé *redresseur* qui ressemble à un brise-pierre, excepté dans la conformation de ses mors, est celui que le chirurgien doit adopter de préférence aux autres. Par son mécanisme, le redresseur ramène dans sa gouttière et dans son axe le corps étranger. Pour atteindre ce but cependant, il faut que ce corps étranger soit saisi près de l'un de ses bouts; s'il est saisi par le milieu, il faut user de la petite manœuvre suivante pour le mettre en position favorable. Arrivé au niveau du col de la vessie, si le chirurgien sent sa main arrêtée, il lâche prise, puis tire lentement l'instrument qui glisse sur le corps étranger, jusqu'à ce que celui-ci s'engage dans la cannelure et se redresse, puis alors l'extraction est des plus faciles.

Lorsque le chirurgien ne peut extraire un corps étranger par les voies naturelles, il ne lui reste plus qu'à pratiquer la taille, grande et belle opération, aussi féconde en bons résultats quand elle est faite dans ce but particulier que quand il s'agit de débarrasser un calculeux de sa pierre.

En terminant, permettez que je vous fasse connaître quelques-uns des moyens mis à notre disposition pour extraire les corps étrangers logés dans l'urèthre.

C'est surtout chez les petits garçons de 2 à 5 ans que nous rencontrons ces obstructions de l'urèthre : un petit calcul, gros comme un pois, violemment chassé de la vessie, s'arrête dans le cul-de-sac du bulbe, ou dans la portion pénienne ou tout près du méat. La miction devient impossible, les douleurs atroces et l'intervention urgente.

On doit d'abord essayer une petite curette ou une pince uréthrale, et si l'on ne peut saisir le petit calcul, il faut pratiquer l'uréthrotomie externe vis à vis le corps étranger et l'extraire. Pour que la petite plaie ainsi faite guérisse par première intention, on met une sonde à demeure pendant quelques jours.

Si une sonde en gomme ou autre corps mou se brise dans l'urèthre, les auteurs américains conseillent un moyen ingénieux pour les retirer : c'est de piquer la sonde, à travers le canal, avec une forte aiguille, puis de refouler, ratatiner la verge vers l'aiguille, comme quand on met un doigt de gant, puis piquer de nouveau avec une autre aiguille, et ainsi de suite jusqu'à ce que le bout de la sonde sorte par le méat.

1er mars.—J'ai revu le malade O. L.; il est tout à fait guéri.

Considérations sur la lymphangite utérine; (1)

par Flavien DUPONT, M. D., Montréal.

Il y a déjà quelques jours, en rédigeant mes notes, je vous demandais de reprocher au zèle de notre regretté président, les langueurs et les ennuis qui se rattachent au développement de la question que je viens traiter devant vous. De fait, c'est sous les pressions énergiques de cet ami vivement regretté, que j'ai sacrifié à l'honneur de vous entretenir le désir puissant que j'éprouvais d'attendre, afin de ne vous présenter que des faits d'observation pratique.

Aujourd'hui, je n'ai plus l'avantage de pouvoir rejeter mes fautes sur sa puissante responsabilité. Notre cher président, qu'une mort impitoyable a subitement arraché à notre affection, n'est plus ici. Cependant il me reste encore sa mémoire immortelle à laquelle je veux me recommander.

Messieurs, en vous inclinant respectueusement devant ce cercueil qui passe, songez au zèle et à la sollicitude que consacrait celui qu'il renferme, pour l'avancement de notre société. Et alors, en son nom, vous me pardonneriez, j'en suis sûr, les ennuis dans lesquels je vais maintenant vous entraîner.

Je développerai, d'une manière presque entièrement didactique, la lymphangite utérine et le rôle qu'elle joue dans les complications puerpérales et les affections de l'utérus.

N'allez pas croire que cette question soit renfermée dans le vaste cadre des théories stériles. Non. Si je ne touche pas à un fait d'observation ordinaire, je suis au moins convaincu de faire ici une étude remplie d'intérêt au point de vue pratique.

C'est, je crois, un sujet tout à fait nouveau pour quelques uns d'entre nous, et c'est précisément cette raison qui m'a engagé à en faire d'abord une étude didactique, quitte à vous en présenter, plus tard, les observations que j'aurai entrées dans mon cahier.

L'étude des lymphangites utérines, pour avoir été faite par des hommes considérables, il y a déjà plusieurs années, n'a, à proprement parler, atteint le "desideratum" voulu que dans ces derniers temps, je

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Montréal.

parle des dix ou douze dernières années écoulées, car c'est alors seulement qu'elle a conquis une place bien méritée dans la pathogénie des complications puerpérales et des affections peri-utérines, et cela, Messieurs, hâtons-nous de le dire, à la louange de deux observateurs distingués, Martineau et Lucas-Championnière, pour ne mentionner que les noms les plus saillants dans l'histoire de cette étude.

Grâce aux recherches consciencieuses et éclairées de ces savants, nous connaissons aujourd'hui, par les démonstrations évidentes qu'ils en ont faites, le rôle important que jouent les lymphatiques dans l'utérus malade.

La science est donc grandement redevable à ces deux savants médecins de Paris, et, de ce côté-ci de l'Océan, nous nous plaisons à les féliciter et à les applaudir.

Vous avez tous remarqué combien étaient fréquentes les douleurs du côté des annexes, chez les femmes en couches, dans les premiers jours qui suivent leur accouchement.

Vous avez également noté l'importance variable de ces douleurs du début, dans leur évolution ultérieure. Tantôt, elles sont accompagnées d'un léger mouvement fébrile qui cesse avec elle au bout de quelques jours, et tout rentre dans l'ordre; tantôt, la douleur est plus intense, la fièvre plus accentuée et on voit alors évoluer les symptômes d'une pelvi-péritonite, ou plus rarement, ceux d'un phlegmon du ligament large.

Dans d'autres circonstances, le mal prend des proportions, et nous voyons se développer les manifestations violentes d'une péritonite généralisée.

Enfin, par malheur pour nos accouchées, grâce aux circonstances atmosphériques, à l'encombrement, à l'épidémicité ou à la contagion, on voit encore, *faisant toujours suite aux douleurs locales du début*, éclater les accidents terribles d'une péritonite plus ou moins généralisée qui tue rapidement nos malades.

Que signifie cette douleur constante du début, toujours localisée du côté des annexes de la matrice?

Tous les observateurs l'ont remarquée. N'y a-t-il pas là un fait frappant, capable de nous faire croire à une origine commune des complications diverses qui suivent cette douleur, dans une lésion anatomique constante, toujours la même?

Lucas-Championnière, imbu de cette idée, cherche et trouve cette lésion où? Dans une inflammation des lymphatiques utérins. Et comme preuve, il appuie ses avancés sur des observations nombreuses accompagnées de pièces anatomo-pathologiques justificatives. Dans tous les cas qu'il rapporte, les lymphatiques étaient plus ou moins altérés.

Et cette vérité ne comprend pas seulement les complications puerpérales; en dehors de là, dans les affections de l'utérus, on en trouve encore de nombreuses applications. Lucas-Championnière avait déjà démontré la possibilité de cette voie de propagation des inflammations de la matrice au tissu cellulaire, aux ligaments larges et au péritoine, quand Martineau vint et confirma ces données précieuses en parcourant, avec beaucoup d'avantage, la voie indiquée par Championnière. Ici, permettez-moi d'ajouter que les recherches cliniques

que j'ai eu l'avantage de faire, sous la direction même de M. Martineau, pendant mon séjour en France, m'ont pleinement convaincu de l'exactitude de ces faits. Non-seulement j'ai été à même de constater la lymphangite à divers degrés d'évolution, chez des nouvelles accouchées, mais encore, et surtout, je l'ai fréquemment observée chez des personnes affectées de maladies utérines; tous les jours encore, je constate cette lésion dans ma clientèle et je suis convaincu d'une chose, c'est que, loin d'en avoir exagéré l'importance, Championnière ne l'aurait pas assez prônée. C'est le seul reproche que je puisse lui faire, et en cela je suis en parfait accord avec mon savant maître Martineau.

Si maintenant je puis convenablement me permettre une affirmation, je dirai : *En raison même de la fréquence de la lymphangite dans l'inflammation de la matrice, j'en fais un symptôme presque constant de la métrite.*

D'après mes observations, je l'ai constatée d'une manière évidente dans une proportion de 75 %. Vous trouverez des auteurs encore plus affirmatifs sous ce rapport.

Ceci a une importance majeure au point de vue de la marche, des complications et du traitement des affections de la matrice. Mais, ce n'est pas le temps de nous y arrêter, nous y reviendrons plus tard. Pour le moment, concluons, en nous appuyant sur les auteurs mentionnés, sur des faits cliniques et des faits anatomiques bien constatés, que les douleurs dont j'ai parlé, il y a un instant, sont dues à une lésion constante et bien démontrée—*la lymphangite.*— Puis, disons que ce qui est vrai dans l'état puerpéral l'est également et pour les mêmes raisons dans l'inflammation de la matrice.

Raisonnablement, Messieurs, on ne saurait refuser aux lymphatiques profonds les aptitudes et les caractères qu'on leur reconnaît dans les parties superficielles du corps. De même que les lymphatiques d'un membre s'enflamment sous l'influence d'une écorchure, d'une simple piqûre, en un mot sous l'influence du plus léger traumatisme, de même, aussi, les lymphatiques de l'utérus s'enflamment sous l'influence des différents traumatismes que peut subir cet organe. Et, je vous le demande, ces causes, ces traumatismes manquent-ils sur la matrice? Tout ne concourt-il pas, tant dans la période des couches qu'en dehors de cet état, à produire cette lymphangite? En effet, plaies contuses, déchirures, plaie béante et souvent ulcérée du placenta arraché, présence de matières irritantes, encombrement, infection, inflammation, ulcération, etc, rien ne manque. Et, après cela, on s'étonnerait de la fréquence des lymphangites dans un organe aussi riche en lymphatiques. Vous le dites tous : le contraire serait étonnant.

Autre considération : de même, que les lymphangites superficielles produisent, dans leur voisinage, des lésions concomitantes, à savoir : lésions du tissu cellulaire périphérique, lésions de la peau et des muscles, phlyctènes, eschares, etc., de même, les lymphangites profondes peuvent produire des phénomènes de voisinage qui se traduisent, pour les lymphangites utérines, sous forme de cellulites, de phlegmons du ligament large et de pelvi-péritonites.

Nous avons donc raison d'accepter, dès maintenant, ces lésions. Nous verrons dans la suite jusqu'à quel point cette théorie est justifiée par la clinique et par l'anatomo-pathologie.

Comme les conditions d'origine, la marche, la durée et la terminaison de la lymphangite sont différentes, selon qu'elles évoluent pendant ou en dehors de puerpéralité. J'aurai le soin d'étudier séparément la lymphangite puerpérale et la lymphangite de la métrite. Toutefois, cette division n'aura lieu d'être faite que lorsque j'aurai étudié l'anatomie normale et l'anatomo-pathologie des lymphatiques, les lésions étant les mêmes, ou à peu près, dans l'un et l'autre cas.

Dans cette étude, je me suis inspiré des excellents travaux de Nonat, Cruveilhier, Duplay, Tarnier et Béhier. Mais, je me suis surtout efforcé de suivre de près les savants écrits de Lucas-Championnière et de Martineau. A coup sûr, je ne pouvais choisir de meilleurs guides, et ils me pardonneront, si pour faire mieux connaître l'excellence de leurs écrits, je n'ai trouvé de meilleur moyen qu'en y puisant abondamment la plupart des choses qui me restent à vous dire.

A ceux qui seraient tentés de croire que j'attache trop d'importance à cette question, je répondrai comme l'a fait Championnière, par une citation de l'immortel Velpéau :

"C'est, dit-il, en parlant des lymphangites profondes, une question presque toute entière à élucider, et, comme on finira par trouver là une des bases *la plus vaste de la pathologie positive*, un des moyens de ramener à l'étude matérielle une foule de maladies ou de symptômes que, faute de mieux, on abandonne aux théories vagues et nébuleuses des sciences conjecturales, l'esprit finira, en s'en emparant, par y trouver un champ aussi riche qu'intéressant à moissonner."

ANATOMIE ET ETIOLOGIE.—J'entre maintenant dans une des parties les plus arides de mon sujet, partie que je retrancherai volontiers, si je ne sentais la nécessité de rappeler des faits qui doivent donner une base solide à l'étude que nous allons poursuivre ensemble.

Je n'ai pas l'intention d'être long dans cet exposé anatomique. Je ne tracerai que les grands traits nécessaires à notre étude. Je serai bref.

Chacun sait le nombre considérable, prodigieux même de vaisseaux lymphatiques que contient l'utérus. Ce nombre, cependant, s'accroît encore, et le volume des lymphatiques devient considérable, quand la matrice passe à l'état gravidique. C'est là, un détail que je vous prie de remarquer, car il trouvera, tout-à-l'heure, son application quand nous discuterons la pathogénie des affections puerpérales.

Les lymphatiques de l'utérus naissent, à la fois, de sa muqueuse, de son tissu musculaire et de sa couche sous séreuse. Dans la muqueuse, on les retrouve sous forme de lacunes anastomosées. Dans la couche musculaire, ils forment des vaisseaux, accompagnant au nombre de un ou deux les artères et les veines. Quant à ceux de la couche sous-séreuse, ils forment un vaste réseau lymphatique, donnant naissance à de gros troncs pelviens.

Pour plus de clarté, étudions en deux groupes différents les lymphatiques du corps et ceux du col de la matrice.

Dans le corps de l'utérus, les lymphatiques superficiellement placés, quelques-uns presque immédiatement sous-péritonéaux, suivent dans leur trajet les vaisseaux utéro-ovariens et se rendent aux ganglions sacrés et lombaires. Ceux du col, plus profondément situés, affectent une direction et une disposition constantes. Ils forment un plexus plus ou moins volumineux, immédiatement au-dessus et en arrière du

cul-de-sac vaginal latéral. C'est là un *siège fort remarquable*, car il correspond au point où se développent les douleurs, les inflammations et les tuméfactions que l'on retrouve dans le cul-de-sac latéral. En ce point, les lymphatiques aboutissent à un ganglion assez volumineux accolé à l'isthme de l'utérus et signalé pour la première fois par Lucas-Championnière. Parfois, on trouve en ce point deux ou trois ganglions. De là, les vaisseaux se dirigent en arrière, rampent dans les ligaments larges, où ils aboutissent à de nombreux mais petits ganglions à moins que ceux-ci ne soient grossis par l'inflammation.

Parmi les ganglions auxquels aboutissent ces vaisseaux, signalons les ganglions obturateurs, post-pubiens, et peut-être aussi ceux de l'aîne. Mais ce dernier point n'est pas bien démontré, quoiqu'affirmé par Mascagni.

Tous ces vaisseaux, tant ceux du corps que ceux du col, s'anastomosent ensemble. Sappey ajoute " qu'ils recueillent, sur leur passage, les lymphatiques de la trompe et ceux de l'ovaire."

A ce propos, permettez-moi une courte digression, pour vous faire remarquer que ce fait anatomique appuie fortement l'opinion des auteurs qui veulent que l'ovarite et la salpingite soient plutôt consécutives à la métrite que primitives. De fait, ils peuvent trouver, dans ces anastomoses des différents lymphatiques, une voie de transmission facile des inflammations utérines à l'ovaire et à la trompe. Pour ma part, j'avoue que ce mode pathogénique des ovarites me plaît fort, et si jamais nous avons l'occasion de discuter cette question, je serais heureux d'enregistrer mon nom pour l'affirmative.

Encore quelques petits détails, et j'en finis avec cette trop longue exposition.

Le volume des lymphatiques utérins est variable; il peut atteindre jusqu'à 7 et 8 m.m. de diamètre. Quelque soit leur volume, ils sont tous très minces, transparents, à paroi lisse et blanche. Ils sont munis de valvules, ce qui, soit dit en passant, les distingue des *veines utérines*.

