

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoire.

VOL. III. MONTREAL, OCT. et NOV. 1889. Nos 10 et 11.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Congrès international de médecine mentale.

A Paris s'ouvrait, le 5 août dernier, sous la présidence de M. Falret, le congrès international de médecine mentale. Près de 150 aliénistes, tant de l'étranger que de la France, ont pris part aux travaux de cette convention.

Après avoir souhaité la bienvenu aux membres du congrès et payé un tribut d'hommages aux présidents d'honneur, MM. Calmeil, Delasiauve et Baillarger, M. Falret lit son rapport sur les obsessions intellectuelles, émotives et instinctives. Les conclusions de ce rapport, adoptées au congrès, sont les suivants :

1^o Les diverses variétés d'obsessions intellectuelles, émotives et instinctives sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie ;

2^o Elles sont le plus généralement héréditaires ;

3^o Elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes ;

4^o Elles ne restent pas isolées, dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisses et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés ;

5^o Elles ne présentent presque jamais d'hallucinations ;

6^o Elles conservent les mêmes caractères psychiques, pendant toute

la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysme et de rémissions, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales ;

7^o Elles n'aboutissent jamais à la démence ;

8^o Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire, de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs. M. Jules Morel, de Gand (Belgique) a posé les bases d'une statistique internationale des maladies mentales. Des nombreuses classifications soumises à la société de médecine mentale de Belgique, M. Morel choisit les points sur lesquels la majorité est d'accord, et en fait le tableau suivant, qui est adopté après une courte discussion :

1^o Manie, avec le délire aigu ;

2^o Mélancolie, avec la démence aiguë ou stupeur ;

3^o Folie périodique (folie à double forme, circulaire, alterne, etc) ;

4^o Folie systématisée progressive ;

5^o Démence vésanique ;

6^o Démence organique et sénile ;

7^o Paralysie générale ;

8^o Folies névropathiques (hystérie, épilepsie, hypochondrie, etc) ;

9^o Folies toxiques (alcoolisme, morphinisme, etc) ;

10^o Folie morale et impulsive ;

11^o Idiotie, imbécillité, débilité mentale, etc.

M. Semal de Mons (Belgique), lit un mémoire sur les *folies pénitenciaires*, dans lequel il en arrive à la conclusion que la réclusion cellulaire ne prédispose pas à l'aliénation mentale, mais qu'elle n'est que le facteur occasionnel qui détermine l'explosion de germes latents préalablement déposés sur le terrain mental du détenu (dégénérescence). Puis il émet le vœu suivant que le congrès vote à l'unanimité :

“ Le congrès international de médecine mensale, réuni à Paris, reconnaissant l'intérêt scientifique qui s'attache à la question de l'aliénation des détenus, émet le vœu qu'une enquête soit officiellement instituée à cet effet, et que les résultats en fassent l'objet d'une publication spéciale.”

M. le professeur Ball lit un rapport, qu'il a fait en collaboration avec M. Rouillard, dans lequel il étudie la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés.

Ce travail donne lieu à un débat, auquel prennent part plusieurs membres du congrès.

M. le Dr Bourque, médecin en chef de l'asile St. Jean de Dieu,

Longue-Pointe (Canada), expose la loi concernant les aliénés dans la province de Québec.

“ La province de Québec, dit-il, a abandonné le système d'asiles administrés entièrement par l'Etat, et consacre ses efforts à améliorer ses traités avec les asiles privés. Elle a distribué les pouvoirs et les fonctions de tous ceux qui concourent à l'admission, à la mise en liberté et du traitement des malades, de manière qu'il y ait à chaque instant, pour ainsi dire, un contrôle efficace.

“ Les abus pouvant se produire plus particulièrement dans un asile administré aux frais de particuliers sont les suivants : 1^o l'admission ou la détention de personnes non aliénés ou guéries ; 2^o la possibilité de ne pas donner les soins, la nourriture, le traitement, convenables.

“ Pour prévenir ces abus, l'Etat a constitué, auprès de chaque asile avec lequel il traite, un corps de médecins nommés et payés par lui et conséquemment complètement soustraits aux motifs intéressés que l'on redoute chez les propriétaires d'asiles ; et ce sont ces médecins, officiers publics, qui seuls contrôlent les admissions et les sorties. Ils sont, de plus, chargés de surveiller dans l'intérieur de l'asile la manière dont les propriétaires par leurs médecins, exécutent le traité, nourrissent, soignent, traitent, etc., les malades. Ils doivent faire à l'autorité publique des rapports réguliers et des rapports spéciaux au besoin.

“ Ainsi le propriétaire d'asile, n'exerçant aucun pouvoir concernant l'admission ou la sortie du malade, ne peut commettre d'abus. Dans un système ainsi appliqué, les séquestrations arbitraires deviennent matériellement impossibles, etc.

“ Au point de vue théorique, une telle division de pouvoirs peut paraître étrange ; mais, en pratique, le fonctionnement peut se faire harmonieusement et avantageusement pour le malade, surtout si le médecin représentant l'Etat a le soin, avant d'ordonner la mise en liberté, de prendre l'avis du médecin traitant.”

M. le Dr Duquette, président du bureau d'inspection du même asile St. Jean de-Dieu, prétend qu'entre les médecins inspecteurs et les propriétaires des asiles privés, il existe toujours des discussions et des luttes, et que les médecins traitants engagés par les propriétaires ne peuvent avoir toute la latitude nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Il désire que tous les asiles d'aliénés appartiennent exclusivement à l'Etat.

M. Revertuga, médecin d'un asile privé à Suresnes, près de Paris, ne peut comprendre comment M. Duquette peut prétendre qu'il est impossible au médecin d'un asile privé d'avoir toute latitude voulue dans l'exercice de ses fonctions.

M Soutzo (Roumanie) termine la discussion en demandant à ses collègues de voter la proposition suivante :

Le Congrès, après avoir entendu le rapport de M. le professeur Ball, et les communications faites à ce sujet par les membres étrangers, émet le vœu que chaque État soit doté d'une loi spéciale destinée à sauvegarder les intérêts des aliénés, à prévenir les séquestrations illégales et à soumettre ces malades à un traitement scientifique et rationnel. (Adopté.)

M. Motet lit un rapport sur la responsabilité des alcoolisés, rapport qu'il a fait en collaboration avec M. Vétault. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

La responsabilité est nulle, toute les fois que le crime ou le délit appartiennent à la période *délirante* aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme.

La responsabilité est nulle encore lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction.

La responsabilité peut être atténuée chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes.

La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse.

Elle existe toute entière : 1^o Dans le cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter ; 2^o lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit."

La lecture d'un mémoire de M. Christiau sur : "*la paralysie générale et la syphilis*," et d'un autre de M. Mabile sur *les méningo-encéphalites secondaires dans la syphilis cérébrale*, a aussi donné lieu à une discussion sur les rapports de causalité entre la syphilis et la paralysie générale. M. Ballet a terminé la discussion sur ce sujet en proposant une enquête internationale dont les documents seraient centralisés et dépouillés avec soin. Cette proposition fut adoptée et la tâche fut dévolue à la Société Médico-psychologique de Paris.

Enfin, M. Rouillard donne lecture d'un travail intitulé : *Quelques considérations sur les aliénés criminels au point de vue médico-légal*. A l'occasion de ce travail, le congrès renouvelle le vœu, adopté au Congrès de 1878, que des quartiers ou des asiles spéciaux soient créés pour les aliénés dits criminels.

Nous passons sous silence un grand nombre de communications, toutes également intéressantes, qu'il serait trop long d'énumérer.

AD. BAROLET,

Médecin adjoint de l'Asile St. Jean-de-Dieu,
Longue-Pointe.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement de la vaginite.—L. H. PETIT.

Pour combattre la vaginite des sujets lymphatiques ou scrofuleux, on prescrit le quinquina, l'iodure de fer, les bains salés ou les bains de mer, l'hydrothérapie. Si les malades sont arthritiques, préparations arsenicales et alcalines.—Les vaginites mycotiques, diphthéritiques, sont traitées par les cautérisations, les injections antiseptiques, septiques, les applications de tampons de gaz boriquée, iodoformée, etc.—Pendant la période d'acuité de la vaginite blennorrhagique, grands bains simples ou amidonnés ; pendant la période subaiguë, cautérisations avec le nitrate d'argent ou les solutions de ce sel. Injections avec divers liquides, tels que : solution d'acétate de plomb, d'alun, de sulfate de zinc, de borax, de sublimé, de permanganate de potasse, de chloral, d'acide phénique. Le tamponnement avec des boulettes de ouate imbibées de ces liquides paraît plus efficace, parce qu'il a une action permanente, et qu'il écarte l'un de l'autre les surfaces enflammées.—Dans le cas d'ulcérations occasionnées par la vaginite, cautériser avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, etc.

(N. G. *Union Médicale de Paris.*)

Bubons, guérison rapide par l'injection de vaseline iodoformée.

Dans les *Archives de médecine navale*, M. le professeur Poutan, médecin principal de la marine, affirme qu'il obtient au moyen de ce traitement des succès très rapides. C'est une sorte de pansement iodoformé à demeure, à l'intérieur du ganglion étroitement ouvert. Il opère comme suit :

1^o Lavage et antiseptie de la région à l'aide de la liqueur de Van Swieten dédoublée par l'eau chaude, et du savon s'il est nécessaire ;

2^o Ponction à la lancette si la peau est amincie ; au bistouri étroit si le pus est plus profond ;

3^o Évacuation du pus, expression complète du produit liquide contenu dans le ganglion ;

- 4° Injection de vaseline iodoformée liquéfiée par la chaleur ;
 5° Pansement par le coton bichloruré.

La ponction doit être étroite et faite au point le plus fluctuant, sa situation ne doit pas être déclive, puisqu'il n'y aura les jours suivants aucun écoulement. Elle doit être centrale pour que le pus, chassé avec les doigts de tous les points fluctuants, puisse y affluer.

Cette évacuation complète du pus est indispensable et nécessite une expression graduelle qui est parfois douloureuse. On peut y remédier par l'injection de quelques centigrammes de cocaïne autour du bubon. Quand l'expression est faite, il faut injecter quelques seringues de Van Swieten dilué pour achever de laver les parois de la poche. La vaseline iodoformée est alors poussée doucement à l'aide d'une seringue de verre chargée d'avance et que l'on a maintenue plongée dans l'eau chaude. La cavité du bubon doit être remplie, non distendue. Aussitôt après, avant que la vaseline reflue, une plaque de coton mouillé de Van Swieten froide est appliquée sur l'adénite et le pansement est complété par un spica. Il n'y a pas là occlusion absolue, mais cela revient presque au même, car, au contact du froid, la vaseline se fige entre les lèvres de la petite plaie et y forme bouchon. De plus, le pansement fait en quelque sorte une cuirasse antiseptique.

Dès la première journée, toute douleur disparaît, puis l'amélioration est si rapide que la guérison est complète, sans cicatrice dans une moyenne de six à sept jours. Dans quelques cas, il est nécessaire de renouveler l'injection de vaseline. En trois mois, 41 bubons ont été traités par cette méthode ; plus de la moitié ont été guéris en moins de 5 jours, le chiffre le plus élevé a été de 23 jours.—(*Le Scalpel*).

Pansement du chancre du col utérin.—(DE SINÉTY.)

Dans le cas de chancre simple du col utérin, on introduit dans la cavité cervicale, des tampons recouverts de poudre de tan ou d'oxyde de zinc.—S'il existe de la tendance au phagédénisme, on obtient de bons résultats des lavages à l'eau oxygénée, suivis de pansements avec la poudre d'iodoforme. Dans le but de diminuer l'odeur désagréable de l'iodoforme, on y ajoute du café pulvérisé, dans la proportion de vingt pour cent.—(*Revue des Maladies des Femmes.*)

De la dilatation du canal cervical comme moyen de traitement des métrorrhagies.—(JULES CHERON.)

Ainsi que je ne cesse de le répéter depuis bien des années, c'est trop restreindre l'utilité de la dilatation du canal cervical que d'en faire uniquement un procédé de diagnostic ou de ne la considérer que

comme le premier temps d'une intervention portant sur la cavité utérine.

C'est pour avoir perdu de vue la vraie pathogénie des métrorrhagies et pour avoir supprimé des traités de maladies des femmes la congestion hémorrhagipare que les gynécologistes modernes, ont passé sous silence l'une des indications les plus nettes de la dilatation du canal cervical — c'est-à-dire les métrorrhagies sans grosse lésion de l'utérus — ou bien encore qu'on est arrivé à la préconiser d'une façon empirique sans donner l'interprétation physiologique de son mode d'action. Il était pourtant facile de constater que la dilatation est le moyen le plus rapide que nous ayons à notre disposition pour faire tomber le spasme des vaisseaux du méso-arium et méso-métrium qui crée la congestion hémorrhagipare et qui est la cause réelle de l'apparition des métrorrhagies.

Il y a bien des années que j'eus l'occasion de vérifier pour la première fois le bien fondé de cette manière de voir.

Une dame qui souffrait depuis de longs mois de métrorrhagies qu'aucun médecin n'avait réussi à faire disparaître, vint un jour me consulter. Je ne trouvais pas, à l'examen le plus soigneux, autre chose que de la congestion active qui me semble devoir être rapportée à l'existence probable d'un tout petit corps fibreux interstitiel. Je pratiquai, séance tenante, une dilatation assez énergique du canal cervical. J'explorai la muqueuse de la cavité utérine qui n'était pas fongueuse. Dès ce jour les métrorrhagies disparurent et je puis dire que j'avais guéri la malade avant d'avoir fait le diagnostic de la cause anatomique de ces métrorrhagies.

Désormais je ne compte plus les faits de ce genre ; le résultat est constant et il est définitif quand il n'existe pas de grosse lésion que la dilatation ne permet pas d'atteindre.

L'éponge préparée, le tupelo, la laminaire peuvent être employés dans ce but, pourvu qu'on prenne soin de les rendre antiseptiques au moyen de l'éther iodoformé.

Pour ma part, je préfère utiliser la dilatation rapide et extemporanée à l'aide de mon dilatateur démontable à deux branches. En quelques minutes, on obtient, sans douleurs, une dilatation suffisante pour le but qu'on se propose d'atteindre, c'est-à-dire pour faire tomber le spasme des vaisseaux du méso-arium et du méso-métrium.

Après avoir retiré le dilatateur, il est bon de toucher le canal cervical avec une solution antiseptique ; celle à laquelle je donne la préférence en pareil cas est la suivante :

| | |
|--------------------|--------------|
| Résorcine..... | 35 grains. |
| Eau distillée..... | 2½ drachmes. |

Porter cette solution dans le canal cervical à l'aide d'un peu d'ouate hydrophile enroulée autour d'une sonde de Playfair.

(*Revue des Maladies des Femmes.*)

Vulvite épithéliale.

Le traitement de la vulvite épithéliale simple doit consister tout d'abord dans des lavages antiseptiques après chaque miction, puis, s'il y a des démangeaisons, dans l'application d'une pâte à l'oxyde de zinc telle que la suivante :

| | |
|--------------------|------------|
| Oxyde de zinc..... | 1½ once. |
| Amidon..... | 1½ once. |
| Cocaine..... | 15 grains. |

Les lèvres doivent être soigneusement isolées avec du coton.

Si la lésion est plus avancée et qu'elle soit localisée, on peut en faire la destruction radicale avec l'électro-cautère, mais il ne faut pas se contenter d'une opération incomplète. Si elle est généralisée, il faut se contenter des moyens émollients tels que les cataplasmes et les pulvérisations antiseptiques. D'une manière générale, la lésion est bien plus grave s'il y a incontinence d'urine.

(*Revue des Maladies des Femmes.*)

Applications pratiques de l'hypnotisme.

—On se rappelle l'impression d'étonnement que fit naître il y a quelques mois la communication de M. Luys relative à certains effets de l'hypnotisme. On se rappelle aussi que la Commission instituée pour contrôler ces faits opposa des conclusions à peu près négatives aux assertions de M. Luys, donnant par là même en quelque sorte, raison à l'incrédulité publique. Le savant médecin de la Charité n'a pas accepté sa défaite ; avec la tenacité d'un esprit convaincu, il a poursuivi des recherches dont les résultats fourniront peut-être encore matière à contestation, mais dont il est impossible de méconnaître la portée considérable et l'extrême intérêt. Ceux qui liront le résumé de ces nouvelles expériences seront séduits comme nous par les applications pratiques qu'elles laissent entrevoir. En produisant par l'action des miroirs rotatifs un état de sommeil prolongé, véritable *sommeil mécanique*, M. Luys est parvenu à modifier favorablement des troubles nerveux divers, invétérés et demeurés jusque-là rebelles à la plupart des médications (insomnie prolongée, fatigue cérébrale, céphalée, vertige, etc.) Les effets du sommeil hypnotique et de la suggestion chez les hystériques étaient déjà connus. M. Luys en a étendu les applications pour le cas particulier et il a pu atténuer et même faire dispa-

raître quelques-uns des phénomènes graves de la grande névrose : paralysie, hémiplegie, grandes attaques.

Dans un autre ordre d'idées, il a vu des symptômes liés à certaines affections cérébro-médullaires chroniques (tabes, hémorragie cérébrale) subir également une modification favorable sous la même influence. En ce qui concerne les affections mentales, M. Luys n'a pas rencontré d'effets aussi probants ; pourtant il a constaté des faits aussi encourageants que remarquables. C'est ainsi que chez des morphomanes invétérés, il a pu obtenir le renoncement volontaire et définitif à l'usage du poison quotidien. Or on sait les difficultés que le médecin rencontre ordinairement à obtenir un tel sacrifice. On voit donc que, de ce côté, il y a tout un champ d'exploration dès à présent ouvert aux chercheurs.

On peut relever encore bien d'autres remarques intéressantes dans le travail de M. Luys : par exemple les essais d'application de l'hypnotisme à la pratique chirurgicale. De fait ces essais ont été suivis fréquemment de succès : L'anesthésie produite par suggestion a pu atteindre un degré suffisant pour permettre d'exercer une opération de courte durée (ouverture d'un abcès, ablation d'une dent), voire même une opération sanglante et douloureuse. On peut croire que ces tentatives deviendront plus nombreuses et plus hardies le jour où nous connaissons mieux les limites du champ d'action des propriétés hypnotiques. Elles seront d'autant plus justifiées que la méthode à laquelle M. Luys a attaché son nom offre, entre autres avantages, celui d'une innocuité à peu près absolue.—DR P. MUSÉLIER.

(*Gazette Médicale de Paris*).

De la thalline (*A l'Académie de Médecine de Paris.*)

M. BROUARDEL. — M. A. Robin a présenté à l'Académie (voir *Bulletin médical* 1889, page 1265), le résumé de ses recherches sur l'action physiologique de la thalline. Les conclusions auxquelles il arrive sont les mêmes que celles de la communication que j'ai faite avec M. Loyer sur le même sujet, en 1885, à la Société de Biologie (compte-rendu du 14 fév., page 104).

Nous avons constaté que les sels de thalline avaient sur le sang la même action que les sels d'une autre substance, la kairine, dont nous avons fait précédemment une étude détaillée. La thalline détruit l'hémoglobine ; elle est un poison des globules rouges, elle diminue la capacité respiratoire du sang.

Si l'on ajoute à du sang quelques gouttes d'une solution de sulfate de thalline, on voit la couleur rouge disparaître ; le sang prend une teinte brun-chocolat, semblable à celle que nous avons remarquée

par le mélange avec la kairine. Examine-t-on la capacité respiratoire d'un sang additionnel de thalline, on constate qu'elle est tombée, dans un cas, à 2,8 alors que celle du sang normal était de 23. Il y a ainsi une destruction presque complète de l'hémoglobine. L'étude spectroscopique confirme ce résultat : les deux raies caractéristiques de l'hémoglobine disparaissent pour faire place à celle de la méthémoglobine.

L'abaissement de température que les cliniciens, Jaksch de Vienne en particulier, ont obtenu dans certaines pyrexies grâce à l'emploi des sels de thalline est le fait de la destruction de l'hémoglobine du sang. Les modifications que M. A. Robin a constatées dans les échanges organiques à la suite de la médication thallinique sont attribuables à la même cause, à la disparition de la plus grande partie des véhicules chargés de porter l'oxygène aux tissus.