Pour terminer l'anatomie normale, je dois ajouter que si les ganglions de l'isthme ne sont pas constants, on trouve toujours à leur place un réseau lymphatique considérable et important.

J'ai hâte d'en avoir fini avec ces descriptions anatomiques. Aussi vais-je passer rapidement sur les détails anatomo-pathologiques de cette étude.

L'anatomie pathologique des lymphangites a surtout été bien étudiée par Tonnelée, Cruveilhier, Duplay et Lucas Championnière. Les travaux de ces savants médecins sont complets, et aujourd'hui, nous n'avons rien à ajouter à leurs écrits.

Avant d'étudier les lésions matérielles des vaisseaux lymphatiques dans l'inflammation qu'ils subissent, il est nécessaire de remarquer que l'absence de lésion dans leur texture ne prouve pas qu'ils n'ont pas été le siège d'une inflammation antérieure.

En effet, il arrive souvent au chirurgien de ne rien trouver à l'autopsie, quand, à la suite d'une plaie à un membre, il avait constaté, pendant la vie, des signes évidents de lymphangite caractérisée par des traînées rouges, irrégulières, saillantes et douloureuses. Plus que cela, à la suite de manifestations semblables accompagnées de phlegmon diffus, on n'a pu découvrir à l'autopsie aucune lésion lymphatique, et pourtant, pendant la vie, les symptômes caractéris-

tiques de leur inflammation étaient évidents, indéniables. Des observations complètes et probantes ont été apportées par des hommes savants et consciencieux à l'appui de ces faits.

Messieurs, ce qui est vrai pour les membres l'est aussi pour les organes profonds. L'utérus n'échappe pas à cette loi. Ces faits se rencontrent surtout dans les cas de lymphangites légères, et on ne saurait nier leur existence, quand d'autres lésions de voisinage attestent leur passage. Par contre, il existe des lymphangites plus intenses, dans lesquelles les lésions sont plus évidentes, et où on trouve les vaisseaux gorgés de pus.

Dans ces cas, on peut apercevoir à l'œil nu, même à travers le péritoine, reposant sur les surfaces de la matrice, surtout la postérieure, des trainées saillantes, jaunâtres se dirigeant vers les bords de l'utérus, où elles deviennent volumineuses, bosselées et entre-croisées.

Avec ces lésions nous pouvons constater des lésions concomitantes très étendues. Dans ces cas, les parois vasculaires sont, dit-on, épaissies et oblitérées. Quant à l'épaississement, Championnière le mentionne, mais..... il ajoute qu'il est très difficile à apprécier, en raison de la minceur extrême des lymphatiques de l'utérus.

Pour l'oblitération, elle est très fréquente, surtout quand les vaisseaux sont remplis de pus.

A un degré de moindre intensité de l'inflammation des lymphatiques, ces vaisseaux sont moins apparents, moins nombreux, sans saillies, ne présentant qu'une trainée jaunâtre qui se dirige vers les bords de l'utérus.

Souvent, dans ces cas, ce n'est qu'au moyen de coupes pratiquées aux angles de l'organe, qu'on peut découvrir ces vaisseaux. Alors par la pression on fait sourdre des gouttelettes de pus par leur orifice coupé.

C'est également par des coupes que l'on découvre les lymphatiques profonds et ceux du col. Pour trouver les lymphatiques volumineux, c'est sur les parties latérales du col qu'il faut les rechercher. Là on les voit de volumes variables, pelotonnés et dilatés en ampoule, et souvent aussi, on y découvre des ganglions enflammés, quelquefois même suppurés. En ouvrant ces vaisseaux, on y trouve un pus jaunâtre, quelque fois presque blanc. On peut même y rencontrer des caillots fibrineux blancs. C'est également en ouvrant ces vaisseaux, qu'on aperçoit les valvules dont ils sont munis. Quand à la paroi du vaisseau, elle est habituellement d'un blanc plus ou moins brillant.

En plus de ces lésions, on trouve aussi des abcès. Ces abcès appartiennent à deux catégories. Ils siègent dans l'utérus ou dans le ligament large.

« Les uns, peu volumineux, très bien circonscrits contiennent un pus bien lié. Ils ont une paroi kystique brillante, sont bosselés et allongés. On les trouve souvent dans le tissu cellulaire, et c'est toujours cette forme que l'on rencontre dans le tissu utérin. Ils semblent formés par des vaisseaux lymphatiques dilatés et oblitérés. Leur siège superficiel aux angles de l'utérus et leurs parois lisses paraissent autoriser cette hypothèse. De plus, la présence de valvules à leur intérieur et la présence sur le même utérus de vaisseaux lymphatiques purulents viennent confirmer cette opinion. On les retrouve surtout dans les cas de péritonite à marche lente.

A leur propos, Championnière dit que "les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes, faites dans l'intérieur des lymphatiques.

"Ces collections purulentes guérissent, ajoute-t-il, et peut-être faudrait-il voir dans leur formation, l'origine de certains kystes de la paroi de l'utérus." C'est là une interprétation relevée que je signale en passant, car elle peut vous intéresser.

Les abcès de la seconde catégorie siègent surtout dans le tissu cellulaire et sont le résultat d'inflammation de voisinage. De gros lymphatiques enflammés y aboutissent. Ils sont mal limités, à parois anfractueuses. Leur volume variable peut atteindre jusqu'à un œuf de poule. Ils peuvent former de véritables abcès du ligament large, c'est là un détail précieux, car il jette un grand jour sur l'étiologie des abcès de ces ligaments.

Passons maintenant à l'étude des lésions concomitantes. Elles sont de la plus haute importance et retentissent surtout sur le péritoine, et cela, en raison même de la susceptibilité inflammatoire de cette membrane et de l'intime connexion qui unit la séreuse aux lymphatiques.

Nous venons de parler des abcès du tissu cellulaire, nous n'y reviendrons que pour dire que ces collections purulentes peuvent envahir tout le tissu cellulaire péri-utérin, et qu'elles se voient généralement par la vessie, le rectum ou le vagin.

Enfin, j'ajouterai que, dans les cas de pelvi-péritonites à marche lente, le tissu cellulaire avoisinant les vaisseaux remplis de pus est souvent injecté, infiltré, quelquefois lardacé, lésions qui donnent au toucher une sensation de résistance plus ou moins prononcée.

J'ai déjà mentionné l'inflammation des ganglions. Je dois dire qu'elle est très importante à retrouver et qu'elle se découvre facilement par le toucher. Ces ganglions peuvent subir les phénomènes inflammatoires dans leurs différentes phases et leurs différents degrés: infiltration, ramollissement, suppuration, etc, etc. Ils sont plus ou moins volumineux et douloureux.

Mais c'est principalement sur le péritoine que les lésions sont fréquentes. On les retrouve plus marquées sur les côtés de l'utérus, plutôt à gauche qu'à droite, en raison de la plus grande fréquence des lésions utérines à gauche. Encore, la péritonite est-elle généralisée, qu'on peut constater l'origine du mal sur les côtés de l'utérus, car on retrouve en cet endroit une inflammation plus vive traduite par des adhérences plus épaisses ou plus anciennes.

Maintenant, nous pouvons rechercher le point de départ de ces lymphangites. Ne trouve-t-on pas du côté de l'utérus, la raison pathogénique de ces désordres inflammatoires?

Messieurs, la plaie que laisse sur l'utérus le placenta décollé, les inflammations, ulcérations, déchirures, enfin les divers traumatismes de la matrice sont des lésions suffisantes, fréquentes et reconnues par tout le monde comme capables de produire la lymphangite.

Ces faits très bien démontrés sont trop universellement admis pour qu'il soit nécessaire de nous y arrêter davantage, et de discuter leur puissance à produire l'inflammation des lymphatiques utérins.

De plus, les observations nombreuses, nous montrant les vaisseaux lymphatiques gorgés de pus, partis de l'utérus et se rendant au ligament

large et au péritoine enflammés, sont des faits qui nous démontrent trop bien une relation intime entre la lésion utérine, la lymphangite et la péritonite pour qu'il nous soit possible de la rejeter.

Donc, sans plus de discussion, nous acceptons ces faits, et je me hâte de terminer par quelques considérations sur les lésions de l'ovaire et de la trompe.

Déterminer d'une façon précise les lésions anatomiques de ces deux organes est un point important, car nous pouvons déduire de là le rôle qu'ils peuvent jouer dans le développement des accidents puerpéraux.

L'ovaire et la trompe sont pelotonnés au milieu d'une accumulation considérable de fausses membranes. Le tissu cellulaire environnant participe parfois à l'inflammation, et dans certains cas, on retrouve les ovaires et les trompes racourcis, accolés aux angles de l'utérus et paraissant faire corps avec lui.

Par un examen plus détaillé, on aperçoit la trompe tuméfiée, rougeâtre, quelquefois d'un rouge vineux.

L'ovaire peut-être plus ou moins lésé; souvent on ne trouve, à sa surface, que des petites taches hémorrhagiques. Mais par contre, dans d'autres circonstances, il est plus profondément affecté, il est réduit en un véritable putrilage. Notons que dans un certain nombre d'observations la trompe a été trouvée parfaitement intacte, malgré la présence de lésions manifestes du côté du péritoine, des lymphatiques et du tissu cellulaire péri-utérin. Dans d'autres circonstances, elles peuvent ne contenir que quelques gouttes de muco-pus, et on en trouve autant chez des personnes mortes en dehors de toute complication puerpérale. On cite même des cas où la portion externe seule de la trompe était malade, tandis que la portion attenante à l'utérus était parfaitement saine. C'est ainsi qu'en incisant la trompe dans toute son étendue, on l'a trouvée gonflée, irrégulière dans ses deux tiers externes, et contenant du pus plein sa cavité, quand le tiers interne était parfaitement indemne, sans trace inflammatoire, présentant une muqueuse grisâtre, telle qu'on l'observe chez des femmes récemment accouchées et ayant succombé à une autre maladie.

Ces faits nous prouvent à n'en plus douter que la muqueuse tubaire n'a pu servir à la transmission de l'inflammation.

Si la partie externe est enflammée, elle l'est purement et simplement par son contact avec d'autres parties préalablement enflammées. Et ce sont là des détails du plus vif intérêt auxquels nous devons accorder une importance majeure, car ils semblent nous indiquer par quelle voie a pu se transmettre l'inflammation, dans les cas de ce genre.

Dans une prochaine séance, Messieurs, je me propose de vous assiéger encore une fois, et de terminer enfin ce travail.

Nous discuterons alors les théories de la fièvre puerpérale et le rôle que joue la lymphangite dans son développement. Puis nous nous occuperons de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement des lymphangites utérines.

Ménoxénie.—Le Dr ROUXEAU, de Nantes, rapporte (*Gazette médicale de Nantes*) le cas d'une jeune fille de 17 ans qui n'a jamais perdu une goutte de sang par les voies naturelles, mais qui, depuis 4 ou 5 mois, est réglée à jour fixe et pendant 3 ou 4 jours, par le mamelon gauche.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Rhumatisme à caractère viscéral; traitement.—Clinique de M. Jaccoud à la Pitié.—La malade couchée au n° 38 de la salle Laennec me fournit une occasion d'appeler votre attention sur une forme grave de rhumatisme articulaire aigu, que je pourrais qualifier de rhumatisme à caractère viscéral, et de vous donner quelques indications importantes relativement au traitement de la maladie lorsqu'elle revêt cette forme grave. C'est une femme de 22 ans, qui est entrée à l'hôpital le 16 novembre dernier, au dixième jour d'un rhumatisme articulaire aigu qui empruntait sa gravité au chiffre élevé de la fièvre, dont l'intensité était cependant un peu atténuée par un traitement antérieur, et à des manifestations viscérales pleinement constituées. Ces manifestations, dans le détail séméiologique desquelles je ne veux pas entrer, étaient les suivantes : au cœur, on constatait un foyer non douteux d'endocardite mitrale révélée par un souffle systolique à la pointe des plus nets ; un foyer d'endocardite aortique non moins certain, et un frottement de péricardite naissante ; d'autre part, l'examen de l'appareil respiratoire faisait voir que le lobe inférieur du poumon droit était solidifié par une hépatisation compacte, tandis que du côté gauche, la poitrine était à moitié remplie par un épanchement pleurétique. Ainsi s'expliquaient la dyspnée considérable et l'état alarmant de la malade.

Cette femme avait déjà été traitée chez elle, par quel procédé ? nous l'ignorons. Nous savons seulement qu'elle prenait du salicylate de soude, et il semblerait, d'après son dire, que cette médication avait un peu calmé les douleurs. Le rhumatisme avait son siège dans les ecus-de-pieds, les genoux, les mains et surtout la droite ; les épaules étaient à peu près libres. Admettons que le traitement dans les neuf premiers jours avait été conduit méthodiquement, et avec l'énergie suffisante, aurait-il pu empêcher les phénomènes viscéraux de se manifester ? Ce n'est pas un fait exceptionnel qu'un rhumatisme à détermination viscérales multiples, et l'on sera au dessous de la vérité si l'on en fixe la proportion au quart des cas. D'un autre côté, le début de prédilection de ces manifestations dans les rhumatismes qui doivent les présenter, est compris entre le 10^e et le 12^e jour, c'est-à-dire dans le milieu du second septenaire, ainsi qu'il ressort de relevés de diverses provenances. Quoiqu'il en soit de cette question rétrospective, il fallait prendre la malade telle qu'elle se présentait, et je résume ainsi la situation : c'était une femme de constitution moyenne, pas trop débilitée par les premières phases de sa maladie, au matin du onzième jour d'un rhumatisme articulaire aigu à fièvre forte et à déterminations viscérales constituant un danger immédiat. Que faire ? Fallait-il reprendre par le commencement et à la dose maxima la médication salicylée ? Nous n'en avons pas le droit. Les fluxions viscérales étaient, je le répète, pleinement constituées, et l'expérience a démontré que le salicylate de soude n'a pas de prise sur ces phlegmasies. En outre, à supposer qu'il pût très-bien agir à doses massives, quel devait être en vingt-quatre heures son

effet? De dissiper les phénomènes articulaires déjà atténués, et nous courions le risque d'ajouter au mouvement fluxionnaire viscéral. Nous trouvions enfin des contr'indications absolues dans l'état du cœur qui présentait une endo-péricardite en évolution, et dans l'état des reins révéle par la présence de flots d'albumine dans les urines; cette albumine était trop abondante et trop grise pour être attribuée à la fièvre, c'était une albumine de fluxion rénale.

Fallait-il donner de la quinine? Certainement elle eût rendu service à la malade en modérant l'intensité du mouvement fébrile et en atténuant les douleurs avec moins de risque de les dissiper totalement et brusquement. Mais que pouvait-elle sur les phlegmasies viscérales? Et si elle pouvait quelque chose, ce n'était qu'au bout d'un long temps et le danger était pressant. J'ai eu recours à la médication que j'emploie depuis plusieurs années en semblable circonstance; j'ai administré 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep ordinaire de 130 grammes, sans addition de préparation opiacée d'aucune sorte, car je ne recherche qu'une action évacuante. Cette potion est prise par cuillerées à soupe toutes les heures. Plus ou moins rapidement, selon l'individualité du sujet, surviennent des selles et des vomissements qui se répètent avec une fréquence variable. Pour le soir du même jour, cette médication étant dépressivo, je prescrivis une potion cordiale.