Nous avons été les premiers à mettre les médecins en garde contre l'usage des sels de thalline ; la communication de M. A. Robin vient, sur ce point, confirmer ce que nous avons dit en 1885.

—(*Le Bulletin Médical.*)

Fonctions, pathologie et chirurgie du col de l'utérus

Au Congrès de Chirurgie.

M. DOLÉRIS.—A le considérer comme simple canal passif, le conduit utérin normal a dans son ensemble une direction sensiblement rectiligne ; il est à peine coudé à l'isthme. Son calibre est toujours suffisant pour sa fonction. La structure de sa muqueuse et les reliefs de sa paroi assurent, par une sorte d'appareil de drainage, la perméabilité de l'organe dans les deux sens, de l'extérieur vers l'intérieur, et inversement.

La sécrétion modérée du mucus cervical n'est pas défavorable à la fonction. Le rôle primordial dans les phénomènes initiaux de la fécondation appartient incontestablement au museau de tanche.

Chez la femme qui a enfanté, le conduit vaginal est plus large, mais l'orifice utérin est sensiblement plus ouvert et d'autant plus accessible. C'est de la sorte que se conserve l'aptitude normale aux fécondations successives,

Lorsqu'une déformation excessive vient vicier ces dispositions réciproques du col et du vagin, l'aptitude diminue et peut même disparaître, car si un col conique et allongé avec un vagin normal chez une femme multipare réalise un obstacle naturel à la fécondation, on peut dire aussi qu'un orifice cervical élargi avec un vagin très relâché amène le même résultat chez la pluripare.

La tension musculaire du stroma du col répond à des phénomènes actifs variés, en rapport avec la fonction.

Le col agit comme sphincter, pendant la gestation et pendant la première phase de la parturition.

Le rôle du sphincter musculaire est puissamment aidé par la ceinture vasculaire qui entoure le col dans sa portion sus-vaginale et qui fait de l'isthme utérin un véritable *ti su érectile*, au niveau duquel les faisceaux musculaires ne sont plus qu'une membrane ariforme.

Le maintien des tissus musculaires et l'intégrité de l'influx nerveux sont les garanties de la résistance de la région.

Toute la pathologie du col utérin est dans ces trois mots : traumatisme, inflammation, processus dégénératif ou néoplasique.

L'endométrite cervicale amène l'ectropion muqueux du col, comme la rectite amène la hernie de la muqueuse rectale.

Les caustiques et le thermocautère amène la transformation de l'épithélium cylindrique, qui revêt tout ectropion cervical, en un vernis pavimenteux solide. D'où l'oblitération des conduits glandulaires qui s'ouvrent sur la surface de l'ectropion. Qu'arrive-t-il ? Les sécrétions glandulaires subissent de la rétention et produisent des tuméfactions chroniques et récidivantes (anciennes congestions répétées).

Sous la cicatrice qui s'est formée, se passe un processus qui a échappé aux observateurs. Les glandes sont altérées, remplies de produits de sécrétion et enfermées sous une enveloppe cornée. De temps à autre apparaissent à la surface des follicules qui sont parfois remplis de pus, preuve que l'infection existait dans les profondeurs des follicules.

Le dernier terme de cette lésion chronique est la dégénérescence kystique. Les pointes de feu n'ont pour résultat que de créer des clous de sclérose dans le col envahi par les kystes.

Ces troubles amènent l'allongement du segment moyen du col, l'atrésie du conduit cervical, des déviations, etc. Ils occasionnent aussi le réveil des affections salpingo ovariennes.

L'inflammation modifie aussi la forme du col et détermine des flexions antérieures qui portent sur l'union du segment sus-vaginal du col. Cette déformation favorise l'éversion de la lèvre antérieure qui se relève, son allongement apparent, l'apparition de l'ectropion antérieur et enfin une sorte de conicité du col.

Le sphincter vasculaire permet de comprendre les spasmes localisés à l'orifice interne. L'athérome précoce, l'affaiblissement constitutionnel ou acquis des parois artérielles, l'affaiblissement des parois veineuses, etc., amènent la perte de solidarité de structure entre le corps

et le col de l'utérus, d'où atonie du segment moyen et flexion de l'organe de l'isthme. — (*Le Bulletin Médical*).

Débridement vaginal des collections de la périmérite chronique.

M. GOULLIARD (de Lyon). — Les collections périutérines siègent, tantôt dans l'ovaire, tantôt dans le ligament large, tantôt enfin dans la trompe.

Depuis la thèse de Blanc, qui a rapporté un grand nombre de faits dus à la pratique de M. Laroyenne, ce dernier a pratiqué 70 nouvelles ponctions ; on a retiré :

- 42 fois du pus ;
- 17 fois de la sérosité ;
- 6 fois un liquide hémattique ;
- 5 fois on a fait une ponction blanche.

M. Laroyenne se sert d'un trocart puissant ayant la courbure de l'hystéromètre. Le débridement est opéré avec le métrotome de Simpson ; cet instrument est lui-même dirigé à l'aide d'une canule à rainure. Le large débridement est maintenu béant ; pansement iodoformé. Cette pratique donne les meilleurs résultats dans les collections dont il a été question plus haut ; la guérison définitive est chose commune, même dans des cas qui semblent assez compliqués.

— (*Le Bulletin Médical*.)

Traitement non opératoire de la fistule à l'anus. — (Prof. GUYON.)

Il ne faut jamais opérer les fistules qui peuvent être tolérées.

Le traitement non opératoire consiste à rendre les gardes-robes molles et régulières, à rendre obligatoires les soins d'extrême propreté. L'état général sera l'objet d'un traitement reconstituant qui consistera surtout dans l'emploi du bromure associé au fer, comme dans la formule suivante :

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Bromure de potassium..... | 2½ drachmes. |
| Citrate de fer ammoniacal..... | 10 grains. |
| Sirop d'écorce d'orange amère..... | 3½ onces. |

Une cuillerée à soupe matin et soir.

Les topiques seront appliqués après chaque défécation. Voici une bonne formule de suppositoires :

| | |
|----------------------------|-----------|
| Iodoforme..... | 2 grains. |
| Extrait de belladone | ⅓ grain. |
| Beurre de cacao..... | Q. S. |

Pour un suppositoire qui sera appliqué après chaque garde-robe et le soir en se couchant.

Traitement de la diphtérie par l'hydronaphtol et la

papaïne, par le Dr CALDWELL, (*Wiener medic. Presse*, 1889, No 26, p. 1086.)

M. Caldwell préconise contre la diphtérie le traitement suivant :

Toutes les deux heures on fait prendre au malade de 60 à 180 grammes de lait, dose variable suivant l'âge. Toutes les demi-heures, pulvérisation de la solution suivante :

| | |
|--------------------------|--------------|
| Rec. Papaïne..... | 10 parties. |
| Hydonaphtol..... | 0,15 — |
| Acide chlorhydrique..... | XV gouttes. |
| Eau distillée | 120 parties. |
| Glycérine..... | 12 — |

M.

Pommade contre l'eczéma.—LUSTGARTEN.

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Oléate de cocaïne..... | 8 à 15 grains. |
| Lanoline..... | 2 $\frac{1}{3}$ drachme. |
| Huile d'olives..... | $\frac{1}{2}$ drachme. |

F. s. a. une pommade conseillée entre l'eczéma de l'anus et des organes génitaux. Deux onctions par jour, suivies de poudrage.—Bains de siège chauds, lotions savonneuses.—Dans le prurit de l'anus, on peut prescrire des suppositions à l'oléate de cocaïne.

—N. G. (*Union Médicale*, de Paris.)

Moyen de préparer rapidement la potion de Rivière.

Ce procédé consiste dans l'emploi de deux sirops dont MM. Eymonet et Kauffersen ont donné la formule :

1^o *Sirop acide* (n^o 1). Il contient :

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Acide citrique..... | 10 $\frac{1}{2}$ drachmes. |
| Eau distillée..... | 4 onces. |
| Sucre pulvérisé..... | 5 $\frac{1}{2}$ onces. |
| Alcoolature de citron..... | 1 $\frac{1}{2}$ drachmes. |

2^o *Sirop alcalin* (n^o 2). Il consiste à dissoudre un mélange de bicarbonate de soude et de bicarbonate de potasse dans l'eau distillée et chauffée à 25 ou 30 degrés et à édulcorer la solution.

En voici la formule :

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| Bicarbonate de potasse..... | 1 once. |
| Bicarbonate de soude..... | 2 drachmes. |
| Eau distillée..... | 4 onces. |
| Sucre pulvérisé..... | 5 $\frac{1}{2}$ onces. |

Ces deux sirops se conservent sans fermenter.

Pour préparer la potion de Rivière il suffit de mélanger une cuillerée à soupe de chacun d'eux à trois cuillerées à soupe d'eau. On obtient ainsi les potions n^o 1 et 2 de Rivière, l'une acide et l'autre alcaline.—(*Journal de Médecine*, de Paris).

Un rival de la saccharine.

Ce rival inquiétant, dont le pouvoir sucrant serait, dit-on, supérieur à celui de la saccharine, est l'acide " méthyl-benzoï-sulfinique ". Une petite parcelle, fine comme une aiguille, longue de 2 millimètres introduite dans le volume d'un grand verre d'eau, le sucre à ce point qu'il faut l'étendre beaucoup pour qu'elle devienne supportable, (*Chemist and Druggist et Revue médico pharmaceutique de Constantinople*, 30 juin 1889, 99).—*Idem*.

25 Ovariectomies.

Remarques cliniques sur un système serré de 25 ovariectomies par F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Bichat, Rédacteur de la *Revue de Chirurgie*. (1)

1^o Les tumeurs ovariennes kystiques apparaissent fréquemment à l'époque ou après l'époque de la ménopause, c'est-à-dire à l'âge où se développent les néoplasme épithéliaux.

2^o Si les phénomènes qui annoncent le début des tumeurs ne datent le plus souvent que de 2 à 4 ans, dans quelques cas le début du mal peut être plus ancien et remonter à 5, 8, 10, 12 et même 17 ans (obs. 163.)

3^o Les symptômes primitifs sont souvent fort peu accusés et consistent le plus fréquemment en une augmentation du volume du ventre, avec ou sans douleur, et suivie plus tard de phénomènes gastro-intestinaux et péritonéaux. Comme nous l'avons déjà dit, les règles restent le plus souvent normales.