Les résultats ont été ce que je viens de dire, et le soir même la température était supérieure de un dixième de degré à celle du matin. Le lendemain, la modification dépassait toute espérance — mais n'imaginiez pas qu'il en sera toujours ainsi — il n'y avait plus vestige d'épanchement pleurétique à gauche, et à droite, le souffle et le retentissement vocal avaient disparu, on ne percevait que des râles crépitants plus ou moins gros. Le résultat était si remarquable, sans parler du mieux-être accusé par la malade, que toutes les personnes qui m'entouraient prononçaient le mot de convalescence. Je m'empressai de les détromper et de les avertir que tout allait recommencer, sinon dans la journée, du moins le jour suivant. Et je me fondais pour m'avancer ainsi non-seulement sur les enseignements des faits analogues, mais sur certaines particularités tirées de la malade elle-même: c'est qu'au 12^e jour, avec cette amélioration, cette rétrocession des phénomènes viscéraux, la température atteignait 39°4, si nous avions fait justice des premiers effets du processus morbide, le processus était encore en activité. Le lendemain je laissai reposer la malade. Le surlendemain, la fièvre se maintenant à 39° et au dessus, je revins à la charge avec 20 centigrammes de tartre stibié, et j'hésitai d'autant moins à le faire que les phénomènes péricardiaques augmentaient d'étendue et qu'un nouvel épanchement s'était formé dans la plèvre gauche, moins abondant, il est vrai, que le premier, et ne constituant pas un danger aussi pressant. Les douleurs articulaires avaient cessé, je fis appliquer sur les genoux deux larges vésicatoires volants, craignant que dans cette forme de rhumatisme, qui s'était accusée dès le début par la presque totalité des phénomènes viscéraux que le rhumatisme est capable d'engendrer, l'intégrité prématurée des jointures n'exposât à l'explosion des accidents non apparus; je veux dire les manifestations cérébro-spinales.

Cette deuxième intervention a eu le lendemain des résultats aussi favorables que la première; mais le caractère temporaire de ce bénéfice s'accusait par les chiffres de la température. J'ai dû intervenir quatre

fois de la sorte et hier à la dose de 30 centigrâmes. Comme au début, le thermomètre marquait 39° le matin, l'épanchement pleurétique gauche était plus abondant, et de nouveau une solidification pneumonique s'était opérée, non plus dans le lobe inférieur, mais dans les lobes supérieur et moyen du côté droit, les signes d'endocardite étaient les mêmes; la péricardite s'était généralisée, donnant un bruit d'attrition à trois temps des plus nets.

Toutefois, si les phénomènes étaient sensiblement les mêmes qu'au début, la malade les supportait mieux et son état était moins alarmant. Ce matin, alors que l'effet de la quatrième potion stibiée a été limité aux vomissements, nous constatons une modification non pas radicale mais encore favorable, en ce sens que si la solidification obstrue le lobe moyen du poumon droit, les deux autres lobes respirent, et que l'épanchement, compliqué à sa partie supérieure de foyers de congestion, a baissé de niveau en même temps que l'intensité du souffle a diminué. La malade est très fatiguée, la main droite est redevenue douloureuse et la pression sur le cou-de-pied est plus sensible; la température était à 38°4 hier soir et ce matin à 38°2. Ce n'est pas encore la convalescence et nous pourrions croire que le processus est épuisé lorsque la température vespérale sera normale. Nous arriverons, je l'espère, à cet heureux résultat; dans combien de jours? Je ne saurais le dire. Des cas de ce genre traités avec toute l'énergie possible peuvent se prolonger 40, 42 ou 45 jours. Je ne pense pourtant pas qu'il en soit ainsi dans le cas actuel, mais il est trop tôt pour se permettre un jugement chronologique.

Ce que j'ai fait à cette malade en poursuivant la médication stibiée jusqu'à la quatrième dose, après un jour de repos chaque fois, je vous engage de toutes mes forces à l'ériger en précepte général. Lorsque vous serez en présence d'un rhumatisme articulaire aigu à phénomènes viscéraux constitués, vous devrez intervenir, comme je l'ai fait, d'emblée avec le tartre stibié à hautes doses, en tenant compte bien entendu de son effet débilitant et en le surveillant. Et cette méthode est applicable, non seulement lorsque les manifestations viscérales se produisent à leur époque, mais aussi dans les cas où elles se développent dans la deuxième moitié du second septenaire, car dans les statistiques générales, on voit que si la plus grande fréquence des phénomènes viscéraux appartient à la première moitié de ce septenaire, la période la plus dangereuse est la seconde moitié. La date ne change pas le pronostic ni par conséquent la conduite à tenir. Mais gardez-vous de vous endormir sur le succès presque infaillible du premier jour, et ne croyez pas à l'effet obtenu. A moins que, par une heureuse circonstance, vous n'ayez le lendemain, matin et soir, une température normale, n'allez pas vous compromettre par un pronostic prématuré.

Peut-on prévoir qu'un rhumatisme articulaire aigu va présenter le caractère viscéral? Car enfin ce n'est pas l'ordinaire et l'intérêt d'une pareille prévision serait immense au double point de vue du pronostic et du traitement. Dans bon nombre de cas cette éventualité peut être prévue, et j'irai même jusqu'à dire que lorsqu'elle doit se montrer dans le premier septenaire, elle peut toujours être prévue. Quels sont donc les signes indicateurs? Ils sont de divers ordres, chacun d'eux vaut pour son compte; une valeur absolue ne résulte que de leur ensemble. Je mets au premier rang les caractères thermiques de la fièvre: ou

bien le chiffre vespéral oscillant entre 39°3. et 40° est trop élevé, surtout si l'on pense qu'on est au début de la maladie ; ou bien la rémission matinale est trop faible et n'atteint que 0°5 ou 0°6, c'est-à-dire qu'elle n'est pas la moitié de ce qu'elle devrait être. Un autre signe est fourni par le nombre et l'intensité des arthrites. Mais tout cela n'est rien à côté de l'état du sujet. Il suffit d'un coup d'œil pour avoir l'impression que le malade est dans une situation grave : il est anxieux, agité, non du fait des douleurs, mais d'un sentiment d'angoisse intérieure, d'oppression, de constriction épigastrique ; il a la face vultueuse, la respiration haute, suspirieuse, son état a quelque analogie avec ce que l'on constate au début des fièvres éruptives, et notamment de la variole. Le pouls est dur, plein, concentré ; il n'y a pas de sueurs profuses, à peine une légère moiteur de la peau. Voilà d'après quels indices, selon mon expérience, vous pourrez reconnaître que le malade aura des accidents viscéraux ; si l'ensemble est complet, la prévision est certaine. Le délai dans lequel ils se manifesteront pourra varier, mais en général 24 ou 48 heures ne s'écouleront pas avant leur réalisation. Pendant que vous constatez ces phénomènes, très-souvent l'examen stéthoscopique ne donne aucun résultat ; quelquefois, avec une attention suffisante, vous notez une altération du timbre des bruits cardiaques qui deviennent plus doux, plus prolongés, et dans les poumons, principalement à la base, une respiration dure, rugueuse, presque frottante. Si vous saisissez ces nuances, vos prévisions sont encore plus certaines, car elles sont en train de se réaliser. Alors comme il s'agit de phlegmasies prévues et non constituées, on peut se demander si une intervention immédiate avec le salicylate de soude ne pourra pas empêcher ces manifestations que le caractère du rhumatisme autorise à prévoir. L'expérience est là pour nous répondre. En 1877, j'ai communiqué à l'Académie de médecine cinq observations de rhumatisme dans lesquelles les phénomènes viscéraux, constitués par de l'endo-péricardite avec pneumonie ou pleuro-pneumonie, se sont développés chez les malades soumis au traitement salicylé à hautes doses, depuis 2 jours et demi à 4 jours et demi. Ces malades ont guéri parce que je leur ai administré du tartre stibié, le salicylate de soude, au contraire, donné avec suite et durée, n'avait rien prévenu. Un sixième malade, présentant une endo-péricardite grave survenue depuis 48 heures, bien qu'il prit 8 à 10 grammes de salicylate de soude, a succombé en 24 heures à une encéphalopathie. Je n'ai pas connaissance qu'on puisse compter sur la médication salicylée pour prévenir les manifestations viscérales quand on les prévoit. Lorsque le rhumatisme articulaire aigu présente le caractère viscéral, que les manifestations soient réalisées ou imminentes, j'estime que le médicament souverain est le tartre stibié manié et répété selon les forces du malade et les besoins de la situation, à mesure qu'elle se déroule. Il dirige les fluxions internes et conjure le péril immédiat qui en résulte ; il aboutit dans un certain nombre de cas à la convalescence et à la guérison. Dans d'autres circonstances les choses ne vont pas aussi favorablement ; vous obtenez toujours les effets indiqués sur les fluxions internes, mais le malade conserve les douleurs articulaires et des reliquats des poussées phlegmasiques qu'il a subies ; le caractère viscéral est effacé, la médication stibiée a fait son œuvre, une situation nouvelle est créée. Il est à peine besoin de vous dire que comme toutes les autres médications, elle agit d'autant mieux qu'elle est plus précoce, de là la nécessité d'être toujours à l'affût.

de ce caractère viscéral de la maladie. Je termine par un détail que mérito d'être signalé : depuis que je soumets les rhumatisants à phlegmasies viscérales à ce traitement, c'est-à-dire depuis douze ans, quelle qu'ait été la complexité des cas, je n'ai pas vu une seule fois un épanchement dans le péricarde, je n'ai pas observé un seul fait d'encéphalopathie rhumatismale, ou plutôt, j'en ai vu deux, et les deux malades avaient été traités par le salicylate de soude.—*Praticien.*

Pneumonie des alcooliques.—Clinique de M. GERMAIN SÉE, à l'Hôtel-Dieu.—Au n° 1 de notre salle des hommes, est couché un malade atteint d'une pneumonie du sommet; dans le tiers supérieur du poumon droit, on perçoit tous les signes d'une pneumonie au septième jour, le thermomètre marque 39°.

Il vous paraît peut-être qu'il n'y a là rien qui mérite d'arrêter votre attention. Mais si l'on creuse le malade,—pour éviter de creuser son tombeau—si l'on analyse l'individu, on découvre un fait important, qui donne à la maladie un caractère spécial, et qui présente le plus grand intérêt au double point de vue du pronostic et du traitement; notre homme est alcoolique. Il répond mal aux questions qui lui sont adressées, son intelligence est affaïssée il a un tremblement considérable; du reste, il ne nie pas ses habitudes.

Comment faut-il traiter cette pneumonie? par l'expectation? par les antithermiques? Ce serait, selon toute probabilité, au grand détriment du malade qu'on s'ab-tiendrait d'agir, sous prétexte de faire de l'expectation. Je ne voudrais pas affirmer qu'il ne guérirait point par cette méthode de traitement; mais je la crois dangereuse dans le cas présent, et vous serez certainement de mon avis tout à l'heure. Quant aux antithermiques—et ils ne nous manquent pas, depuis la kairine A jusqu'à la kairine M, sans parler de la résorcine et des autres, on en signale de nouveaux tous les jours—leur emploi serait pour ainsi dire ridicule, puisque la fièvre est modérée et que la température n'atteint que 39°.

Qu'est-ce que la pneumonie chez un alcoolique? Est-ce simplement une inflammation du poumon survenue chez un individu qui boit? L'intoxication alcoolique n'exerce-t-elle pas une influence sur la pneumonie elle-même? Il n'en faut pas douter, et quand vous rencontrerez de par le monde une pneumonie, défiez-vous; n'omettez jamais de prendre des renseignements sur votre malade, quelle que soit sa position sociale, de demander s'il n'est pas un peu buveur, car dans tous les mondes on boit, cognac des meilleures marques ou vulnéraire suisse n° 2.

Je fus appelé, il y a plusieurs années, auprès d'un personnage considérable, un des premiers fonctionnaires du gouvernement. Il était atteint de pneumonie et avait un violent délire. Son médecin avait porté le diagnostic de pneumonie du sommet, par la raison que dans cette pneumonie le délire est le plus fréquent.

Il saignait son malade, car on saignait encore à cette époque, et administrait des antispasmodiques. Vous savez ce que je pense de toutes ces drogues, de cette odieuse parfumerie médicale, quand ce n'est pas un ramassis d'odeurs infectes, telles que les donne l'herbe aux chats ou l'assa fœtida chère au Roi-Soleil. Ce délire m'inspira des soupçons, j'en recherchai la nature et je questionnai l'entourage

du malade. J'appris qu'il était en proie aux terreurs les plus vives, qu'il avait peur d'être assassiné par ses ennemis et qu'il croyait voir des rats, des souris et d'autres petits animaux courir sur son lit. Or, vous savez que les hallucinations de ce genre constituent un des caractères les plus précis du délire alcoolique.

J'étais fixé; néanmoins je m'adressai à la femme de ce haut personnage pour obtenir confirmation, de ce que je venais d'apprendre: elle me répondit négativement, protestant que son mari était bien trop vertueux pour être ivrogne. Mais la sœur m'avoua qu'en effet son frère buvait. Grâce à cette indication, je pus instituer un traitement spécial: le traitement par l'alcool à doses modérées et par l'opium—on ne connaissait pas encore les piqûres de morphine,—et le malade guérit.

Il y a trois semaines, un de mes clients, homme des plus honorables, me demanda en consultation auprès de sa mère. Le médecin traitant avait parfaitement reconnu la nature de l'affection: il s'agissait, comme aujourd'hui, d'une pneumonie du sommet avec délire alcoolique. Cette brave dame avait coutume d'absorber chaque jour huit à dix petits verres de liqueurs diverses qu'elle se faisait apporter de chez le marchand de vins voisin.

Dans ce cas encore, les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, l'alcool administré modérément, amenèrent la guérison. Mon très regretté collègue et ami Lasègue disait que le délire alcoolique est un rêve, il faut faire sortir le malade de ce mauvais rêve: la morphine remplit l'indication.

Vous le voyez, ces pneumonies commandent une thérapeutique particulière; il faut agir, et l'expectation qui peut trouver sa place dans une pneumonie simple, n'est pas de mise en ces circonstances. J'ai donc ordonné l'alcool et la morphine à notre malade; il ne présente pas de délire, mais il a le tremblement et l'abrutissement intellectuel de l'alcoolisme.

Sa pneumonie existe-t-elle sous l'influence de l'intoxication alcoolique? C'est possible. Quoiqu'il en soit, il est parfaitement démontré que les pneumonies sont plus graves chez les ivrognes, et ce n'est pas d'aujourd'hui que cet influence nocive de l'acoolisme est constatée. Un médecin éminent qui vivait au siècle dernier, Van Swieten, dans ses commentaires sur les aphorismes de Boerhaave, dit formellement: Gardez-vous de saigner un malade atteint de pneumonie, s'il est alcoolique; au contraire, donnez lui du vin. Tous les grands cliniciens, et je citerai Chomel, Grisolle, ont reconnu cette gravité singulière que la pneumonie semble emprunter à l'alcoolisme.

Je crois que notre homme guérira, parce que nous avons tenu compte de cette importante donnée étiologique pour instituer le traitement.—*Le Praticien.*

Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine, par M. le docteur DUJARDIN-BEATMETZ.—Quoique Giacomini ait signalé depuis longtemps l'antagonisme physiologique qui existerait entre l'alcool et la plupart des poisons, quoique Magnus Huss ait appliqué à la cure de certains phénomènes de l'alcoolisme la strychnine, c'est à Luton (de Reims) que l'on doit la véritable formule du traitement par cet aloïde. Luton a considéré la strychnine comme le médicament de l'al-

alcoolisme et il l'a appliquée au traitement de toutes les périodes de l'alcoolisme, et en particulier à la cure du *delirium tremens*; il n'hésite pas à donner des doses considérables de strychnine, et c'est ainsi qu'il fait dans les cas de *delirium tremens* deux à trois injections par jour de gr. $\frac{1}{10}$ de sulfate de strychnine; à l'intérieur il administre dans les vingt-quatre heures gr. $\frac{3}{4}$ de sulfate de strychnine en doses fractionnées ou bien 4 grains d'extrait de noix vomique, ou bien encore $2\frac{1}{2}$ drachmes de teinture.

Luton va encore plus loin dans cette voie, et il veut que la strychnine soit employée à titre préventif, et que dans les liqueurs, telles que l'absinthe, le bitter, etc., on introduise une certaine quantité de strychnine. L'Etat, selon lui, devrait autoriser ces mélanges, qui éviteraient ainsi les effets désastreux de l'alcoolisme.

A l'appui de la thèse soutenue par Luton, on peut citer un grand nombre d'observations où l'on voit disparaître chez l'homme les manifestations de l'alcoolisme sous l'influence de la strychnine, et l'un des faits les plus curieux à cet égard est celui qu'un médecin américain, Morey, a signalé, et, dans lequel nous voyons un ivrogne faire cesser journellement les effets de l'alcool, quelles que soient les doses administrées, en prenant à doses massives le sulfate de strychnine.

Ce sont ces faits que j'ai repris à mon tour, et voici à quels résultats je suis arrivé: constatons tout d'abord que les alcooliques présentent une résistance très considérable à l'action toxique des médicaments. C'est là un fait connu depuis longtemps, et l'on sait que l'on peut administrer dans le *delirium tremens* des doses considérables d'opium et de digitale sans déterminer des phénomènes toxiques. J'ai récemment insisté sur ce point dans mes leçons de clinique thérapeutique et j'en ai donné l'explication suivante: pour qu'un médicament produise son effet thérapeutique ou son action toxique, il est nécessaire qu'il aille impressionner certaines parties de l'axe cérébro-spinal, mais cette impression n'est possible que si l'élément nerveux est libre de toute imprégnation antérieure.

L'expérience faite par Claude Bernard et Paul Thénard est à cet égard des plus démonstratives. Vous prenez un lapin, vous le soumettez aux vapeurs d'éther; une fois qu'il est endormi, vous lui injectez de l'acide prussique à dose toxique; tant que l'animal sera sous l'influence du sommeil anesthésique, les effets de l'acide prussique ne se produiront pas, mais si l'on vient à faire cesser les inhalations éthérées, au moment du réveil, l'animal sera foudroyé par l'acide prussique. Ici l'imprégnation des cellules cérébrales par l'éther s'est opposée à l'action de l'acide cyanhydrique.

Chez l'alcoolique, nous trouvons les mêmes conditions d'expérimentation; chez lui, en effet, l'axe cérébro-spinal et surtout le cerveau, est imprégné par l'alcool, et j'ai autrefois, à propos d'un cas d'alcoolisme aigu, démontré la présence de l'alcool en nature dans le cerveau d'un homme qui avait succombé à la suite de l'ingestion de 1 litre d'eau-de-vie de marc. Ces cellules ainsi imprégnées par l'alcool s'opposent donc, dans une certaine limite, aux effets médicamenteux et toxiques des substances administrées aux alcooliques.

Quant à l'action de la strychnine dans les cas de *delirium tremens*, elle est des plus certaines et des plus favorables, depuis la communication de Luton, j'y ai eu maintes fois recours dans mon service de

l'hôpital Saint-Antoine, et j'en ai toujours obtenu de bons effets. J'administre le sulfate de strychnine en injections sous cutanées, et je débute, comme Luton, par une dose de gr. $\frac{1}{6}$ que je renouvelle cinq heures après; quelquefois même, si les accidents persistent, j'en fais une troisième avant la fin des vingt-quatre heures.

Au point de vue expérimental, Luton a encore parfaitement raison, et les expériences que j'ai faites sur le lapin et le chien démontrent d'une façon évidente qu'il existe, dans de certaines limites, bien entendu, un antagonisme réel entre l'empoisonnement par l'alcool et celui par la strychnine, et réciproquement. A cet égard, je ne puis adopter l'opinion soutenue par Raphaël Dubois, qui a considéré cet antagonisme comme illusoire. Ainsi donc il me paraît établi, au point de vue clinique et thérapeutique, que la strychnine agit favorablement sur les manifestations toxiques de l'alcool. Cette action favorable porte-t-elle sur toutes les manifestations de l'alcoolisme ou bien, au contraire, ne s'adresse-t-elle qu'à quelques-unes de ses manifestations? Si l'on en croit Luton, la strychnine s'adresserait à toutes les manifestations, ce serait, comme il le dit, le *médicament de l'alcoolisme*. Il va même jusqu'à proposer d'introduire la strychnine dans la plupart de nos breuvages alcooliques pour en diminuer les effets nuisibles, et il demande que cette sophistication reçoive l'appui du gouvernement. Je ne puis admettre cette manière de voir; la strychnine ne s'adresse qu'à une seule des manifestations de l'intoxication alcoolique, celle qui résulte de l'imprégnation de certains éléments du système nerveux par l'alcool.

Nous ignorons le pourquoi de cette action, mais comme nous savons que la strychnine agit elle-même sur les éléments cellulaires de l'axe cérébro-spinal, il est probable que c'est dans la cellule nerveuse elle-même que se produit cet antagonisme de l'alcool et de la strychnine, mais les manifestations nerveuses, qu'il s'agisse d'ivresse simple ou de délirium actus, ne sont qu'un des phénomènes de l'empoisonnement par l'alcool, et la strychnine ne pourra s'opposer ni aux inflammations du foie, ni aux modifications de la muqueuse intestinale, ni aux troubles apportés au liquide sanguin, ni aux athéromes des artères, ni même aux inflammations des méninges, symptômes qui résultent tous de l'action irritante locale de l'alcool. C'est l'ensemble de ses lésions qui constitue véritablement l'alcoolisme, et l'on comprend facilement comment la strychnine ne peut y porter aucun remède.

C'est même grâce à cette strychnine, qui permet de donner à des animaux comme les chiens des doses considérables d'alcool sans provoquer la mort, que l'on peut développer chez eux tous les symptômes de la gastrite ulcéreuse des buveurs, et M. Jaillot, dans sa thèse, doit signaler les curieuses expériences qu'il a faites à cet égard.

Ainsi donc, la strychnine doit rester, non pas comme le médicament de l'alcoolisme, mais comme celui qui combat le mieux les manifestations nerveuses de cet alcoolisme, l'ivresse et le *delirium tremens*. Cette strychnine peut, peut-être, permettre de boire beaucoup d'alcool sans s'enivrer, elle combat certainement très activement le délire actif des buveurs, mais elle ne s'oppose pas aux altérations graves des différents viscères dont l'ensemble constitue le fait capital de l'empoisonnement par l'alcool, et si l'on adoptait les idées de Luton, on augmenterait ces désordres, puisque l'on permettrait à l'homme de boire sans ivresse:

apparente des quantités considérables d'alcool. La strychnine doit donc rester dans la thérapeutique comme un moyen puissant de combattre le *delirium tremens*, mais nullement l'alcoolisme, tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui.—*Bulletin de thérapeutique.*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule.—*Société de Chirurgie de Paris* (1).—M. LARGER présente un malade qui a été atteint quatre fois de fracture de la rotule et qui marche très bien. En 1846, pour la première fois, il se fit une fracture transversale de la rotule droite, dont il guérit dans l'appareil de Boyer; quatre mois après, le cal se rompit, nouvelle guérison; en 1860, nouvelle fracture transversale de la rotule gauche, guérison; enfin quatrième fracture. Aujourd'hui, ce malade présente du côté droit un écartement de 3 centimètres et du côté gauche un écartement de plus de 12 centimètres, ce qui ne l'empêche pas de marcher très bien, de monter les escaliers, de vaquer à toutes ses occupations. S'il marche aussi bien, c'est, pense M. Larger, parce qu'il n'a jamais eu d'arthrite et que ses muscles sont intacts. L'impotence fonctionnelle du membre dans les fractures de la rotule ne dépend, selon lui, que très faiblement de l'écartement. Les vraies causes de cette impotence sont l'arthrite et l'atrophie musculaire.

En même temps que ce malade, M. Larger en observe un autre qui a une fracture de la rotule datant de deux ans; mais c'est un arthritique, et, dès les premiers jours, M. Larger a porté un pronostic défavorable. En effet, ce malade, bien qu'ayant très peu d'écartement, marche très mal parce que son triceps est atrophié.

M. LE FORT veut ajouter sa protestation à celle qu'a faite M. Verneuil dans la dernière séance. Il trouve que la Société de chirurgie n'a pas repoussé assez énergiquement l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule. C'est l'honneur de la chirurgie française que d'agir avec sagesse, que d'avoir par-dessus tout, le respect de la vie des autres. Or, il serait véritablement fâcheux qu'on put croire que notre chirurgie s'écarte aujourd'hui de cette voie de la sagesse et de la prudence, pour suivre certaine chirurgie étrangère dans ses hardiesses et ses exagérations. Comment, en effet, ose-t-on venir proposer l'ouverture de l'articulation pour guérir une fracture de la rotule? Depuis quand peut-il sembler rationnel de changer une fracture simple en une fracture compliquée de plaie pour la guérir plus aisément? Comment, enfin, peut-on venir proposer d'ouvrir une articulation pour appliquer la suture osseuse de la rotule? Il semble qu'on ait oublié tout ce qu'on savait sur le traitement des fractures de la rotule, sur leur guérison avec cal fibreux ou même avec écartement plus ou moins considérable des fragments. Etant au Bureau central, M. Le Fort se rappelle avoir vu dans le service de Jobert (de Lamballe) un malade qui avait une fracture de la rotule avec écartement tel que le fragment supérieur se trouvait dans le milieu de la cuisse; or, cet homme était essayeur de chevaux au marché aux chevaux. C'est dire qu'il marchait et courait

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

parfaitement bien; le malade présenté par M. Larger est également très intéressant à ce point de vue.

En résumé, M. Le Fort n'accepte pas l'arthrotomie dans le traitement de la fracture de la rotule. La griffe de Malgaigne elle-même peut, selon lui, avoir ses dangers. Depuis trente ans qu'il exerce, il déclare n'avoir pas vu un seul cas où il pût paraître indiqué de pratiquer cette opération. Il fait observer, en terminant, qu'une statistique qui donne trois morts et une amputation de cuisse sur 44 cas n'est pas faite pour engager les chirurgiens à y recourir.

M. Richelot dit qu'il y a, dans cette question, une considération dont on n'a pas suffisamment tenu compte, c'est le plus ou moins de conservation des diverses parties du triceps; peu importe, par exemple, que la partie inférieure du droit antérieur ait perdu son insertion, pourvu que les parties latérales du triceps, le vaste externe et le vaste interne aient conservé les leurs avec le fragment inférieur.

Pour en venir aux six observations de M. Lister, étant admis que tous ses malades ont parfaitement marché après l'opération réussie, M. Richelot affirme que c'est parce qu'ils avaient leur triceps. S'ils n'avaient pas leur triceps, ils ne marcheraient pas. Il affirme de même que ceux qui ne marchent pas après l'opération réussie, n'avaient pas leur triceps intact. Il y a donc deux séries de faits en présence: dans les uns, après l'opération réussie les malades marchent bien, parce qu'ils ont leur triceps; dans les autres, l'opération ayant également réussie, les malades marchent mal, parce qu'ils n'ont pas de triceps. La conclusion de ces faits est facile à tirer, c'est qu'il y a un élément qui s'impose pour le résultat fonctionnel: l'état du triceps. Or, ceux qui ont un bon triceps après l'opération l'avaient également atrophié avant. Dans le premier cas, on est donc autorisé à demander de quelle utilité a été l'opération. Dans le second, il était indiqué d'électriser le triceps avant d'opérer.

Si, le triceps étant conservé, il y a impotence fonctionnelle absolue, c'est que celle-ci est due à une autre cause; alors seulement on est autorisé à intervenir chirurgicalement; mais, s'il y a en même temps atrophie du triceps et écartement des fragments, il faut électriser le triceps avant d'ouvrir l'articulation. Dans la grande majorité des cas cela suffira, car c'est l'atrophie du triceps qui est le plus souvent la cause déterminante de la gêne fonctionnelle.

M. DESPRÈS s'associe à la protestation de M. Le Fort. Les partisans enthousiastes de l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule s'exposent, selon lui, à commettre un meurtre sur leurs semblables. Sur environ 20 cas de fractures de la rotule qu'il a eu à traiter, il déclare n'en avoir pas rencontré un seul où l'arthrotomie parût indiquée; la plupart de ces malades ont parfaitement guéri avec des écartements de 2, 3 ou 4 centimètres, sans infirmité apparente. Quand on peut obtenir de pareils résultats sans faire courir aucun danger aux malades, il est véritablement insensé de songer à recourir à une opération qui peut être mortelle, et qui l'a été 3 fois sur 44.

M. Desprès cite un cas où il a obtenu un cal osseux. Il déclare n'avoir jamais vu un malade dans l'état de celui qui vient d'être présenté. Il cite plusieurs faits de guérison de fractures de la rotule obtenue par l'application de simples appareils.

M. LABBÉ pense que l'arthrotomie antiseptique mérite certainement

l'attention des chirurgiens; mais il est d'avis que, chaque fois qu'on fait courir des dangers aux malades, il faut avoir de grands avantages. Or, il résulte de la pratique déjà longue de plusieurs d'entre nous que les malades atteints de fracture de la rotule ne se trouvent pas dans des conditions tellement désastreuses qu'on soit autorisé à tenter chez eux une opération dangereuse. Lorsqu'on les traite avec tout le soin désirable par les moyens ordinaires, on arrive à des résultats favorables, malgré l'écartement des fragments et avec un cal fibreux.

Lorsqu'on est appelé presque immédiatement après l'accident, il y a avantage à pratiquer l'évacuation du sang épanché dans l'articulation par une simple ponction, en s'entourant de toutes les précautions désirables.

M. Labbé est complètement de l'avis de M. Richelot sur le rôle capital du triceps dans le résultat fonctionnel.

En résumé, il ne repousse pas d'une façon absolue l'arthrotomie antiseptique pratiquée avec toutes les précautions désirables; mais 3 décès sur 44 cas sont bien faits pour arrêter la main d'un chirurgien prudent et il paraît difficile de consentir à exposer un malade à un pareil danger pour le guérir d'une lésion qui, par elle-même, ne menaçait en aucune façon sa vie.

M. Trélat rappelle qu'il a été dit, dans cette discussion, que certains malades s'étaient fracturés une seconde fois et une troisième fois la rotule parce qu'ils marchaient mal. Ce n'est pas là une question de marche défectueuse mais bien une question de constitution. Les gens qui se rompent ainsi la rotule ont des os disproportionnés avec leurs muscles.

M. Trélat se déclare aujourd'hui partisan des ponctions des articulations, qu'en 1871 il considérait comme redoutables et dangereuses. Depuis qu'on a trouvé le moyen que la pénétration dans un foyer sanguin ne soit plus septique, ses opinions ont complètement changé, et depuis quelques années déjà il n'hésite pas à ponctionner toutes les articulations trop pleines, trop distendues. Quelle que soit la distension, il est très rare qu'un genou contienne plus de 40 à 80 grammes de liquide. M. Trélat est convaincu que cette distension est un obstacle au rapprochement des fragments; c'est pourquoi il a recours à la ponction.

Que ce soit la non conservation des ligaments latéraux de la rotule, que ce soit l'écartement des fragments, que ce soit la paralysie ou l'atrophie musculaire qui soit le point de départ de la gêne fonctionnelle, quand un individu vient de rompre la rotule, bien malin est le chirurgien qui portera d'emblée le pronostic définitif. Il n'est donc pas possible de trouver dans les fractures récentes de la rotule une indication quelconque de l'arthrotomie immédiate. Étant admis même que c'est une opération innocente, sans danger, pratiquée dans certaines conditions aujourd'hui connues, à quoi bon y recourir, puisque vous ne pouvez savoir ce qui va arriver et que c'est peut-être à rien que vous allez porter remède?