4^o L'épanchement pleural un peu étendu est un phénomène qui n'est pas aussi fréquent qu'on l'a dit; il est d'un pronostic sérieux, car il peut résulter d'une altération organique de la plèvre.

(1) *Revue de Chirurgie* paraissant tous les mois sous la direction de MM. OLLIER Prof. de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon; VERNEUIL, Prof. de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, etc., rédigée par MM. NICLAISE, Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec; F. Terrier, Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Bichat, 100 pages in-grand, 8.—Abonnement \$6.00, Felse Alcon, éditeur 108 Boulevard St-Germain, Paris.

Nous reproduisons de la *Revue de Chirurgie* les conclusions à tirer des observations de cette nouvelle série.

5° Nous n'avons pas à revenir sur la pathogénie de l'ascite, tantôt inflammatoire, tantôt due à une dégénérescence du péritoine, ou enfin résultant des végétations kystiques qui s'ouvrent dans la cavité péritonéale (Quénu.)

6° Toute altération de l'urine, consistant en présence d'albumine, lorsque celle-ci ne résulte pas d'une cystite, est d'un pronostic très grave.

7° Les cinq décès de cette série sont due : à de la congestion pulmonaire, à une congestion rénale intense avec hyperthermie, à une septicémie probable, à une péritonite septique et suppurée et enfin au collapsus post-opératoire.

8° Dans quelques cas, la néoformation ovarienne a récidivé et s'est généralisée au bout d'un temps variable, mais d'ordinaire assez court. C'est là un fait très important à signaler au point de vue du pronostic et qu'on peut prévoir lorsque, dans le cours de l'opération, on a reconnu l'existence de granulations péritonéales et surtout d'indurations et de tumeurs miliaires dans l'épiploon.

Traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids, par des injections de naphtol.

(HENRI LASSERRE.—Thèse de Paris 1889.)

Dans cette thèse, l'auteur signale les inconvénients suivants, dus au traitement par l'éther iodoformé :

1° Douleur violente due à la distension brusque qui suit l'injection. Cette distension a quelquefois amené un sphacèle étendu de la peau, on produit une compression des organes environnants.

2° Guérison très lente, attendu qu'on doit mettre une grande distance entre deux injections successives, et qu'il faut en faire au moins trois ou quatre.

3° Danger de l'éther qui a procuré plusieurs fois un sommeil prolongé, difficile à dompter.

De plus, l'iodoforme dans une plaie cavitaire anfractueuse, offre des dangers d'empoisonnement iodoformique.

Le naphtol est inoffensif, très antiseptique, mais peu soluble : il n'est soluble dans l'eau et alcool 1/1000 qu'à la dose de 16½ grains ; un gramme dans le litre d'eau additionnée de 50 d'alcool.

Pour faire les injections de naphtol, il faut se servir de la solution forte dont M. Bouchard a donné la formule :

| | |
|----------------------------------|------------|
| Naphtol B..... | 75 grains. |
| Alcool à 90°..... | 1 once. |
| Eau dist. chaude Q. S. pour..... | 3 onces. |

Filtrez à chaud.

Au moment de faire l'injection, il faut plonger le flacon dans un bain-marie. En même temps, la seringue à l'injection baignera dans une solution antiseptique chaude. Ces précautions sont nécessaires pour empêcher la précipitation du naphthol qui boucherait l'aiguille ou la canule du trocart.

On évacue le pus et on injecte lentement la solution antiseptique.

Bulletin Medical.

Sur l'anesthésie chirurgicale par la cocaïne, au congrès français de Chirurgie tenu à Paris du 7 au 13 octobre 1889.

M. RECLUS (Paris).—Une pratique déjà longue, et reposant sur de nombreuses observations, me porte à croire que l'usage de la cocaïne comme anesthésique peut rendre de très grands services en chirurgie. Les avantages de cet agent thérapeutique sont trop peu appréciés à mon avis, et cela tient à plusieurs causes que je vais m'efforcer de mettre en lumière.

La cocaïne, comme anesthésique local peut être employée de deux manières ; d'abord, en lotions sur les surfaces muqueuses et autres ; puis, et c'est surtout ce qui fait l'objet de ma communication, en injections dans l'épaisseur des tissus.

Pour ce qui est des lotions, je dois dire que dans bien des cas, elles sont insuffisantes pour produire une anesthésie assez prolongée. Cependant, elles m'ont rendu de réels services pour faire la dilatation du sphincter anal et surtout pour pratiquer le lavage des cavités articulaires avec une solution forte d'acide phénique.

Mais j'ai hâte d'arriver à l'usage des injections de cocaïne dans l'épaisseur des tissus.

On a dit que la cocaïne était inefficace, qu'elle était dangereuse. Je crois ces deux assertions fausses et voici sur quoi je base mon opinion.

J'ai, à l'heure actuelle, pratiqué plus de sept cents opérations en me servant de la cocaïne comme anesthésique, et toujours j'ai pu obtenir une anesthésie, ou mieux une analgésie se prolongeant pendant trois quarts d'heure, et quelquefois pendant une heure. Dans les tissus normaux la cocaïne produit donc des effets suffisants. Je dois cependant faire des réserves au sujet des os dont l'analgésie est, je dirais impossible, si une observation récente ne me prouvait qu'elle peut être produite, mais tout au moins difficile à obtenir. Les tissus enflammés comme les tissus normaux peuvent être analgésiés, mais dans les uns comme dans les autres, il faut employer le médicament avec des précautions que je vais maintenant exposer.

Je commence par enfoncer l'aiguille dans l'épaisseur du derme et j'injecte quelques gouttes de la solution à 2 p. c. qui est la formule

que j'ai définitivement adoptée. Puis peu à peu je pousse l'aiguille, en ayant soin d'injecter en même temps le liquide qui se trouve ainsi distribué dans toute l'épaisseur du tissu traversé.

La zone analgésique ainsi obtenue, n'a qu'une largeur d'environ deux centimètres et c'est au milieu de cette zone qu'il faut pratiquer l'incision pour jouir de tous les bénéfices de la cocaïne. L'incision peut être faite au bistouri ou au thermocautère, mais je dois dire que quand on se sert du thermocautère il faut faire l'incision d'un seul coup, car la chaleur semble détruire la cocaïne et si on est obligé de revenir sur l'incision, le malade éprouve de la douleur.

J'ai toujours soin quand je fais une injection de cocaïne de procéder lentement, d'enfoncer l'aiguille peu à peu et d'injecter, comme je viens de le dire, la solution dans toute l'épaisseur du tissu traversé. J'insiste sur ces détails, parce que je crois que c'est à cette manière de faire que je dois d'avoir obtenu de la cocaïne tous les avantages qu'elle peut donner (chaque point du trajet de l'aiguille se trouvant directement en contact avec la solution anesthésique, et surtout d'avoir évité tout accident dangereux.

Si la cocaïne, en effet, n'est pas plus employée en chirurgie, cela tient non-seulement à ce qu'elle serait, dit-on, insuffisante, mais encore dangereuse. Or, aucun cas de mort n'a été produit par une dose inférieure à 0 gr. 75 cent. et je pense qu'il n'est jamais nécessaire de dépasser 0 gr. 20 cent. ; il me semble donc qu'il n'y a rien à craindre. Mais, de plus, en pratiquant l'injection comme je viens de le dire, il y a bien moins à redouter les accidents qui, sans être mortels, peuvent effrayer le chirurgien et l'entourage. Je crois, en effet, que ces alertes avec de faibles doses sont dues à ce que la solution a pénétré dans une veine ; en agissant comme je le conseille, si l'on rencontre une veine, on la traverse, et la quantité de liquide qui pénètre dans le vaisseau est extrêmement faible.

Comme conclusion, je dirai donc que la cocaïne permet en chirurgie de faire des opérations longues et minutieuses sans chloroforme, et, qu'en prenant les précautions nécessaires, il n'y a pas de dangers sérieux à redouter.

Traitement de la scarlatine.

La *néphrite scarlatineuse* comporte un traitement dont les indications sont assez précises.

Il faut tout d'abord bien considérer qu'un organe enflammé ne doit pas être violemment excité dans sa fonction. Le trouble sécrétoire étant une conséquence de l'inflammation, il ne faut jamais perdre de vue que les glandes, aussi longtemps qu'elles sont enflammées, et que,

par conséquent, les troubles sécrétoires sont considérables, doivent être le moins possible excités dans leurs fonctions. Mais à côté des reins, nous pouvons faire fonctionner énergiquement la peau, comme organe vicariant. En excitant sa sécrétion, nous pouvons éliminer non seulement l'eau, mais les matières excrémentielles de l'urine.

De toutes les méthodes diaphorétiques, celle qui est le plus recommandable dans le cas de néphrites graves est le *bain chaud* suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine.

Ziemssen déclare qu'une longue expérience lui a permis de recommander chaleureusement l'emploi des bains chauds ou des bains chauffés d'une façon régulièrement progressive.

L'échauffement du bain se fait d'après la méthode de Liebermeister, laquelle consiste à échauffer l'eau du bain en y versant de l'eau chaude pendant que le malade y est plongé, de façon à atteindre 38° et même 41° et 42° c. On fait suivre le bain d'un enveloppement dans une couverture de laine. La durée du bain doit être d'une demi heure à une heure ; l'enveloppement dans la couverture de laine doit être prolongé pendant une ou deux heures, car c'est seulement alors que la transpiration devient profuse.

Une expérience de vingt années, dit Ziemssen, me permet de considérer la méthode de Liebermeister comme la meilleure dans les diverses formes d'hydrophisie renale. Elle s'applique surtout aux personnes qui ne peuvent s'asseoir et qui ne peuvent prendre, pour un temps assez prolongé, que la position *horizontale*.

Il faut noter que le bain chaud administré tous les jours ne produit souvent qu'une sudation insignifiante le premier et le deuxième jour, tandis que, le troisième jour, la transpiration devient très abondante.

Les cas graves de néphrite, ceux qui s'accompagnent d'anurie et font craindre l'apparition d'accidents urémiques, comportent l'emploi de la *pilocarpine* en sus des bains chauds. On administrera également du vin de Champagne et des eaux gazeuses, dans du lait, dans la proportion de 1 : 2, comme boisson. Dans tout le cours de la néphrite scariatineuse, le lait est d'ailleurs excellent, tant comme aliment que comme médicament.

Comme médicament interne, la *digitale* occupe le premier rang ; on peut y ajouter l'*acétate de potasse ou d'ammoniaque*.

S'il n'existe pas un état urémique, on fera bien de s'abstenir de toute médication.

Il va de soi que, pendant la convalescence, alors que les troubles de la sécrétion urinaire et spécialement l'albuminurie ont cessé, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut amener une excitation du rein : l'alcool, les vésicatoires et le refroidissement. Si les circons

tances le permettent, il faut conseiller de porter de la laine à la peau, et le séjour d'un climat chaud, pendant les saisons rigoureuses.—(*Annales de la Société méd. et chirg. de Liège*).

De l'usage des œufs chez les albuminuriques.

—Des médecins, tels que Senator, Semmola, ont interdit sévèrement l'usage des œufs aux brigtiques, sous prétexte qu'ils déterminent de l'albuminurie. D'un autre côté, Stokvis, Griswold, Oertel, et plus récemment M. Schreiber, de Berlin, ont affirmé que, dans leurs recherches, ils n'avaient jamais constaté ou vu survenir une albuminurie d'origine alimentaire, déterminée par l'ingestion d'œufs cuits ou crus. Parmi ces auteurs, il en est qui vont jusqu'à recommander l'usage des œufs dans le mal de Bright. Selon eux, cet aliment, outre qu'il mitige le dégoût souvent profond que produit le régime lacté exclusif pendant un certain temps, est facile à prendre et jouit de propriétés toniques précieuses. Il est difficile néanmoins de se prononcer dans un sens ou dans l'autre, puisque, après l'usage prolongé d'œufs crus ou à la coque, l'albuminurie se produit chez certains sujets et ne se manifeste pas chez d'autres.

MM. Lecorché et Talamon attribuent son développement, chez l'homme sain, à un trouble fonctionnel gastro-intestinal concomitant ; dans certains cas, une partie de l'albumine de l'œuf non peptonisée serait absorbée en nature et déterminerait une irritation rénale. La variabilité de ce phénomène peut dépendre de la tolérance individuelle et aucune règle absolue ne peut être formulée à cet égard.

Se basant sur un grand nombre d'observations cliniques, MM. Lecorché et Talamon et la plupart des médecins français se rallient aux conclusions suivantes :

Les œufs crus ou à la coque seront avantageusement prescrits, lorsque les fonctions digestives sont normales, lorsque la lésion rénale suit une marche lente et lorsque l'assimilation générale se fait bien. Dans le cas contraire, ils seront proscrits du régime, comme nuisibles, surtout s'il y a menace de poussée aiguë du côté des reins ou d'urémie. (*Gaz. méd. de Liège*.)

Sur l'action cardiaque de l'iodure de potassium.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. SÉE (Germain) fait une communication sur l'action cardiaque de l'iodure de potassium. Or, ce rôle n'appartient qu'à ce dernier agent thérapeutique. L'iodure de sodium est absolument inefficace, il ne peut, en tout cas, remplacer l'iodure de potassium qui, lui, est dila-

teur et constricteur des vaisseaux. L'iodure de sodium ne présente qu'une seule phase, celle qui appartient à tous les alcalis, c'est-à-dire la vaso-constriction.

La dyspnée cardiaque peut être essentielle sans lésion du poulmon et des bronches ; c'est dans ce cas également que l'iodure de potassium agit d'une manière effective. En outre, l'iodure de potassium est un toniqué du cœur ; l'iodure de sodium ne l'est pas ; lorsqu'on injecte le premier médicament les pulsations du poul indiquent un renforcement du cœur. La crainte de la potasse n'est nullement légitime. L'iodure de potassium n'est pas toxique ; l'iodure de sodium est à peine la moitié de l'iodure de potassium au point de vue de son action tonique sur le cœur, l'iodure de potassium se rapproche beaucoup de celle de la digitale.

L'iodure de potassium trouve son indication dans toutes les affections du cœur, excepté dans les palpitations nerveuses, dans la maladie de Basedow (goître exophtalmique). Il est au-dessus du strophanthus, de la spartéine, etc. C'est surtout dans les états asystoliques, dépressifs du cœur, que l'iodure de potassium agit. Dans l'adipose du cœur, l'iodure de potassium produit des effets remarquables, la dégénérescence graisseuse du cœur, les états sclérosés du cœur, sont avantageusement combattus par l'iodure de potassium.

Dans la dilatation du cœur et le cœur forcé, son action est encore remarquable.

L'hypertrophie du ventricule gauche n'y trouve guère d'avantages.

Dans la sclérose des artères coronaires, angine de poitrine vraie, l'iodure de potassium est d'une grande efficacité.

Dans les fausses angines de poitrine l'iodure trouve encore plus d'une de ses meilleures indications.

Dans le cœur sénile, dans les anévrysmes, l'iodure de potassium est un médicament dont l'action est sûre.

L'iodure de potassium est un médicament énergique et vaso-dilatateur par excellence. — (*Tribune Médicale.*)

Du Salol.

Angines erythémateuses, tonsillaires et pharysytus.

Le Dr A. Gouguenheim publie dans la *Revue générale de clinique et de Thérapeutique* une étude sur l'emploi du Salol dans ses affections. A l'exemple du Capart de Bruxelles il emploie le salol à la dose d'un drachme par jour contre l'amygdalite phlegmoneuse. Il cite un grand nombre de cas où cette médication a eu des succès prompts et permanents.

Grâce à l'action du salol, à dose suffisante (1 drachme à 1 drachme

et demi en 3 à 5 doses par jour) la sensibilité diminue rapidement, la température baisse, et la durée de la maladie a diminué. L'auteur complète son mémoire avec les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.—1^o Le salol agit efficacement sur les angines aiguës, quellequ'en soit la cause ;

2^o Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie qui sont les symptômes les plus pénibles de ces affections ;

3^o En calmant la douleur, il peut abrégé la durée de l'angine phlegmoneuse suppurée ;

4^o Il abaisse la température ;

5^o Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines ;

6^o Pour arriver à ces résultats la dose ne doit pas être inférieure à un drachme par jour.

L'urticaire chez les enfants, ses causes, son évolution, son pronostic.

(A la société Médicale des Hôpitaux de Paris.)

M. COMBY.—L'urticaire, sous toutes les formes, est très commune dans l'enfance. Cette dermatose est le résultat d'une véritable intoxication ; c'est une *toxidermie* qui traduit probablement l'élimination cutanée de substances nocives élaborées dans le tube digestif. La clinique montre que l'urticaire est presque toujours en relation avec des troubles digestifs passagers ou permanents. La dentition ne paraît n'exercer aucune influence sur la production de l'urticaire chez les enfants.

Tantôt l'urticaire est aiguë, comme dans l'empoisonnement par les moules ; elle est alors éphémère, mais elle peut récidiver. Dans ces cas, elle coïncide avec un état dyspeptique plus ou moins accusé ; il suffit d'améliorer le régime de l'enfant pour amener la guérison.

Tantôt l'urticaire est plus tenace, sujette à des retours offensifs ; elle est liée alors à une dyspepsie habituelle ; les enfants mangent et boivent trop, ils ont de la dilatation de l'estomac ; j'incrimine surtout l'abus des liquides.

Tantôt, enfin, l'urticaire s'installe à demeure et devient chronique : les enfants ont continuellement des démangeaisons, leur corps est couvert de lésions de grattage, de papules surmontées de sang desséché.

L'urticaire persiste sous cette forme pendant six mois, un an, deux ans même ; puis elle change d'aspect ; les papules ortiées, larges et aplaties n'existent plus, elles ont fait place à des papules plus petites, toujours prurigineuses, accompagnées de lésions de grattage, de fissu

res cutanées, de placards eczématiformes. C'est le *prurigo de Hebra*. le *lichen polymorphe ferox* de M. Vidal.

Cette maladie abominable, qui poursuit les enfants jusqu'à l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte, a donc pour origine habituelle l'urticaire chronique.

Elle est donc liée, comme cette dernière, à la dyspepsie et, chez tous les malades que j'ai pu examiner, j'ai retrouvé la dilatation de l'estomac.

Il en résulte que l'urticaire infantile n'implique pas un pronostic constamment favorable; la longue durée de la maladie, sa transformation possible en prurigo de Hebra, rendent la pronostic assez sombre.

La prophylaxie s'inspire de l'hygiène et surtout de l'hygiène alimentaire.

L'observation nous montre que les enfants nourris au sein sont presque toujours indemnes et que l'urticaire s'acharne avec prédilection sur ceux qui sont allaités artificiellement, sevrés trop tôt, alimentés grossièrement.

Elle s'acharne sur ceux qui boivent en excès. Il faut donc conseiller l'allaitement naturel et plus tard le rationnement des liquides, pour éviter la dyspepsie et la dilatation de l'estomac, source principale de l'urticaire et du prurigo de Hebra.

Aux enfants déjà grands, on interdira les aliments épicés, la charcuterie, les poissons de mer et les crustacés.

On essaiera l'antisepticité par le naphthol, on prescrira la strychnine pour combattre quelques-uns des effets de la dilatation de l'estomac.

Localement on emploiera les lotions vinaigrées, le glycérolé tartrique à 1-20, les frictions avec l'huile de foie de morue ou l'enveloppement avec le sparadrap à l'huile de foie de morue.

M. RENDU.—Pour M. Comby la dentition n'aurait aucune espèce d'influence sur la production de l'urticaire chez les enfants. J'ai peine à partager cette opinion. Ainsi, un de mes enfants a eu, un peu avant l'apparition de chacune de ses dents, une poussée d'urticaire et il n'y avait aucun phénomène dyspeptique auquel on pût rattacher l'éruption. Je connais, du reste, nombre de faits analogues.

M. SEVESTRE.—A l'appui de ce que vient de dire M. Rendu j'ajouterai qu'un de mes enfants a eu également une poussée d'urticaire à chaque dent; seulement il y avait, parallèlement, un peu d'embarras gastrique, ce qui, en pareil cas, porte à admettre deux causes à l'éruption ortiée: la sortie de la dent et les phénomènes dyspeptiques. Un autre de mes enfants a eu régulièrement, et pendant trois jours consécutifs, de l'urticaire, chaque fois qu'il mangeait un œuf, mais là

encore l'éruption s'accompagnait de troubles digestifs : vomissements, diarrhée.