M. Trélat tiendrait un tout autre langage pour l'opération tardive qu'il déclare ne pas repousser d'une façon absolue.—*Union médicale.*

Fistules à l'anus.—Clinique de M. TRELAT à l'hôpital Necker.—Le malade que voici a été opéré il y a quelques jours. C'est un vigoureux matelot de 35 ans qui a eu, en mars 1833, un abcès pour lequel il est

entré dans un hôpital des environs de Paris. Deux mois après l'ouverture de l'abcès, qui fut fait le 10 mars, on eut recours à la ligature élastique et en juillet, à la suite d'une nouvelle ligature, le malade fatigué quitte l'hôpital. Il ne va pas mieux, et se décide à entrer à Necker le 5 décembre; nous l'examinons, et nous lui trouvons des décollements qui font le tour entier de l'anus. Il nous a fallu ouvrir toutes décollements et, par suite de cette opération, la peau de l'anus est complètement isolée de toutes les parties voisines. Elle fuit vers le rectum et il reste un fossé profond, qui a le rectum pour paroi interne, et pour paroi externe la peau de la fesse. Je crains que ce clapier ne se creuse et chaque jour je ne manque pas de dire à l'externo, chargé du pansement, de bien faire attention afin que nous n'ayons pas un phlegmon du bassin.

Ceci dit, passons maintenant à l'étude des fistules et notons, en premier lieu, qu'on observe rarement à l'anus les fistules que j'appelle fistules de la région anale. Ces fistules, d'origine tuberculeuse, osseuse ou urinaire, sont une exception comparativement aux fistules à l'anus. Le stylet marche vers le bassin, vers les os, mais ne vient jamais aboutir dans le rectum. Reste un autre chapitre, celui des abcès tubéreux, qu'il faut aussi éliminer. Ces abcès de la peau, situés en avant du feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale, sont tellement douloureux, qu'ils forcent le malade à se tenir couché. Si on les ouvre, ils guérissent intégralement; et, si on agit de même avec les autres, c'est-à-dire avec ceux qui sont situés plus profondément que l'aponévrose périnéale superficielle et qui, non ouverts d'une façon spéciale, deviennent fistules, on commet une erreur qui peut être très préjudiciable aux malades.

Nous usons tous de ces mots fistules borgnes et fistules complètes. Il y a entre ces deux expressions la même différence qu'entre un enfant et un adulte, c'est-à-dire une différence de temps. Toute fistule complète en effet a commencé par être une fistule borgne: soit externe, résultat de phlegmon ou d'abcès qui s'ouvrent spontanément ou qu'on ouvre à l'extérieur, qui se creusent un chemin à l'intérieur et qui arrivent à constituer la fistule complète; soit interne qui ne se révèle pas tout de suite. Le malade, dans ce dernier cas, est gêné et éprouve quelques douleurs. On fait le diagnostic de tumeur et on arrive enfin un jour à la sentir, au moyen du toucher rectal combiné à la palpation de la peau avec l'autre main. Si on endort le malade et si, après avoir passé le spéculum, on introduit un stylet dans l'orifice intestinal, on arrive à préciser son diagnostic de fistule borgne interne qui résulte: soit de piqûres rectales produites par une arête, un os...; soit de petites ulcérations qui ne se laissent apprécier que par une recherche délicate. Dites-vous donc bien, et cela ne s'écrit pas, que toute fistule commence par être borgne: le plus souvent borgne externe, qui se développe à la bonne franquette, et, dans quelques cas, borgne interne, qui est insidieuse.

Ces fistules ont une étendue et des sièges infiniment variables. Entre ces petites fistules, qui occupent la marge anale, et ces décollements complets et très étendus, tout est variable. Je n'insiste pas là-dessus et j'arrive au traitement, pour n'en dire que quelques mots, mais ces quelques mots sont indispensables.

Il y a deux règles qui, bien classées, suffisent de la manière la plus

rapide pour guérir les abcès, phlegmons et fistules à l'anus consécutives. La première, dont je ne suis pas l'inventeur, mais l'adepte, est que chaque fois que vous êtes en présence d'un abcès de la marge de l'anus que vous venez d'ouvrir ou qui s'est ouvert tout seul, il faut, avec un stylet, voir jusqu'où monte le décollement et diviser la paroi rectale dans toute la hauteur. Tout le monde sait cela, mais jamais on ne le fait. On laisse l'abcès, il se fait des diverticules, des prolongements et au bout de 3 ou 4 ans tout est à recommencer. Ceci est tellement vrai, qu'en face d'un abcès, le chirurgien noue une serviette autour de son cou, relève ses manches, donne un coup de bistouri, reçoit un flot de pus dans la figure, ne divise pas son rectum dans toute la hauteur du décollement et espère, en voyant son malade aller très bien, qu'il va guérir. Ce principe n'admet pas d'exceptions, si ce n'est cependant au point de vue du commerce pur, où il est mauvais, parce que vous guérissez votre malade d'un seul coup.

Supposons maintenant que le malade ne vous a rien demandé et qu'il vous arrive avec une fistule. Je ne dirai rien du traitement médical. Il y a quelques rares individus qui ont guéri avec l'onguent de la mère, ou l'onguent populeum..... Cela est vrai, mais combien de sottises ferez-vous avant de découvrir ce merle blanc ou ce merle bleu. J'en ferai autant pour l'anse élastique et pour le galvano-cautère. Toutes ces méthodes, qui ont eu leur temps, ont un défaut. Quand vous avez sectionné le pont, il faudrait repasser votre anse dans les clapiers. C'est faisable, mais très long. Reste la ligature élastique préconisée pour certains cas par M. Duplay. Elle consiste à passer un fil en caoutchouc, à le nouer et à le serrer autour du pont fistuleux. Ce moyen est extrêmement douloureux et procure aux malades 5 ou 6 jours de souffrances. Un autre procédé a été inventé. On passe un tube de caoutchouc, qu'on ne serre pas et qu'on laisse pendre, comme un anneau dans le nez d'un cochon, pendant quelques mois. C'est un peu long, surtout pour les dames, et il ne faut employer cette méthode, dite de douceur, que lorsqu'on a affaire à de petites fistules et à des gens pusillanimes.

Passons maintenant au deuxième principe, qui est le suivant: quand on est en présence d'une fistule à l'anus, il faut faire le diagnostic de la fistule, de ses diverticules et de ses orifices. Pour cela, il faut amadouer son malade et le ramener à l'insensibilité volontaire. Lorsque ce diagnostic a été rigoureusement fait, l'indication sera remplie par un instrument quelconque, pourvu que vous arriviez à ouvrir toutes les fistules et à mettre à nu tous les clapiers. Le praticien s'ingéniera à être le plus économe possible d'incisions et quand il aura tout découvert, il se servira d'une curette pour modifier les fausses membranes ou, ce qui est préférable, il emploiera le thermo-cautère. Quand vous aurez fait cela, ajoutez-y que ces guérisons sont très longues et qu'elles demandent à être surveillées, parce qu'il se fait souvent des clapiers superficiels qu'il faut combattre par des bourrelets trempés dans des solutions antiseptiques.

Tout le secret de cette thérapeutique consiste donc à tout fendre avec des instruments appropriés à la circonstance. Avec ce fil d'Ariane à deux bouts, je vous affirme que vous arriverez à guérir les fistules, excepté les fistules tuberculeuses, qui surviennent chez des malades dont la santé est délabrée, et que vous n'entendrez pas dire que les traitements échouent.—*Praticien.*

Traitement de l'amygdalite aiguë.—Le traitement de l'amygdalite a été discuté assez longuement en ces derniers temps dans les journaux de médecine, et plusieurs remèdes ont été préconisés, à titre de spécifiques, contre cette fréquente et douloureuse maladie. Ainsi, par exemple, un correspondant du *Medical News* traite la tonsillite au moyen d'applications de bicarbonate de soude et prétend qu'il faut très rarement plus de trois applications pour amener un guérison, même dans les cas graves. Il n'y a pas de doute qu'un léger alcali, tel que le bicarbonate de soude, est très adoucissant pour les surfaces enflammées avec lesquelles il vient en contact, aussi est-il employé par un grand nombre dans le traitement des brûlures, mais d'après mon expérience, il n'est qu'un palliatif adoucissant, et dans beaucoup de cas, malgré son emploi, la maladie passe à la suppuration.

Il en est de même des gommés-résines récemment vantées contre cette affection. Je n'ai rien trouvé d'aussi utile, dans ces cas, qu'une solution concentrée de nitrate d'argent (de 60 à 120 grains à l'once) appliquée sur les amygdales au moyen d'un pinceau; si le remède est employé au début, les symptômes cèdent presque invariablement au bout de quelques heures. Mais si l'inflammation dure déjà depuis un jour ou deux, la solution argentique ne jugulera pas la maladie, mais, dans la plupart des cas, elle empêchera la suppuration. Il est singulier de voir avec quelle régularité certains sujets prennent une amygdalite durant l'hiver. J'ai, pour ma part, observé bon nombre de cas chez lesquels la tonsillite se montrait régulièrement toutes les six semaines. Dans cette occurrence, il vaut mieux avoir recours à l'ablation des amygdales, (qui sont alors toujours plus ou moins hypertrophiées) soit au moyen du tonsillotome, soit, si la glande est trop petite, au moyen de quelques incisions au thermo-cautère.—Dr. Carl SEILER, in *Philadelphia Medical Times*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De la couveuse pour enfants (1).—Extrait d'une monographie du Dr A. AUVAR, interne à la Maternité de Paris.

Soins à donner à l'enfant pendant son séjour dans la couveuse.—La question de l'alimentation de l'enfant placé dans la couveuse est une des plus importantes, car elle contribue pour une large part à sauver la vie de ce nouveau-né.

À la Maternité, on agit en général de la façon suivante : tout enfant assez robuste pour prendre le sein est confié à une nourrice. Car la mère étant placée dans des salles éloignées de la couveuse, il y a obstacle matériel à ce que l'enfant soit transporté auprès d'elle à chaque tétée. Les exceptions, telles que celle où la mère est syphilitique, se devinent facilement.

Quand l'enfant est faible, qu'il est né bien avant terme, et, par conséquent, incapable de prendre le sein, on le nourrit avec du lait d'ânesse: c'est l'aliment le plus léger, se rapprochant le plus du lait maternel et le mieux supporté. Ce lait est donné pur à la cuiller ou au verre, tout biberon étant proscrit à la Maternité.

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

Pour ses repas l'enfant est sorti de la couveuse qu'on a le soin de refermer aussitôt, surtout s'il y en a un second, ainsi que c'est le cas habituel dans celle que nous venons de décrire. Pendant la durée du repas, l'enfant emmaillotté, reste exposé à la température de la salle. Aussitôt après, à moins qu'il n'y ait lieu de lui faire une toilette, il est remis dans l'appareil. Les repas ont lieu toutes les deux ou trois heures.

Les vêtements du nouveau-né enfermés dans la couveuse ne diffèrent pas de ceux des autres nourrissons. Les couches sont changées cinq à six fois par jour, plus souvent s'il y a de l'érythème. On donne aussi en général un bain quotidien.

Les changements de vêtements se font dans la salle, à la température ordinaire; les enfants quoique sortant de la couveuse ne semblent pas plus impressionnables que les autres. Ces sorties, alors qu'elles sont discrètes et peu prolongées, ne semblent exercer une influence fâcheuse.

Nous trouvons dans l'ouvrage du Dr J. W. Edwards, traitant de l'influence des agents physiques sur la vie, l'explication scientifique de l'innocuité de ces sorties hors de la couveuse.

L'auteur ayant soumis une série de jeunes animaux à des températures basses pendant des séances successives plus ou moins espacées, et dans l'intervalle desquelles on laissait les sujets se réchauffer, a observé que plus ces séances étaient répétées, moins l'animal devenait apte à y résister, et que si, par exemple, on prenait deux animaux et qu'on les soumit en même temps au froid, l'un pour la première fois, l'autre pour la cinquième ou sixième, on verrait ce dernier présenter une résistance beaucoup moindre et mourir plus rapidement.

Faisant la contre-partie de l'expérience précédente, Edwards arrive aux conclusions suivantes: "Après un refroidissement capable de diminuer la production de la chaleur, le séjour dans une température élevée favorise le rétablissement de cette faculté; car en exposant les animaux à de nouveaux refroidissements, leur température baissera d'autant moins vite qu'ils auront été exposés plus longtemps à la chaleur.

"Il s'ensuit que l'effet de l'application d'une chaleur convenable se prolonge après la cessation de la cause... On voit par là que lorsqu'on est dans le cas d'être souvent exposé à un froid très vif, on se dispose mieux à le supporter en se procurant dans les intervalles une forte chaleur."

Ces faits montrent que le nouveau-né, sortant de la couveuse, doit supporter beaucoup mieux l'exposition à la température extérieure que celui qui sort de son berceau.

Les enfants sont placés en maillots dans la couveuse. Vu le degré de chaleur dans lequel ils y vivent, on aurait pu penser à les laisser nus, les plongeant ainsi dans un bain d'air présentant un point de vue de la température quelque analogie avec le bain amniotique de la vie intra-utérine. Il semble cependant préférable de laisser les enfants vêtus, pour les deux raisons que voici: la première pour éviter qu'à chaque sortie on ne soit obligé de les habiller; la seconde nous a été fournie par l'expérience suivante: en plaçant un thermomètre à minima dans les vêtements autour du tronc, et assez loin du contact de la peau, la couveuse étant à 30° cent., le thermomètre indiqua 32 à 33°. Il y a donc dans les vêtements une couche d'air plus chaude que celle de la couveuse, couche d'air dont le degré de la température se rap-

proche de celui du corps. En enlevant les vêtements on détruirait cette couche isolante intermédiaire et la couveuse étant à 30°, on exposerait l'enfant à un froid relatif.

Résultats cliniques et statistiques fournis par les couveuses de la Maternité.—Le nombre des enfants ayant passé par l'appareil, depuis son installation jusqu'à la moitié de juillet 1883, a été de 151. Le tableau suivant indique sommairement la maladie qui a nécessité l'emploi de la couveuse.

	Total.	Vivants.	Morts.
Enfants avant terme.....	93	62	31
Faiblesse.....	6	4	2
Cyanose.....	5	5	0
Œdème.....	25	21	4
Gêne respiratoire.....	5	2	3
Mort apparente.....	4	3	1
Athrepsie.....	3	1	2
Syphilis.....	4	4	0
Opération obstétricale.....	2	2	0
Fracture.....	1	1	0
Vice de conformation.....	3	0	3
Totaux.....	151	105	46

C'est surtout pour les enfants nés avant terme ou pour ceux qui, nés à terme, présentaient un état de faiblesse alarmant que la couveuse avait été installée à la Maternité. Aussi ne devons nous pas être étonnés de voir figurer dans cette catégorie la grande majorité des cas consignés dans notre tableau.

Il ne sera ici question que des enfants ne présentant aucun autre état pathologique que leur naissance avant terme ou leur faiblesse congénitale.

Tous ceux qui, tout en se trouvant dans les conditions précédentes, étaient atteints d'une autre maladie, seront signalés à propos de cette dernière affection.

Pour apprécier le terme des enfants, on s'est servi de tous les éléments pouvant éclairer la question et particulièrement de l'époque de la dernière menstruation. On compte en général à la Maternité le terme de la grossesse en supposant que la femme est devenue enceinte environ cinq jours après la fin de la dernière époque des règles. On comprend toutefois combien il est difficile de fixer avec précision le terme en question; aussi, est-ce en général au poids de l'enfant, qui fournit une donnée précise en elle-même, que nous préférons avoir recours dans notre étude, sans nous dissimuler qu'il est impossible de fixer le terme de la grossesse d'après ce renseignement. Ces enfants, nés de six à huit mois et demi et qui ont été placés dans la couveuse simplement à cause de leur naissance prématurée, sont au nombre de 93; 31 sont morts et 62 sont sortis vivants.

Grâce à ce moyen, on a pu permettre à des enfants nés avant terme, et pesant comme minimum, 1,400 grammes, de vivre, ce qui, vu les mauvaises conditions où ils se trouvent dans une Maternité, constitue un résultat très satisfaisant et dépassant ce qu'on est habitué à obtenir en pareille circonstance.