M. MERKLEN.—Je connais un enfant qui a de l'urticaire chaque fois qu'il boit un peu de vin, et une famille où tous les enfants n'ont pu, jusqu'à vingt ans, prendre un œuf, et même un simple jaune d'œuf, sans avoir une poussée ortiée. Il faut, je crois, admettre dans tous ces cas une impressionnabilité nerveuse particulière, se traduisant spécialement par une manifestation cutanée.

M. BROCC.—Dans son travail, M. Comby admet comme absolument démontré que l'urticaire se transforme progressivement chez les enfants en prurigo d'Hebra. Tout le monde sait que l'on observe souvent de l'urticaire chez les sujets qui sont ou seront atteints de prurigo d'Hebra. Mais là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si l'urticaire vraie se transforme réellement en prurigo d'Hebra, ou, pour mieux dire, si la lésion initiale du prurigo d'Hebra est de l'urticaire.

Les dernières recherches de M. Leloir semblent prouver que la lésion initiale du prurigo d'Hebra n'est, au point de vue histologique, ni un élément d'urticaire, ni un élément de lichen, etc., mais quelque chose de spécial. Il serait intéressant d'étudier de nouveau ce point à fond, en se souvenant de l'existence, chez les enfants, d'éruptions dénommées par M. le professeur Hardy; strophulus pruriginosus, qui simulent l'urticaire et qui sont fort souvent la première phase du prurigo d'Hebra. Tous ces faits auraient nécessité, ce nous semble, d'être discutés à fond par M. le Dr Comby.

M. COMBY.—Je ne conteste pas, bien entendu, les faits très nets de MM. Rendu et Sevestre, mais on pourrait objecter qu'en pareil cas la dentition joue simplement un rôle indirect dans la production de l'urticaire. L'intermédiaire serait un trouble dyspeptique, comme l'admet, du reste, M. Sevestre.

A M. Brocq je répondrai que dans une de mes observations, notamment, relative à un enfant que j'ai ainsi suivi de près pendant plusieurs années, j'ai vu d'abord, et pendant deux ans, de l'urticaire typique, classique, qui fut ensuite remplacé par le prurigo de Hebra.

En ce qui concerne le strophulus pruriginosus, ses papules petites, acuminées, sont bien différentes des larges plaques de l'urticaire et je n'ai pas observé la transformation d'une de ces éruptions en l'autre.

M. HAYEM.—Chez un de mes malades de la ville j'ai vu une urticaire se transformer nettement, après dit-huit ans d'existence, en un prurigo de Hebra, qui survenait le soir, au coucher, tout comme l'urticaire des années précédentes.

Une autre de mes clientes a régulièrement une poussée ortiée quelques jours avant ses règles. Comme cette poussée est antérieure à la

période menstruelle il est assez difficile de l'expliquer par une intoxication quelconque du sang. Au surplus, il est de nombreux cas d'urticaire où cette intoxication du sang est loin d'être prouvée. Souvent même elle est improbable.

J. JANICOT.

Neurasthénie et dilatation de l'estomac.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Trois théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la dilatation de l'estomac avec neurasthénie.

1^o *Théorie de Leven.*—Léven veut que tous les troubles observés en cas de dilatation de l'estomac dépendent d'une irritation du plexus coeliaque ; les désordres ne seraient donc que secondaires (théorie nerveuse).

2^o *Théorie de Glénard.*—Tous les désordres auraient pour point de départ une modification dans la statique du tube digestif, qui consisterait dans le prolapsus du coude droit du colon (entéroptose), lequel entraîne des rétrécissements du colon transverse (cordon cœlique) et du colon descendant (cordon sygmoïdal), de plus dans un abaissement et une dilatation de l'estomac, et enfin dans un prolapsus du rein (théorie mécanique).

3^o *Théorie de Bouchard.*—Tous les phénomènes dépendraient de la pénétration dans l'économie des toxines résultant des fermentations vicieuses qui se passent dans l'estomac dilaté. Ces toxines produiraient une véritable intoxication, et le passage de ces alcaloïdes organiques à travers le foie, chargé de les détruire, congestionnerait cet organe et amènerait consécutivement l'abaissement du rein droit, qui deviendrait persistant au bout d'un certain temps.

De ces trois théories, laquelle adopter ? Pour moi, il n'y pas d'hésitation, j'admets la théorie de Bouchard. Peu importe du reste pour la pratique, car toutes arrivent à peu près au même traitement.

Traitement.—Trois grandes indications :

- 1^o Antisepsie médicale.
- 2^o Traitement de la dilatation.
- 3^o Traitement de la neurasthénie.

I.—ANTISEPSIE MÉDICALE

4 divisions.

- a. Antiseptiques pharmaceutiques.
- b. Laxa ifs.
- c. Lavages stomacal et intestinal.
- d. Régime.

a). *Antiseptiques pharmaceutiques.*—Dans les cas moyens :

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Salicylate de bismuth..... | } ââ 2 1/2 drachmes. |
| Magnésie anglaise | |
| Bicarbonate de soude | |

en 30 cachets. Prendre un cachet à chaque repas.

Dans les cas les plus avancés :

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Salicylate de bismuth..... | } ââ 2 1/2 drachmes. |
| Naphtol a | |
| Magnésie anglaise..... | |
| Bicarbonate de soude..... | |

en 40 cachets. Un cachet à chaque repas.

b). *Laxatifs.*—Tous bons et très importants ; pour moi, j'emploie fréquemment la formule suivante :

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Follicules de séné passés à l'alcool, | } ââ 1 1/2 drachmes. |
| en poudre..... | |
| Soufre sublimé | } ââ 45 grains. |
| Fenouille en poudre..... | |
| Annis étoilé en poudre..... | |
| Crème de tartre pulvérisée..... | |
| Réglice en poudre..... | 2 drachmes. |
| Sucre en poudre..... | 6 drachmes. |

M.

c). *Lavages stomacal et intestinal.*—Ces lavages se font avec de l'eau boriquée à 10-1000, ou avec du naphtol à 1-1000. Pour le lavage intestinal, le siphon est préférable à l'irrigateur.

d). *Régime.*—Le régime alimentaire est des plus importants.

Réduire à son minimum la quantité de liquide de l'alimentation : 10 onces de boisson à chaque repas, préférer le vin blanc au vin rouge, proscrire tous les tanniques et eaux gazeuses, ainsi que les soupes liquides.

N'introduire des aliments dans l'estomac que lorsque ce dernier s'est débarrassé du bol alimentaire : Espace de sept heures entre les repas.

Réduire à son minimum la quantité de ptomaines introduites par l'alimentation ; Régime végétarien composé d'œufs, de féculents à l'état de purée, de légumes verts très cuits, et de fruits en compote. Si le régime carnivore est nécessaire : Viandes très cuites, de manière à détruire les microbes et ptomaines qu'elles développent (viandes braisées, bœuf à la mode, poulet au riz, volailles en daube) Défense absolue du gibier, des poissons, des mollusques, des crustacés et des fromages avancés. Comme pain, pain grillé.

II.—TRAITEMENT DE LA DILATATION

3 divisions.

a. Application mécanique.

b, Massage.

c. Electricité.

a). *Application mécanique.*—Sangle pelvienne de Glénard.

b). *Massage de l'estomac et de l'intestin.*—A l'aide des procédés connus pour combattre la constipation et aider au passage du bol alimentaire de l'estomac dans l'intestin.

c). *Electricité.*—Ainsi que l'a décrite M. Carron de la Carrière, dans une précédente séance. Pour moi, je ne crois pas beaucoup à son efficacité. car si on peut combattre les troubles et soulager le malade, il ne faut pas songer à guérir la dilatation elle-même. Je n'ai jamais vu d'estomacs dilatés revevenir sur eux-mêmes par ce moyen.

III.—TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE.

Grandes indications : l'hydrothérapie et la gymnastique.—(*Le Bulletin Medical*).

Le bromure de rubidium comme hypnotique.

I. — Le professeur Laufenauer publie dans *Therap. Monatsh.* une note préliminaire sur le bromure d'ammonium et de rubidium. Il l'a employé de préférence au bromure de rubidium, à cause de son prix beaucoup moins élevé. Sa formule ($Rb Br^3, Az H^4 Br$), représente pour 100, 36 parties de $Rb Br^3$ et 64 parties de $Az H^4 Br$.

L'auteur a étudié son action antiépileptique dans 17 cas, à la dose de 1 à 2 drachmes (4 à 8 grammes). L'effet est analogue à celui du bromure de potassium avec plus d'intensité. L'action hypnotique est satisfaisante, et, en somme, ce sel a les propriétés physiologiques des autres bromures alcalins, mais plus marquées. L'auteur va entreprendre des recherches analogues avec le bromure. (*Union Pharm.*, septembre 1889, 401.)

LE CHLORURE DE BARYUM, SUCCÉDANÉ DE LA DIGITALE.

II. — Le Dr Hare, de Philadelphie, a fait usage du chlorure de baryum dans les maladies du cœur avec un succès tel qu'il le recommande vivement à l'attention des cliniciens. C'est dit-il, un médicament peu coûteux, presque insipide, for peu toxique, qui agit aussi rapidement que la digitale, sans troubler les fonctions de l'estomac. On le représente dans beaucoup de livres comme un poison irritant; mais pour en faire un toxique, il faut, d'après le Dr Hare, le donner à

haute dose, à une dose très supérieure à celles qui sont en usage en médecine. (*Union Pharm.*, juillet 1889, 297.)

LE BUTYLCHLORAL CONTRE LES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU.

(*Liebreich.*)

III. — Le butylchloral paraît posséder, en dehors de ses propriétés soporifiques, une action véritablement spécifique sur le nerf trijumeau, qui s'anesthésierait sur tout son parcours, à la suite de l'administration interne de 1, 2 ou 3 grammes de ce médicament.

Liebreich le prescrit sous la forme suivante, dans les névralgies du trijumeau :

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Butylchloral..... | 45 à 75 grains. |
| Alcool rectifié | 2½ drachmes. |
| Glycérine..... | 5 drachmes. |
| Eau distillée..... | 4 onces. |

Mêlez ; à prendre de 3 à 4 cuillerées à bouche en une seule fois. (*Répert. Pharm.*, juin 1889, 258.)

EMPLOIS DE L'HUILE DE MAÏS EN PHARMACIE.