On objectera à ce chiffre qu'on a vu des nouveau-nés de 1,350 gr., 1,300 et même 1,100 grammes, pouvoir être élevés sans l'aide de la couveuse. Nous trouvons pareils faits mentionnés par M. Pinard dans

son article Fœtus du Dictionnaire Dechambre (page 528). Nous répondrons simplement que ce sont là de très rares exceptions citées à titre de curiosité; nous ne doutons pas qu'avec les progrès que l'on fera dans l'emploi de la couveuse pour les enfants nés avant terme, on arrive à élever facilement ces mêmes enfants de 1,400, 1,300 et 1,100 grammes et que les exemples cités plus haut à titre d'exception deviennent communs, grâce à cette nouvelle méthode.

Il est d'ailleurs bien probable qu'avant l'emploi de la couveuse, ces enfants avaient été placés dans des conditions de température analogues à celles que peut fournir cet appareil, qui permet simplement de réaliser avec la plus grande facilité ces conditions obtenues autrefois avec beaucoup de peine.

Les enfants nés à terme ou à une époque très voisine du terme, et qui ont été mis dans la couveuse pour leur mauvais état général, sont au nombre de 6 : 2 sont morts et 4 sont sortis vivants.

Pour apprécier les résultats statistiques fournis par la couveuse, nous avons pris comme point de comparaison les enfants nés dans des conditions analogues et élevés à l'air libre.

Depuis l'installation des couveuses à la Maternité, tous les enfants, quels qu'ils soient, pesant moins de 2,000 grammes, y sont placés sans exception.

En éliminant les mort-nés et en ne prenant que les enfants dont le poids est inférieur à 2,000 grammes, si nous établissons les trois statistiques suivantes : 1. enfants ayant passé par la couveuse et dont l'observation est contenue dans le tableau précédent ; 2. enfants n'ayant pas été placés dans cet appareil et nés à la Maternité de Paris depuis le 1er avril 1879 au 31 juillet 1881 ; 3. enfants nés à la Maternité de Cochin pendant l'année 1882, statistique que M. Marchand a bien voulu nous permettre de puiser dans son service, nous arrivons aux résultats que voici :

Enfants pesant moins de 2,000 gr. à la naissance.

Couveuse.	Sans couveuse. Maternité de Cochin, année 1882.	Sans couveuse. Maternité de Paris, du 1er août 1879, au 31 juillet 1881.
Total des enfants, 79.	Total des enfants, 30.	Total des enfants, 116.
49 vivants.	10 vivants.	40 vivants.
30 morts.	20 morts.	76 morts.
Mortalité, 38 0/0.	Mortalité, 66 0/0.	Mortalité, 65 0/0.

Pour les enfants pesant plus de 2,000 grammes, les statistiques ne sont plus comparables, car, à partir de ce poids, on ne place dans la couveuse que ceux qui sont malades.

Les chiffres précédents sont assez éloquents par eux-mêmes; l'abaissement de la mortalité de 66 p. 100 ou 65 p. 100, à 38 p. 100, est le meilleur plaidoyer qu'on puisse faire en faveur de la couveuse.

Le pouls et la respiration subissent une augmentation de fréquence sous l'action de la couveuse, mais ils semblent d'autant moins influencés que l'enfant est né plus près du terme normal. Chez un enfant né au terme de huit mois, placé dans la couveuse de suite après sa naissance, pendant les quatre premiers jours, le pouls a été en moyenne de 150 à 160, avec 120 et 180 comme chiffres extrêmes. La respiration pendant ces mêmes jours a été particulièrement accélérée, les mouvements

respiratoires étaient très fréquents, sans trace de gène bien marquée, et ont atteint dans un cas la moyenne de 90 à la minute. Nous livrons ce chiffre comme un simple exemple des effets que peut produire la couveuse sur la respiration, car par un examen attentif de l'enfant, il n'a pas été possible de découvrir une autre cause de cette accélération (enfant sorti vivant).

A partir du sixième jour, ces deux fonctions semblent revenir au chiffre normal, sauf la respiration, qui est toujours un peu plus fréquente qu'à l'état physiologique.

La chute initiale de la température semble peu influencée par la couveuse. Mais l'ascension succédant à la dépression se fait beaucoup plus rapidement qu'à l'air libre.

La température continue à s'élever ou à rester élevée le deuxième et le troisième jour, quelquefois même, le deuxième jour, elle revient au chiffre normal auquel elle reste cependant d'habitude supérieure de quelques dixièmes de degrés. Dans d'autres cas, l'élévation de température se prolonge plus longtemps, jusqu'au moment de la sortie de l'enfant hors de la couveuse.

La température axillaire est plus élevée relativement à celle du rectum qu'à l'air libre. En général, elle n'est que de un à deux dixièmes inférieure à celle du rectum, assez souvent égale, et dans quelques cas rares supérieure de un à deux dixièmes de degrés. Cette influence de la couveuse sur la température périphérique montre réellement son action sur la circulation des parties superficielles du corps et particulièrement de la peau.

Quand à l'élévation thermométrique qui se fait du sixième au huitième jour, dont la cause est restée jusqu'ici inconnue, nous ferons simplement remarquer que son début coïncide assez bien avec le moment de la chute du cordon. Hennig, d'ailleurs, avait déjà dit qu'elle était due au travail d'oblitération des vaisseaux ombilicaux.

Des ulcérations du col de l'utérus.—*Diagnostic et traitement.* (1)—Les ulcérations du col utérin, que certains auteurs rattachent à des *dermatoses*, ont été l'objet des plus vives controverses. Ainsi, tandis que Courty décrit sous le titre "éruption du col utérin" l'érythème, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus; que Guéneau de Mussy admet aussi ces lésions qu'il réunit sous la dénomination d'*herpétisme utérin*, en y joignant l'acné du col;—M; Gallard n'admet, en dehors de la syphilis et du cancer, que les ulcérations liées à la métrite et nie en particulier les lésions de nature herpétique.

Toutes les formes, que M. Guéneau de Mussy a confondues sous le nom d'*herpétisme* du col, peuvent aboutir à des ulcérations granuleuses, et, à cette période de leur évolution, il est impossible de les rapporter à telle lésion primitive, plutôt qu'à telle autre de la classification dermatologique.

Pour nous, nous admettons qu'il existe un *herpès* périodique du col pouvant accompagner la fluxion menstruelle, comme l'herpès périodique des lèvres. Les ulcérations qui succèdent à la rupture des vésicules peuvent être finement grenues, superficielles, ou, dans d'autres cas, profondes, fongoides, si les érosions se développent sur des cols

mous, congestionnés,—aspect fongoiide qui n'est pas rare chez les sujets lymphatiques et pendant la grossesse. Ces érosions peuvent guérir rapidement, mais récidivent souvent. Presque toujours accompagnées de catarrhe utérin, comme les ulcérations banales de la métrite chronique, elles peuvent quelquefois être reconnues par la forme festonnée de leurs bords, et la coexistence d'autres ulcérations petites et arrondies autour de l'ulcération principale.

Les ulcérations VÉNÉRIENNES du col sont multiples.

Le *blennorrhagie* peut en déterminer; il est rare qu'il n'existe pas, en même temps que les ulcérations blennorrhagiques du col, quelque autre trace de l'affection contagieuse, telle que la vaginite, l'urétrite (douleur en urinant, apparition d'une goutte de pus au méat urinaire, quand on presse le canal urétral d'arrière en avant), la présence d'une gouttelette de pus à l'orifice des glandes vulvo-vaginales. Si on ne trouve aucun de ces signes dénonciateurs, on doit toujours se méfier d'un écoulement uniquement purulent, sans mélange de mucus. Si l'écoulement est muco-purulent, le mucus et le pus sont peu mélangés entre eux, les deux liquides étant séparément reconnaissables sur le bourdonnet d'ouate qui a servi à déterger le col (de Sinéty).

Le *chancre mou* se présente, mais très rarement, sur le museau de tanche avec des bords taillés à pic, une profondeur assez grande, un fond grisâtre, une sécrétion ichoreuse abondante qui réinocule l'ulcère sur la paroi vaginale en contact avec lui et s'accompagne souvent d'autres ulcérations chancreuses de la vulve avec bubon inguinal.

La *syphilis* peut toucher le col à l'état d'accident primitif, ulcération variant comme étendue entre la lentille et l'amande, de forme régulière, de surface assez unie, uniformément grise ou pointillée de rouge, ou gris-bleuâtre au centre, et d'un rouge vif sur les bords, sécrétant peu, se cicatrisant spontanément avec une grande rapidité. Les syphilitides secondaires érosives, tertiaires, gommeuses, ne présentent pas de caractères bien particuliers, on ne peut les diagnostiquer que par l'absence des causes locales capables d'engendrer l'ulcération du col, et par la constatation d'autres signatures syphilitiques sur l'organisme.

Mais les plus fréquentes des ulcérations qu'il nous soit donné de rencontrer dans la pratique, sont celles qui accompagnent les diverses formes de *métrite*. Courty, qui les a minutieusement décrites, dit que : "les unes se font remarquer par une exubérance de tissu, les autres par une perte de substance plus ou moins sensible. Dans la première de ces deux catégories se trouvent les ulcères granuleux, végétants, fongueux, variqueux, et généralement ceux qui dépendent de la métrite chronique, du catarrhe utérin ou simplement de la grossesse ou de quelque autre altération de la vie de l'organe. Dans la seconde se trouvent les ulcères creux, à fond grisâtre, indurés, à bords calleux, taillés à pic ou décollés, et généralement ceux qui sont entretenus par une affection diathésique."

L'évolution de beaucoup d'ulcérations du col est liée aux modifications qu'impriment à l'utérus la *gestation*, l'*accouchement* ou l'*avortement*. Au fond d'une des déchirures que détermine si souvent la parturition sur les lèvres du col, se développe une érosion fissuraire; sous l'influence de la malpropreté, des excès vénériens, celle-ci s'étend, passe à l'état d'ulcération granuleuse. Si une nouvelle grossesse survient, l'état congestif chronique qui s'établit pendant plusieurs mois,

le ramollissement physiologique du col, la leucorrhée, sont autant de circonstances qui favorisent l'extension de l'ulcération, sa tendance à végéter d'une manière exubérante. Elle se caractérise alors par des bords irréguliers, mal limités, l'existence de granulations ou de fongosités mollasses, facilement saignantes, une coloration vineuse ou violacée, une sécrétion très abondante. L'accouchement est suivi d'une involution utérine, incomplète ou vicieuse; une métrite se développe qui porte plus ou moins sur la muqueuse du corps ou de la cavité du col, sur le parenchyme lui-même; des déviations de l'organe, des inflammations péri-utérines se produisent, et l'aspect de l'ulcération se modifie en ce sens, que les symptômes propres au travail inflammatoire de l'utérus et de son col priment les caractères de la perte de substance. Ce n'est pas le traitement de l'ulcération qu'on doit proposer, c'est le traitement de la métrite ou de la périmétrite.

Enfin deux catégories d'ulcérations peuvent se présenter encore à nous. Les ulcères *tuberculeux*, qui n'ont pas de caractères cliniques propres autres que leur coexistence avec les autres signes de la tuberculose des organes génitaux; les ulcérations *cancéreuses*, dont les signes sont beaucoup plus spéciaux:—Un utérus immobilisé de très bonne heure, enclavé dans le petit bassin, des troubles fonctionnels fréquents, des ménorrhagies et des métrorrhagies, écoulement d'un liquide séreux et roussâtre alternativement, fréquemment d'odeur putride,—une ulcération en entonnoir, à bords durs, saillants, irréguliers, champignonneux, qui saigne facilement et dont les bourgeons végétants, d'une coloration livide ou violacée, tranchent sur la pâleur de la muqueuse ambiante.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés relativement à l'importance de la notion étiologique, font comprendre quelle doit être, à notre avis, la conduite à tenir au point de vue THERAPEUTIQUE.

Les pseudo ulcérations qui siègent au pourtour du méat utérin et ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel ne doivent être aucunement touchées. Les érosions qui semblent être le résultat de dermatoses (herpès, eozéma), sont justiciables du traitement général et d'un traitement local peu énergique. Les ulcérations qui accompagnent la métrite guérissent en même temps que celle-ci. Voilà les indications générales, précisons un peu plus.

En premier lieu, se préoccuper de l'état constitutionnel de la malade Arthritique, il lui faut des alcalins;—lymphatique ou strumeuse, de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, de l'arsenic;—sypilitique, du mercure et de l'iodure de potassium.

En second lieu, l'hygiène locale comporte l'abstention de toute fatigue sexuelle, s'il existe le moindre indice de poussée phlegmasique aiguë ou subaiguë;—dans les vieilles métrites, il est impossible d'espérer que les malades observeront l'abstention qui leur serait recommandée, d'une manière continue, mais elle doit être exigée quelques jours avant, pendant et après l'époque menstruelle.

Les irrigations et les bains sont de puissants moyens d'action. La nature du liquide qui servira aux *injections* devra varier suivant la nature de l'ulcération; chaque praticien a ses préférences et les livres de gynécologie indiquent une foule de substances. Nous employons le plus habituellement le coaltar saponiné, très bon antiseptique, en mé-

tant une ou deux cuillerées par injection, ou un mélange d'alcool, de chloral et d'essence de thym, quand l'abondance et l'odeur des sécrétions sont plus marquées. La température du liquide n'est pas indifférente; nous préférons les injections tièdes aux froides; mais dans les cas où il faut réveiller la vitalité des tissus mollasses, les injections chaudes ont une utilité réelle. Les injections doivent être faites deux fois par jour pour éviter la stagnation prolongée des sécrétions dans les culs-de-sac vaginaux au contact du col.

Les bains agissent à la fois par leur action générale, en modifiant la nutrition de l'organisme, et par une action topique, si la malade a soin de se munir toujours d'un spéculum à bains ou d'une canule de fort calibre, qui permette au liquide médicamenteux de venir baigner le fond du vagin. Nous ordonnons les bains alcalins aux arthritiques, les bains sulfureux et les bains salés aux scrofuleuses. Les bains salés nous ont toujours paru avoir une excellente influence sur la métrite parenchymateuse, surtout sous forme d'eaux minérales chlorurées naturelles.

Arrivons à la thérapeutique *tonique*. Nous avons presque absolument renoncé aux atouchements avec le crayon de nitrate d'argent; quand nous employons le sel lunaire, c'est en solution dans laquelle nous trempions un petit bâtonnet, à l'extrémité duquel est enroulé un mince tampon d'ouate. Mais le topique caustique auquel nous donnons la préférence est l'acide chromique, employé avec précaution, et appliqué juste à l'endroit que nous voulons modifier, sans qu'il s'en écoule sur les parties voisines. Nous employons aussi les atouchements avec la teinture d'iode.

Pour faire le *pansement*, nous introduisons un tampon d'ouate, muni d'un bout de fil qui pend à la vulve et permet à la malade de le retirer au bout de quelques heures; nous l'imprégnons soit de glycérine, de glycérolé iodique ou tannique, soit de coaltar, soit de chloral alcoolisé.

Mais les deux meilleurs moyens dont nous disposons, pour modifier les ulcérations du col, suivant telle ou telle indication spéciale, sont les *scarifications* et l'*ignipuncture*.

Quand l'ulcération repose sur un col violacé, manifestement congestionné, quand la surface de l'ulcère est végétante, quelques scarifications linéaires faites en divers sens, amenant un écoulement sanguin assez abondant, sont suivies d'une tendance à la cicatrisation plus rapide.

Quand le col est volumineux, dur, déformé, que les lèvres sont en ectropion, une demi-douzaine de cautérisations ponctuées, suivies d'un traitement antiphlogistique, si quelque réaction inflammatoire se produisait, donne un excellent résultat en amenant le resserrement des tissus et en ravivant leur vitalité.

Mais une règle absolue est de ne pratiquer ces deux opérations que sur des malades qui puissent immédiatement rester étendues dans leur lit, au repos le plus complet, pendant trois ou quatre jours pour les scarifications, et une semaine pour les cautérisations actuelles.—PAUL GERNE, in *Concours médical*.

Étiquette médicale.—“Faites aux autres ce que vous voudriez qu'on vous fit à vous-même.” Voilà tout le code nécessaire à un médecin. Moins serait trop peu, davantage superflu.—*Medical Brief*.

PÉDIATRIE.

La pneumonie catarrhale chez les enfants, par le Dr Blackwell.— Les pathologistes ont, depuis peu, divisé la maladie à laquelle on donnait autrefois le nom de pneumonie et d'inflammation du parenchyme pulmonaire, en deux affections distinctes, ayant chacune leur siège dans les alvéoles, et affectant à des degrés variables les vaisseaux, les nerfs et le tissu conjonctif. Elles peuvent toutes les deux se compliquer de bronchite et, lorsqu'elles intéressent une partie superficielle du parenchyme pulmonaire, de pleurésie plus ou moins grave. Elles diffèrent l'une de l'autre comme mode de début, comme courbe de température, comme nature de leur exsudat et comme signes physiques. L'une, qui répond à la pneumonie classique de la plupart des auteurs, envahit les alvéoles, y détermine un exsudat plastique dans lequel on trouve des globules blancs et des globules rouges, et est appelée pneumonie croupale. L'autre affecte les mêmes éléments anatomiques, mais son exsudat ne présente pas les mêmes caractères plastiques et la même coloration rouge que celui de la précédente forme et devient rapidement purulente : elle se montre souvent à la suite du catarrhe pulmonaire et de maladies éruptives dans lesquelles le catarrhe pulmonaire est un des symptômes prédominants ; aussi lui a-t-on donné le nom de pneumonie catarrhale.

Ces deux affections ont des caractères communs, la dyspnée, la rapidité du pouls, la douleur, la toux et une teinte violacée asphyxique de la peau et des membranes muqueuses. Mais elles présentent aussi de grandes différences. Dans la pneumonie croupale, le début est assez brusque, la température est élevée, à maxima vespéraux ; quand la plèvre est envahie, la douleur peut-être considérable et force le malade à restreindre le plus possible les mouvements du thorax en se couchant sur le côté affecté : tandis que si les phénomènes douloureux manquent ou sont peu accusés, il reste couché sur le dos. Quand elle existe, l'expectoration est composée de quelques crachats rares, épais, adhérents, intimement mélangés avec du sang. Enfin, l'examen de la poitrine permet de reconnaître par la percussion, d'abord un son tympanique, puis de la submatité, et par l'auscultation du râle crépitant.

Dans la pneumonie catarrhale, la fièvre n'a pas de type régulier ; ses variations quotidiennes sont fort irrégulières, et les maxima ont lieu tantôt le matin, tantôt le soir. Dans la pneumonie rubéolique, la température peut s'élever au-dessus de 40°, et s'y maintenir pendant quelques jours en ne présentant que quelques légères rémissions, et le pouls peut rester fréquent, même après la chute de la température ; il est parfois tellement précipité qu'il n'est plus possible de le compter. Le malade pousse des cris et des gémissements ; l'expectoration est blanchâtre, spumeuse et diffluente. A l'inspiration et à l'expiration on entend des râles muqueux et sous-crépitaux provenant du catarrhe des petites bronches. Quelquefois on peut entendre des râles crépitants comme dans la forme précédente. La sonorité est un peu amoindrie au début aux points qui correspondent aux parties des poumons atelectasiées dans lesquelles l'air ne pénètre plus, et plus tard on peut observer de la submatité assez marquée quand il s'est fait de l'exsudat dans les

alvéoles. Les régions supérieures des poumons, celles qui sont indemnes, ont au contraire, une sonorité tympanique. L'inflammation peut gagner toutes les bronches, quel que soit leur calibre, dans la pneumonie catarrhale, tandis que dans la pneumonie fibrineuse il n'y a que les toutes petites bronches qui soient prises.

Le diagnostic entre ces deux formes est fort difficile, et il n'a peut-être pas une bien grande importance pratique. Dans l'un et l'autre cas, on a à lutter contre la fièvre et l'inflammation du parenchyme pulmonaire, et on doit agir localement par les révulsifs, tandis qu'on administre à l'intérieur les antipyrétiques. Joergensen a émis l'idée que les pneumonies à forme adynamique pourraient bien être de nature infectieuse; ce qu'il y a de sûr, ajoute Blackwell, c'est que les révulsifs et les antipyrétiques sont totalement impuissants dans ces cas pour enrayer la marche de l'affection. Les Allemands, qui ont contribué pour une large part à fixer les idées sur ces diverses formes de pneumonies, n'ont pas fait beaucoup pour la thérapeutique de ces affections, et leur moyen héroïque, les bains froids, n'est guère applicable en pratique, à cause de la surveillance incessante qu'il nécessite. Aussi l'auteur préfère-t-il la méthode suivante; lorsqu'il est appelé auprès d'un enfant en bas-âge, qui présente une respiration haletante, une toux courte, pénible et de la fièvre, il fait appliquer immédiatement des sinapismes sur la poitrine ou bien même un large vésicatoire. En même temps, on prescrit une potion convenable et dans laquelle on peut faire entrer des expectorants, de l'ipéca en particulier, des calmants, opium ou belladone, des antipyrétiques, digitale, sulfate de quinine, aconit, enfin des toniques.—*Philadelphia Medical Times.*

Traitement de l'angine couenneuse et du croup.—Le docteur Oertel attribue tous les accidents de la diphthérie à la présence d'un microbe qu'il désigne sous le nom de *micrococcus diftericus*. D'abord localisé sur les muqueuses de la bouche et du pharynx, ce microbe finit par pénétrer dans le sang et déterminer une infection générale dont les suites doivent attirer l'attention du praticien tout aussi bien que les accidents locaux développés dans les voies respiratoires.

Le traitement qui seul inspire confiance à l'auteur, c'est l'emploi de l'acide phénique administré au moyen de l'appareil à pulvérisation. Le docteur Oertel a recours à une solution à 5 pour 100. Il fait répéter ces pulvérisations toutes les deux ou trois heures et leur donne une durée de trois à cinq minutes. L'acide phénique n'agit pas seulement localement sur les fausses membranes avec lesquelles il se trouve en contact, il est absorbé en grande partie, et, en pénétrant dans la circulation, il va combattre l'infection générale. Cette absorption pourrait produire en même temps des accidents d'intoxication; mais on les évite en arrêtant la médication lorsqu'on voit les urines prendre une coloration verdâtre. On remplace alors les pulvérisations d'acide phénique par des pulvérisations faites avec des solutions d'acide borique à 2 ou 3% ou de benzoate de soude à 5%. Au bout de 24 à 48 heures les urines reprennent leur teinte naturelle, et alors on revient à l'acide phénique.

On peut donner comme adjuvant à ce traitement les inhalations de vapeurs d'eau bouillante, qu'on répète quatre ou cinq fois par jour et auxquelles on donne une durée d'un quart d'heure à une demi-heure.

Ces inhalations détachent les fausses membranes et favorisent ainsi l'action de l'acide phénique.

La pilocarpine mérite aussi d'être employée concurremment avec les moyens que nous venons de citer. On peut la prescrire en potion à la dose de gr. $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$. Mais il est préférable de l'administrer en injections hypodermiques à la dose de $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ de grain. Par cette dernière méthode, son action est à la fois plus rapide et plus énergique.

Le docteur Oertel regarde le thymol, l'acide salicylique, le benzoate de soude comme comme bien inférieurs à l'acide phénique dans le traitement de la diphthérie. Le chlorate de potasse est, d'après lui, sans aucune action contre cette maladie. L'eau de chaux et l'acide lactique peuvent bien désagréger les fausses membranes de la bouche et du pharynx et faciliter leur expulsion; mais ces deux médicaments n'ont pas d'action antiseptique. Ils ne peuvent, en aucune manière, s'opposer à l'infection générale, ni ils ne peuvent empêcher la diphthérie de s'étendre au larynx et à la trachée. *Arch. of Laryngology.*

Rhumatisme articulaire aigu infantile.—Carl Vohsen est d'opinion que le rhumatisme est une maladie infectieuse aiguë due probablement à la présence d'un microbe dans le sang. L'enfance est soumise à toutes les complications que l'on peut voir survenir dans l'âge adulte. La paralysie des muscles de l'œil est la seule que Vohsen n'ait pas vue chez les enfants. Toutefois, le rhumatisme de l'enfance a des caractères qui lui sont propres. La gravité et la durée sont moindres que chez l'adulte; la durée étant généralement chez ceux-ci de deux à trois semaines, chez ceux-là elle n'est que de quinze à dix-huit jours. Les complications surtout établissent une différence plus tranchée. La chorée, très fréquente dans les premières années de la vie, est excessivement rare dans l'âge adulte. Les affections cardiaques sont beaucoup plus fréquentes, le cœur étant atteint à peu près 50 fois sur 100, et cela aussi bien dans les cas moyens que dans les formes graves.—*Am. Journ. of Obstetrics.*

Sur les crises de vomissements à répétition.— Sous ce titre l'auteur décrit des accidents qui paraissent propres à l'enfance, puisque le plus âgé de ses patients avait neuf ans. Les vomissements surviennent par accès, à des intervalles plus ou moins éloignés; ils durent de quelques heures à quelques jours, et déterminent souvent une grande faiblesse. Ils s'accompagnent fréquemment d'une douleur épigastrique ou ombilicale qui peut être intense: les gardes-robes sont irrégulières, tantôt elles sont trop abondantes, tantôt rares; quelquefois elles sont un peu blanchâtres et argileuses.

Les causes déterminantes de ces vomissements sont variables: ce sont l'épuisement et l'état nerveux, la nourriture mal digérée, l'influence du froid. Il faut y ajouter aussi, chez les petites filles, une disposition à l'hystérie viscérale future.

L'auteur conseille, comme traitement, la diète avec ou sans bouillon de poulet, et de petits laxatifs intestinaux, tels que du calomel à faible dose.—*Revue des sciences médicales.*

FORMULAIRE.

Syphilis.—*F. N. Otis.**Ulcère primitif.*—

- 1^o R.—Ung. hydrarg. ammon. } *ââ*
 Vaselinæ..... } *p. æq.*
 M.—Ft. unguentum.
- 2^o R.—Ung. hydrarg. mitig..... *q. s.*
- 3^o R.—Oleat. hydrarg.....(solution à 6 p. 100) } *ââ*
 Vaselinæ } *p. æq.*
 M.—En frictions légères matin et soir. Une petite quantité suffit.
- 4^o R.—Hydrarg. chlorid. mit..... *q. s.*
 En saupoudrer l'ulcère, puis recouvrir de coton boraté.
- 5^o R.—Hydrarg. chlorid. mit..... *gr. xxx*
 Aq. calcis..... *ʒiv*
- 6^o R.—Hydrarg. chlorid. corrosiv..... *gr. x*
 Aq. calcis *ʒvi*
 M.—En lotions et applications constantes au moyen d'un bourdonne
 de ouate.

Si le chancre est enflammé, on emploiera ce qui suit :

- 7^o Liq. plumbi subacet. dil..... *ʒiv*
 Extr. opii aq..... *gr. x*
 Ou bien :
- 8^o R.—Pulv. iodoformi *gr. xxx*
 Glycerinæ..... *ʒi*
 Ol. rosæ *gtt i*

M.—Appliquez au moyen de charpie.

S'il arrive que le chancre revête la forme phagédénique ou gangré-
 neuse, appliquez libéralement ce qui suit :

- 9^o R.—Iodoformi..... *gr. xxx*
 Ol. rosæ *gtt i*

Symptômes constitutionnels.—

A l'intérieur, on doit administrer le mercure dès que le diagnostic
 de chancre syphilitique a été bien établi, et en continuer l'emploi pen-
 dant au moins douze mois.

- 1^o R.—Massæ hydrarg..... *gr. LX*
 Ferri sulph. dessicc..... *gr. xxx*
 M.—Faites 30 pilules.—*Dose* : une pilule trois fois par jour.
- 2^o R.—Hydrarg. iodid. virid..... } *ââ*
 Ferri sulph. dessicat..... } *gr. XL*
 Extr. opii aq..... } *gr. iv*

M.—Faites 40 pilules.—*Dose* : une pilule trois fois par jour.

Les onctions mercurielles, si on choisit ce mode d'administration,
 peuvent se faire d'après les formules suivantes :

3° R.—Ung. hydrarg. mitig..... q.s.

Un fragment de la grosseur d'une aveline doit servir à chaque onction, matin et soir.

4° R.—Oleat. hydrarg.... (solut. à 10 p. 100) } ââ
Vaselinæ } p. æq.

Une cuillerée à thé pour chaque friction, matin et soir.

Au bout de douze mois de ce traitement, prescrivez les iodures d'après les formules qui suivent :

5° R.—Hydrarg. iodid. rubri..... gr. iii
Pot. iodid..... gr. cxx
Tinct. aurant..... } ââ
Syrup. aurant..... } ÷iss
Aquaë destill. ad..... ÷viii

M.—Une cuillerée à thé, trois fois par jour.

6° R.—Hydrarg. iodid. rubr..... gr. iii
Pot. iodid..... gr. cxx
Extract. thujæ fld..... ÷viii

M.—Une cuillerée à thé trois fois par jour. Cette dernière mixture convient surtout quand l'estomac ou l'intestin est irritable.

7° R.—Pot. iodid..... ÷i
Aquaë destill..... ÷vi

M.—La dose initiale est de cinq gouttes dans un verre à vin d'eau ou de lait, trois fois par jour. On augmente graduellement d'une goutte par dose (augmentant proportionnellement la dose du véhicule) jusqu'à ce que 60 gouttes soient prises, dans un grand verre d'eau ou de lait trois fois par jour, après les repas, à moins que les symptômes d'iodisme ne se montrent auparavant. Dans ce cas, recommencez à la dose d'une goutte seulement, et augmentez comme plus haut. Dans les cas rebelles, on peut aller au-delà de soixante gouttes.

Si l'iodure de potassium est mal toléré, on le remplacera par :

8° R.—Iodinii..... gr. xxiv
Aq. destill..... ÷ii
Pot. iodid..... gr. XLVIII

Faites dissoudre et ajoutez :

Syrupi..... ÷viii

Laissez reposer pendant 12 heures.—Dose : Une cuillerée à dessert augmentant graduellement à une cuillerée à soupe, trois fois par jour, après les repas.—*Medical Gazette.*

Anesthésiques locaux.

R.—Chloral. hydrat..... } ââ ÷ii
Gum. camphor..... }
Morph. sulph..... ÷ss
Chloroformi..... ÷i

M.—En applications, au moyen d'un pinceau, sur l'endroit à inciser. On laisse sécher puis on renouvelle l'application, s'il le faut, jusqu'à ce que l'anesthésie locale soit produite.

R.—Etheris vel chloroformi..... ÷ii
Camphor..... ÷i

M.—Appliquer avec un pinceau.—*Medical News.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MARS 1884.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

Examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine.

A la dernière assemblée du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, une commission composée de MM. les Drs Howard, E. P. Lachapelle, Lanctôt et Campbell a été instituée pour s'enquérir des réclamations faites en certains quartiers contre la sévérité des examens préliminaires à l'étude de la médecine.

La dite commission fut chargée par le Bureau de s'enquérir avec les directeurs des collèges classiques, *high schools* et écoles normales, s'il y avait lieu d'apporter des réformes dans la nature de ces examens ou dans l'enseignement des matières classiques.

L'assemblée eut lieu le 24 janvier dernier, dans les salles de la *Medico-Chirurgical Society*, à Montréal. Étaient présents: les examinateurs du Collège: MM. les abbés H. A. B. Verreault, L.L.D., et J. C. K. Lafamme, S.T.D., et M. le Principal H. A. Howe, L.L.D., les membres de la commission: MM. les Drs Howard, E. P. Lachapelle, Lanctôt et Campbell et des représentants de presque tous les collèges et lycées.