IV. — L'huile de maïs de bonne qualité est aujourd'hui produite en quantité considérable, et, répondant à une question qu'on lui avait posée relativement à son usage en pharmacie, M. C.-A. Heinitsh a donné à l'Association pharmaceutique américaine les indications suivantes : le liniment calcaire préparé selon la formule de la pharmacopée des États-Unis qui prescrit l'huile de coton, se maintient plus longtemps, bien que la séparation se produise aussi ; l'emplâtre diachylon de bonne consistance à peu près comme avec l'huile d'olive, et est moins influencé par les changements de température. L'onguent citrin fait avec l'huile de maïs seule ou mélangée dans la proportion de trois parties d'huile et une d'axonge, a une consistance molle de pommade et ne devient pas dur et friable comme celui qui est préparé avec l'huile d'olive ; il ne prend pas aussi aisément sa couleur jaunecitron. L'emplâtre simple d'huile de maïs est aussi facile à préparer qu'avec l'huile d'olive, il a même consistance, mais une couleur un peu plus foncée. (*Union Pharm.*, sept. 1889, 399.)

SUR LE SOMNAL.

V. — Ce nouvel hypnotique, préconisé par Radlauer, est l'*éthylchloraluréthane*, de la formule $C_7 H^{12} Cl_3 O_3 Az$, préparé avec l'alcool, le chloral et l'uréthane. Il se distingue du chloraluréthane, déjà connu, par sa fonction de 2 atomes de carbone et 4 atomes d'hydrogène. Son point de fusion est 42° C. ; il bout, dans le vide, vers 145° C. Il n'est pas modifié par le nitrate d'argent, ni par les acides.

Le somnal se donne à la dose de $\frac{1}{2}$ drachme, sous forme de solution additionnée de suc de réglisse ou de sirop de framboises.

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| Somnal..... | 2 $\frac{1}{4}$ drachmes. |
| Eau distillée..... | 1 $\frac{1}{2}$ once. |
| Sirop de framboises..... | 5 drachmes. |

Une cuillerée à soupe le soir.

A cette dose d'un $\frac{1}{2}$ d'achme, le somnal agit déjà une demi-heure après son ingestion et procure un sommeil calme de 6 à 8 heures, sans suites désagréables. Il n'exerce aucune action sur la digestion, le pouls, la respiration et la température. D'après l'auteur, il possède toutes les propriétés du chloral et de l'uréthane, sans en présenter les inconvénients. (*Pharm. Zeitung*. XXXIV, 5 octobre 1889, 611.)

M. BOYMOND.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

Endométrites.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après avoir déclaré qu'aucun mode de traitement de la métrite ne lui a donné de meilleurs résultats que celui indiqué par M. Dumontpallier, M. Polaillon trace les indications et les contre indications de ce procédé :

En général, toutes les endométrites chroniques avec lésions anciennes et sécrétions purulentes, toutes les endométrites infectueuses, toutes les endométrites hémorrhagiques, et même toutes les hémorragies utérines, sauf celles de l'accouchement et des gros myômes, sont justiciables de la cautérisation par la pâte de Canquoin.

Par lui, les métrites parenchymateuses, qui se combinent presque toujours avec une endométrite, sont aussi avantagusement modifiées et guéries. Il en serait probablement de même de l'affection décrite sous le nom de *gigantisme* de l'utérus, lorsque cette affection est encore à son début. Mais, dans ce cas, le traitement est plus long, et plusieurs applications de flèches sont souvent nécessaires.

Les maladies précédentes menacent quelquefois la vie par des accidents graves, en particulier par des pertes de sang, et conduisent à des opérations graves, l'hystérectomie vaginale ou la castration. Il est préférable, dans ces circonstances, de porter la cautérisation avec la flèche à demeure de façon à détruire la muqueuse, à attaquer la couche musculaire de manière à obtenir un retrait de l'utérus et une oblitération cicatricielle de sa cavité. Cette cautérisation oblitérante ne pourrait-elle pas remplacer beaucoup d'hystérectomies, beaucoup

de castrations ? C'est une question qui mérite les méditations des chirurgiens.

Chez les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause, le procédé de la flèche à demeure peut être appliqué très largement. Au contraire, il faut en user avec de grands ménagements chez les jeunes femmes. Cette indication étant bien établie, il ne faut pas accuser cette cautérisation de causer la stérilité. Toutes les jeunes femmes affectées d'endométrite chronique sont stériles. Elles resteront stériles, si on ne les traite pas, et elles continueront à souffrir. Le traitement qui les guérit de leur métrite ne leur rend pas toujours l'aptitude à devenir mère, il les met seulement dans de bonnes conditions pour qu'une grossesse se produise. C'est, évidemment, tout ce qu'il peut promettre à cet égard.

La métrite aiguë simple est une contre-indication de la flèche à demeure. Il n'est pas nécessaire, en effet, d'y recourir pour une maladie qui guérira par le repos, quelques narcotiques, quelques émoullients, quelques injections modificatrices intra-utérines. Il faut condamner l'abus que l'on pourrait faire de ce procédé, en raison même de la facilité de son application. Mais si la métrite aiguë est de nature blennorrhagique ou infectueuse, il importe d'arrêter radicalement le mal, afin de prévenir son extension aux trompes.

Or, rien ne saurait mieux atteindre ce but que la cautérisation avec les flèches de chlorure de zinc, qui est l'agent antiseptique par excellence.

Une autre contre-indication ou plutôt une cause d'échec, est l'existence d'une ovarite ou d'une ovaro-salpingite compliquant la métrite.

Il n'est pas démontré que, dans ces cas, la métrite ait été aggravée par la cautérisation de la flèche à demeure ; elle est même améliorée momentanément, puis la maladie reprend son cours. L'inflammation utérine est alors sous la dépendance de l'affection des annexes. Elle se perpétuera tant que ceux-ci seront altérés, et c'est contre eux qu'il faut porter l'effort du traitement.

En terminant la lecture de son rapport, M. Polailon adopte complètement la conclusion de M. Dumontpallier : le traitement local de l'endométrite chronique, au moyen d'une flèche de chlorure de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages par la simplicité de son application, par son innocuité et par la rapidité de la guérison.—(*Le Courrier Médical.*)

Clinique médicale

(Hôpital de la Pitié.)

INTRODUCTION AU COURS DE CLINIQUE par le Prof. JACCOUD.

Messieurs,

L'an dernier, en reprenant ici mon enseignement, je me suis appliqué à mettre en lumière les importants progrès réalisés par la bactériologie ; j'ai montré notamment que cette science nouvelle fournit à la clinique elle-même des notions fécondes, qui ne doivent pas être négligées. Mais, après avoir ainsi reconnu et proclamé l'introduction légitime de la bactériologie dans notre domaine spécial, je me suis efforcé de vous mettre en garde contre l'exclusivisme issu de l'enthousiasme et de la nouveauté ; je vous ai recommandé de ne point négliger les notions plus anciennes, et je vous ai exhortés à chercher la vérité et le progrès dans l'union constante de la médecine traditionnelle et des découvertes contemporaines.

Aujourd'hui, je suis obligé d'insister encore sur ces recommandations, parce que, sur un point au moins, l'exclusivisme prévu me semble dépasser toute mesure. Permettez donc que je précise une fois de plus la situation qui nous est faite par la microbiologie.

Pour atteindre son but spécial, qui est la connaissance du malade, la clinique, vous le savez, a besoin du concours de toutes les branches des sciences médicales : anatomie normale et pathologique, physiologie pathologie général et spéciale, pathologie et thérapeutique expérimentales, sciences physiques et naturelles, voilà les sources multiples auxquelles elle emprunte les connaissances préalables, qui lui sont nécessaires pour l'achèvement de son œuvre propre.

A ces sources déjà bien nombreuses, les découvertes de notre temps commandent d'ajouter la microbiologie, cela est incontestable autant qu'incontesté ; mais c'est là tout le changement ; une addition en donne la mesure, et cette adjonction, pour valable qu'elle soit, ne peut nullement diminuer l'importance des autres sciences auxquelles la clinique fait appel ; encore moins, doit-elle faire oublier les vérités antérieurement acquises, et la genèse véritable des progrès accomplis.

Or, cet oubli, j'ai regret à le dire, est la tendance du jour, et c'est là précisément l'abus qu'il est nécessaire de signaler.

L'attention est à ce point concentrée sur les faits bactériologiques et sur leur application médicale, la prépondérance qu'on leur accorde est telle, que tout le reste est relégué au second plan ; et, sous l'empire d'un entraînement qu'explique, sans le justifier en aucune façon, l'importance des découvertes bactériologiques, on en arrive à faire

dater de l'avènement du microbe la connaissance réelle des maladies infectieuses, et de toutes les questions qui s'y rattachent.

Par suite, les documents de la période microbienne sont seuls jugés dignes d'être consultés ; les documents antérieurs deviennent quantité négligeable, ce dont, par parenthèse, le quietisme s'accommode fort aisément ; on ne semble même pas soupçonner que les travaux pré-microbiens aient pu préparer ou réaliser en leur temps quelque progrès utile ; en tout cas, on ne prend pas la peine de s'enquérir. Dès lors, plus de bibliographie complète, plus d'historique exact ; à quoi bon ? tout est dans la période microbienne ; et sans vérification, sans contrôle, pour mieux dire, sans réflexion, on attribue à cette période tous les progrès de notre époque.

Eh ! bien, Messieurs, je vous le déclare sans nulle intention de blâme ou de récrimination, ce dédain du passé, qui est peut-être une ignorance, est à coup sûr une injustice.

Il me sera facile de vous le prouver.

Un des plus grands progrès dans la pathologie des *maladies infectieuses* est la connaissance des infections locales, d'où la distinction de ces maladies en deux classes : dans l'une, autant que nous pouvons le juger, l'infection est générale d'emblée ; — dans l'autre, l'infection est d'abord purement locale, et peut rester telle ; la généralisation est secondaire et partant éventuelle. Ce progrès est d'autant plus important qu'il renferme en lui des applications pratiques immédiates.

Or, cette doctrine pathologique nouvelle ne doit rien à la période microbienne des maladies infectieuses. Voyons en effet l'historique de la question pour les quatre *infections locales* les plus nettes et les plus importantes, la tuberculose la diphtérie, la blennorrhagie et la rage.