Comme points saillants des délibérations, il importe de mentionner: 1^o que l'assemblée fut unanime à déclarer que le programme des examens préliminaires est loin d'être trop sévère et que s'il y avait matière à réforme on ne pourrait que le rendre plus difficile; 2^o il fut constaté que les matières sur lesquelles les candidats échouent le plus souvent

sont le français et les mathématiques, et on convint de l'opportunité d'insister sur l'enseignement de ces deux branches du cours d'études. Le Rév. Messire Hamel émit l'idée de soumettre au même examen préliminaire les aspirants à l'étude du Droit, de la Médecine et du Génie Civil. Quelques-uns des membres présents suggérèrent au Bureau de changer l'époque des examens préliminaires et de la fixer aux mois de vacance, de façon à ne pas déranger les cours des institutions classiques. Enfin il fut question de rendre obligatoire l'examen sur la Philosophie.

Comme on le voit, la profession a tout lieu d'être satisfaite des délibérations de la commission. Notre système d'examens préliminaires a déjà fourni des résultats trop avantageux pour que nous consentions de bonne grâce à en diminuer les justes exigences; si d'un côté le nombre des étudiants régulièrement admis n'a pas sensiblement diminué (ce qui prouve que l'examen n'est pas très sévère), de l'autre la qualité en a été sensiblement améliorée, ce dont nous sommes loin de nous plaindre.

Quant à la question de rendre la Philosophie obligatoire, nous n'en voyons nullement l'opportunité, même après avoir lu attentivement l'article publié à ce sujet sur l'*Etendard* du 22 janvier, et si nous avions à opter entre le grec, la philosophie et la physique, nous n'hésiterions pas à donner la préférence à cette dernière comme se rattachant plus directement à la science médicale que les deux autres branches de l'enseignement. La morale et la métaphysique du petit catéchisme de Québec peuvent suffire au médecin qui sait et veut y conformer ses actions; pour la logique, que l'on rencontre chez des gens de toute classe et qui n'ont pas fait de cours de philosophie, si la nature et un cours d'étude jusqu'en rhétorique inclusivement n'ont pu en inculquer les principes, l'appoint d'une ou deux années de philosophie nous semble fort problématique. Qu'on ne nous fasse pas dire que l'étude de la philosophie est inutile, mais bien, et nous le maintenons, qu'elle n'est pas indispensable au médecin; elle lui est utile au même degré, croyons nous, que la physiologie l'est au théologien, et l'étude de la physiologie n'est pas obligatoire dans les grands séminaires. Quant au grec, nous donnerions volontiers tout ce que nous en savons et tout ce que nous en ignorons pour tout juste ce qu'il nous faudrait de la langue allemande pour profiter de la littérature médicale d'un pays où la médecine est à son apogée.

Nous espérons que la proposition émise par quelques membres de la commission de retarder aux vacances les examens préliminaires sera favorablement acceptée du Bureau des Gouverneurs; le Collège n'a rien à y perdre, tandis que les institutions classiques ont tout à y gagner au point de vue de la discipline, et les élèves sous le rapport des études. Il serait même à souhaiter que ces examens n'eussent lieu qu'à une époque avancée de la vacance, à la fin de juillet peut-être, car l'élève qui vient de terminer ses deux années de philosophie a généralement besoin de rafraîchir ses souvenirs d'histoire, de géographie et autres qui datent déjà de plusieurs années; un mois consacré à l'étude des matières spécifiées dans le programme ne serait pas de trop et préviendrait les échecs que subissent malheureusement quelques aspirants intelligents et bien renseignés. Il y a bien à cela une objection: les Ecoles de Médecine qui ne donnent que six mois de cours ont leur examen pour admission à la pratique au mois de mars, en sorte que le nouveau

médecin ne pourrait avoir sa licence que quatre mois après son admission, c'est-à-dire deux mois plus tard que sous le régime actuel. Mais ce léger retard ne serait-il pas amplement compensé par l'avantage de terminer l'année classique du collège et par celui de préparer à loisir l'examen préliminaire? Nous n'en doutons pas. Avec le système actuel, tout collégien qui tient à terminer son cours est forcé d'attendre au mois de septembre pour être admis à l'étude de la médecine, et subit forcément un retard de près de trois mois au début et de trois ou six mois à la fin de ses études médicales.

Question d'honoraires.

Nous lisons dans le *Cincinnati Lancet and Clinic* :

“On discute beaucoup en ce moment, à Londres, la question des honoraires médicaux. Il paraît que, même là-bas, les médecins dont la clientèle et la réputation sont faites depuis longtemps n'adoptent pas toujours un tarif en rapport avec la dignité de leur position. Il s'en suit que *les jeunes* sont forcés de n'exiger que des honoraires ridiculement bas, s'ils ne veulent pas rester tout-à-fait oisifs, attendu que le public, ayant à choisir, préférera toujours, à prix égal, employer un praticien de renom. Le mal que nous déplorons ici semble donc exister aussi à Londres. Il est de fait que notre profession ne prise pas assez haut, malheureusement, la valeur de ses services. Un trop grand nombre de médecins de haute réputation adoptent des prix dérisoirement bas. Avec ce système il faut produire une somme énorme de travail pour pouvoir réaliser un revenu suffisant. Chez nous, s'il arrive qu'un médecin demande *le plein prix*, il lui est très difficile, par la suite, d'avoir le support et l'aide de ses confrères quand il s'agit de réclamer son dû. Nous pourrions, sur ce point, suivre l'exemple de nos frères les avocats. Que l'on compare, par exemple, les honoraires accordés aux médecins qui ont donné leurs soins au Président Garfield, et ceux accordés aux avocats dans l'affaire du *Star Route*. Dans les deux cas la cause fut perdue. Dans les deux cas aussi il y eut un égal déploiement de zèle et de talent, tant médical que légal. Qu'est-il arrivé? La note des médecins fut réduite au minimum. Celle des avocats, deux fois plus élevée que la note des médecins, fut payée jusqu'au dernier sou. Par tout le pays les médecins furent quasi-unanimes à déclarer exorbitants les montants réclamés par les médecins du Président. Les avocats, au contraire, n'eurent qu'une voix pour dire que les prétentions de leurs collègues n'étaient que justes et raisonnables.

“Si nous voulons maintenir la dignité de notre profession, il nous faut estimer un peu plus hautement la valeur de nos soins professionnels, et cesser une bonne fois de trouver exagérés les honoraires réclamés par nos confrères”

N'est-ce pas que les réflexions qui précèdent peuvent s'appliquer, d'une manière assez frappante à la profession médicale de notre bonne province de Québec? Ici, comme à Londres et aux Etats-Unis, les médecins se servent en général, vis-à-vis de leurs clients, d'un tarif des plus modestes, et ceux-là même qui, par leur position, leur âge et leur expérience, seraient en droit bien légitime d'élever le chiffre de leurs honoraires, n'en continuent pas moins à se morfondre pour un

prix sont nominal. A quoi cela sert-il donc d'avoir pâli sur l'étude de la science ? d'avoir, pendant de longues années peut-être, enseigné à la jeunesse de nos écoles les principes de l'art de guérir ? A quoi cela sert-il de s'être dépensé au service du public ? d'avoir acquis, au prix d'énormes fatigues, de veilles innombrables et de labeurs sans nom, une expérience de vingt, trente ou quarante ans, s'il faut, en fin de compte, mettre tout cela à la disposition du client pour une menue monnaie dont un débutant se contenterait à grand'peine ? En vérité, le talent, le savoir, l'âge et l'expérience ne sont-ils donc pas tenus, en honneur, de s'estimer autrement que cela ?

Et le débutant, lui, que doit-il faire en face du désintéressement (?) de son ancien ? Comme le fait remarquer notre confrère du *Lancet*, il se voit obligé d'adopter un tarif plus humble encore, s'il veut avoir chance de se créer quelque clientèle. N'a-t-il pas le droit de se plaindre et de crier à l'injustice ?

Le public lui-même, ce bon public auquel nous nous sacrifions avec tant de grâce et de bon vouloir, n'est-il pas bien fréquemment le premier à reconnaître la sottise que nous commettons en dépréciant de la sorte la valeur de nos services ? Souvent même il est le premier à les refuser pour la raison toute simple que nous ne les estimons pas assez. S'il est, parmi nos clients, des partisans du bon marché, il en est aussi qui apprécient peu ce qui ne leur coûte rien, et qui, en fait de services professionnels comme en fait de marchandises, se posent l'axiôme bien connu : cela vaut ce que cela coûte.

Quant au peu de support que le médecin reçoit de la part de ses confrères, s'il lui arrive de poursuivre quelques clients en recouvrement d'honoraires, cela fait partie du charmant système d'égoïsme et de jalousie professionnelle adopté par un grand nombre. Nous en avons des exemples tous les jours. Si le sieur Z*** est traduit devant les cours de justice par le Dr A*** (qui lui a peut-être sauvé la vie plus d'une fois, mais qu'il ne veut pas payer), il n'a bien souvent qu'à aller frapper à la porte du voisin, le Dr B***, qui se fera *un plaisir* de déclarer—sous serment—que la note de son collègue est ni plus ni moins qu'exorbitante et qu'on la peut réduire de moitié, sans aucun scrupule. Ce faisant, B*** se trouve avoir fait d'une pierre deux coups ; il a joué un bon tour à ce cher A***, et s'est acquis pour lui même la clientèle de Z***. En certains cercles, on appelle cela de la gentillesse et de la probité.

Pouvons-nous espérer voir changer cet état de choses ? Le doute peut être permis, si l'on considère les dispositions innées de certaines gens. Et pourtant, nous ne pourrions que gagner à rester unis, à serrer les rangs pour nous soutenir mieux, et à ne plus faire qu'un quand il s'agit de défendre nos privilèges. Nos frères les avocats ont bien plus que nous l'esprit de corps professionnel. Ils ont parfois, il est vrai, l'humeur un peu belliqueuse, mais cela ne les empêche pas de se protéger, même entre rivaux, chaque fois qu'il en est besoin.

Morphiomanie.

M. le Dr Ths Larue, de Compton, nous adresse, au sujet de l'*abus des injections hypodermiques de morphine*, une correspondance que le manque d'espace nous empêche, à notre grand regret, de publier avec la

présente livraison. Dans cette communication, le Dr Larue s'élève avec raison, non pas contre l'usage judicieux et raisonné de la seringue hypodermique, mais bien contre l'emploi inconsidéré et souvent routinier que font des injections sous-cutanées de morphine certains praticiens qui prétendent poser en partisans enthousiastes de cette méthode.

Notre confrère et ami jette le cri d'alarme et met la profession en garde contre la tendance très facile qu'il y a de passer de l'usage à l'abus, de même que contre le peu de précautions qu'apporte trop souvent le médecin dans le choix des cas qu'il croit justiciables de la méthode hypodermique. Il cite, à l'appui de sa thèse, deux cas malheureux où le médecin, appelé auprès de deux malades âgés respectivement de 70 et 65 ans, et souffrant, l'un de gastralgie, l'autre d'asthme bronchique avec expectoration abondante, crut opportun d'administrer à chacun une injection de morphine dont la conséquence fut la mort en moins de deux heures. Dans le cas d'asthme il y avait en outre des symptômes très évidents de lésion avancée du rein, contrindication presque formelle à l'emploi de l'opium et de ses alcaloïdes.

Nous n'hésitons pas à reconnaître, avec notre correspondant, que l'on prend en général trop peu de précautions dans l'administration de la morphine, surtout en injections sous-cutanées. Le médecin satisfait d'avoir procuré à son malade un prompt soulagement en même temps qu'un sommeil ardemment désiré, ne songe pas assez à surveiller les effets subséquents de la médication. Trop souvent aussi il ne pèse pas assez les diverses conditions d'âge, de tempérament et d'habitudes, la nature de la maladie, etc. De là les accidents du genre de ceux rapportés par M. le Dr Larue. Comme le chloroforme et le chloral, la morphine est un *ami mortel* dont il faut savoir se servir à point, et se défier toujours.

Maltine.—Deux médicaments comparativement nouveaux, mais dont les propriétés sont généralement reconnues : le *Viburnum Prunifolium* employé dans certaines maladies utérines, et surtout comme tonique pour prévenir l'avortement, et le *Yerba Santa* indiqué dans les affections des voies respiratoires et plus particulièrement la bronchite et l'asthme, ont été très heureusement alliés à la Maltine.

La Malto-Viburnine et la Malto-Yerbine sont d'une digestibilité parfaite et la Maltine y complète l'action de ces deux médicaments employés dans les affections presque toujours accompagnées de débilité ou de quelque désordre de nutrition.

La Maltine alliée à la pepsine et à la pancréatine constitue aussi un agent très bien adapté au traitement de certaines formes de dyspepsie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cooper Medical College, San Francisco. Annual announcement.—Session 1884.

Fifth biennial report of the State Board of Health of Maryland. January 1884.

CYR (Jules) M.D.—De l'affection calculuse du foie et de son traitement.—Paris—Delahaye et Lecrosnier, éditeurs—1884.

NOUVELLES MÉDICALES.

LA Société Médicale du comté de Kings vient de suspendre la publication de ses travaux.

Faculté de médecine de Paris.—Par décret en date du 5 Février, M. TARNIER, agrégé des facultés de médecine est nommé *professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants*, à la Faculté de médecine de Paris.

Société d'Hygiène P. Q.—La Société d'Hygiène de la Province de Québec demandera son incorporation à la prochaine session du parlement provincial. Capital: \$10,000. Il est à peu près certain que la publication du *Journal d'Hygiène* commencera au mois de mai prochain.

Health and Home.—Tel est le titre sous lequel M. F. N. Boxer, de Montréal, vient de fonder un journal qui, comme son nom l'indique, est destiné à promouvoir les intérêts de la santé publique et privée. *Ad multos annos!*

Résignation.—Son Honneur le juge Dugas a donné sa démission comme membre du Bureau de Santé. Comme beaucoup d'autres, Son Honneur est passablement dégoûté de la façon dont les choses se font au Bureau de Santé de notre bonne ville.

Dîner des pharmaciens.—Lundi soir, le 21 février dernier, a eu lieu, à l'Hôtel Richelieu, le dîner des membres de l'Association Pharmaceutique et du Collège de Pharmacie.

Plus de cent convives étaient réunis dans la grande salle à manger et ont fait honneur au splendide menu d'*Isidore*.

M. H. Lyman présidait, assisté de MM. Kerry et Evans.

Après que l'on eût satisfait l'estomac, les toasts suivants ont été présentés: la Reine, le Gouverneur-Général, le Lieutenant-Gouverneur, l'Association Pharmaceutique et le Collège de Pharmacie, la Profession médicale, les Pharmaciens en gros, nos Professeurs, nos Invités, les Dames.

Durant la soirée, plusieurs chansons ont été rendues avec beaucoup de goût par MM. Dugal, Mills, Baridon, Rogers et Morin.

Des discours ont été prononcés par MM. H. F. Jackson, R. Dugal, Dr Picault, Lyman, Reed, Bemrose, Baridon et autres.

On s'est séparé à une heure avancée, après une excellente soirée et un dîner hors ligne.

NAISSANCES.

BELLEAU.—A St-Isidore, Dorchester, le 21 février, la dame du Dr E. T. Belleau, une fille.

BROSSOIT.—A Beauharnois, le 26 février, la dame du Dr N. A. Brossoit, un fils.

ARCHAMBAULT.—A Montréal, le 28 février, la dame du Dr G. Archambault, un fils.

DÉCÈS.

DEGUISE.—A Québec, le 22 février, Marie-Joséphine-Adèle, fille de feu le Dr Chs. DeGuise.

LAMOUREUX.—A Montréal, le 5 mars, Marie-Julie-Anna, âgée de 4 ans et 7 mois, enfant du Dr F. T. C. Lamoureux.