Pour la *tuberculose*, la réforme a été suscitée par les expériences de Villemin en 1865, les recherches des dix années suivantes, période à laquelle se rattachent, entr'autres, les noms de Lebert, de Reffi et Verga, d'Orth, de Huguenin, de Wolff, de Colin (d'Alfort) ont étendu et parachevé la doctrine, qui fait de la tuberculose une infection d'abord locale, à diffusion secondaire possible. Dès 1875, la démonstration expérimentale était complète et inattaquable ; dans le même temps, la démonstration anatomo-pathologique confirmait les résultats de l'expérimentation ; si bien que, l'observation clinique aidant, j'ai pu, dans mes leçons de décembre 1880, exposer au complet, et dénommer la doctrine de l'auto-infection tuberculeuse, et je ne manquais pas d'en faire ressortir les conséquences pour l'institution du traitement prophylactique.

Un peu plus tard, au commencement de l'année 1882, la découverte de Koch a permis d'ajouter à la démonstration expérimentale, et à la démonstration anatomo-pathologique une démonstration bacillaire,

mais c'était là une addition de luxe, dont la doctrine, solidement édiflée, n'avait en vérité nul besoin.

En ce qui concerne la *diphthérie*, l'oubli des temps prémicrobiens n'est pas moins injuste.

C'est en effet dans les années comprises entre 1865 et 1870 que l'on peut trouver les premiers vestiges de la doctrine, qui envisage la diphthérie pharyngée comme une affection primitivement locale ; entre les travaux de cette période embryonnaire, le mémoire de Barbosa (de Lisbonne) en 1868, mérite une mention spéciale en raison de la fermeté de sa conclusion.

En 1871, dans la première édition de ma *Pathologie*, j'ai nettement et sans réserve présenté l'angine diphthérique comme un mal local, capable de donner lieu à une intoxication secondaire. Cette opinion, tellement nouvelle alors qu'elle choquait toutes les idées reçues, m'a valu, du moins en France, de nombreuses et acerbes critiques ; pourtant elle a fait son chemin, et dans chacune des éditions successives de mon *Traité*, j'ai eu à enregistrer ses progrès, et à mentionner de nombreux documents confirmatifs ; dans la dernière de ces éditions, celle de 1883, j'ai résumé toute cette histoire dans quelques lignes, que je vous demande la permission de vous lire : " Cette circonstance (il s'agit des effets de l'inoculation) suffit pour condamner l'opinion des médecins qui regardent la diphthérie comme une maladie générale d'emblée, analogue aux fièvres éruptives ; le mal est au début purement local, et dans les cas où il prend la gravité et les caractères d'une maladie infectieuse, ce qui n'est pas constant, l'intoxication générale est secondaire. J'ai eu la satisfaction de voir confirmée par toutes les recherches anatomiques et pathogéniques récentes, cette doctrine de l'infection secondaire, que j'ai exposée dès la première édition de ce livre (1870), en me fondant uniquement alors sur l'observation et l'interprétation des phénomènes clinique."

Avec la même instance j'ai signalé les modifications que cette doctrine impose à la thérapeutique de l'angine, j'ai assigné la première place à la médication topique : " le traitement local, ai-je dit dans l'édition de 1883, condamné par les uns comme nuisible, blâmé par d'autres comme inutile, doit prendre le premier rang."

Je n'ai pas manqué d'ailleurs de recommander l'ablation des membranes avant l'application des membranes avant l'application topique, et cela dans les termes que voici : " Quels que soient les agents dont on fasse choix pour le traitement local, il faut en assurer l'action, à travers toute l'épaisseur des exsudats, sur le tissu muqueux lui même ; aussi est-il toujours plus sûr de détacher au préalable les fausses mem-

branes, soit au moyen de petites éponges, soit au moyen de petits linges imbibés d'une solution d'alun et enroulés autour de l'index."

Enfin je me suis efforcé, à chaque occasion, d'enrichir la liste des agents de ce traitement local, de toutes les acquisitions variables de la pratique ; et vous trouverez, dans l'édition déjà citée, une nomenclature que je crois complète, dans laquelle figurent à côté des fleurs de soufre, du nitrate d'argent, de l'eau de chaux, et du perchlorure de fer, le permanganate de potasse, l'acide phénique, l'acide salicylique, le chloral, la teinture d'iode, l'acide oxalique, l'acide borique, la soude pulvérisée, le benzoate de soude et le sublimé que j'ai moi-même adopté à l'exemple de Billoti, dont le travail est de 1876.

Telle est l'histoire véritable de la réforme pathologique et thérapeutique touchant l'angine diphthérique ; elle comprend la période qui va de 1865 à 1883.

Pour la *blennorrhagie* la situation était autre ; il ne s'agissait pas d'établir que cette maladie est une infection locale, cela était universellement admis ; le progrès consistait à rattacher à une infection secondaire partie de l'urètre les accidents à distance, qu'on observe parfois au cours et à la suite de cette urétrite spécifique. Or cette conception appartient incontestablement à Lasègue ; c'est assez dire qu'elle ne doit rien à la période microbienne de cette affection ; là où Lasègue a dit plus urétral, on dit aujourd'hui gonocoque, voilà toute la différence.

Voyons pour la *rage*.

Dans l'ordre pathologique, c'est-à-dire en dehors de la question de traitement, le plus grand progrès réalisé est l'interprétation de la maladie comme affection nerveuse siégeant dans la moelle allongée ; conclusion que dicte et que démontre l'analyse physiologique des symptômes. Or cette doctrine qui a été féconde, ne l'oubliez pas, est bien antérieure à la période pastorienne de cette histoire : c'est en 1840, que Römberg l'a formulée avec sa conclusion habituelle, et par suite, il a classé la rage, à côté du tétanos, parmi les affections convulsives produites par une exagération de l'excitabilité réflexe.—Plus tard, en 1867, Fuchs a adopté cette même doctrine, et il y a ajouté la notion de l'absorption du poison rabique par les nerfs sensibles, sans participation des vaisseaux sanguins.—Peu après, dans la première édition de ma Pathologie, j'ai donné de cette doctrine une formule plus explicite, en ce qu'elle contient avec la notion de siège dans la moelle allongée, la notion plus importante encore d'infection locale. Voici le passage : "A l'inverse des autres poisons morbides le virus rabique n'agit que sur une région circonscrite du système nerveux, il n'étend pas son action d'emblée à tout l'organisme, il n'altère pas la nutrition, et ne provoque pas de mouvement fébrile ; tout se borne à l'excitation exces-

sive, suivie d'épuisement, de la région bulbonévrocéphalique, et cette excitation se traduit naturellement par des phénomènes en rapport avec la modalité fonctionnelle de ce département nerveux. Les manifestations du poison rabique ressemblent bien moins à celles des maladies infectieuses qu'aux symptômes d'un empoisonnement par la strychnine, ou quelque autre poison végétal : de la la juste définition de de Romberg : La rage est une toxoneurose."

J'ai été plus loin, et, rapprochant de cette doctrine pathogénique, les différences notables que présente la durée de la période d'incubation, j'ai pu comme Fuchs, mais avec une base plus solide, substituer l'idée de l'absorption par les nerfs à l'idée courante de l'absorption par le sang.

Huit ans plus tard, en 1879, Duboué (de Pau), a exposé les mêmes vues, auxquelles il a consacré de bien plus grands développements.

Voilà pour les infections locales ; mais dans des questions d'un tout autre ordre, je puis vous citer des exemples non moins frappants de ces oublis regrettables.

On attribue volontiers à la découverte du bacille de Koch la connaissance des *divers modes de la transmission de la tuberculose*. C'est une erreur absolue. Avant cette découverte, avant 1882, ces modes étaient aussi complètement connus qu'aujourd'hui ; la preuve, c'est que je les exposais tout au long dans mes leçons de 1880, où j'étudiais successivement la transmission par inoculation, par inhalation et par l'alimentation, notamment par l'ingestion du lait des vaches tuberculeuses.

Mais je ne me suis pas borné à formuler ces conclusions, expression directe des documents scientifiques et cliniques de l'époque, je me suis attaché à mettre en pleine lumière les obligations pratiques qu'elles imposent, et je l'ai fait de telle sorte qu'il est impossible aujourd'hui, avec la connaissance plus précise de l'agent affectant, de dire plus, ni autrement. Laissez-moi vous le prouver en vous lisant ce passage de mes leçons de 1880 ; quand vous l'aurez entendu, vous comprendrez aisément que j'ai eu à cœur de le remettre au jour. Le voici :

" Ces notions étiologiques, ainsi que je l'ai fait remarquer il y a déjà bien des années, imposent au médecin des obligations nouvelles quant aux précautions à prendre dans l'entourage des malades ; il n'a pas seulement à se préoccuper de les traiter, il doit encore s'attacher, dans la mesure du possible, à préserver de tout danger d'infection les personnes qui sont habituellement en rapport avec eux, et par suite il faut s'efforcer de concilier les règles de la prudence avec les entraînements dévoués de l'affection. La bonne aération de la chambre, les pulvérisations bi-quotidiennes d'acide phenique ou de benzoate de-

soude, les soins les plus minutieux de propreté, la présence permanente d'un liquide désinfectant tous les vases qui reçoivent les crachats, la désinfection des linges et des pièces de literie maculés par l'expectoration ; voilà les principales, les plus importantes de ces obligations. J'appelle expressément votre attention sur les pulvérisations destinées à assainir le milieu ; cette pratique est de mon fait, et j'ai pu, dans bien des cas, en apprécier les avantages, non seulement pour l'entourage du malade, mais pour le malade, mais pour le malade lui-même, qui y trouve un utile auxiliaire du traitement. Cet ensemble de précautions n'est point encore suffisant ; une autre condition doit être remplie qui est parfois difficilement réalisable mais qui doit être imposée sans transaction par l'autorité du médecin, c'est la séparation des époux auxquels il ne faut permettre ni lit commun, ni chambre commune. Même règle absolue pour les enfants, qui ne doivent, sous aucun prétexte, partager la chambre d'une personne affectée de phthisie, quelque peu avancée d'ailleurs que soit la maladie."

Eh bien, que pensez-vous maintenant de l'oubli des travaux prémicrobiens ?

Cet oubli n'est pas moins immérité, relativement à la genèse et à la propagation de la *fièvre typhoïde* par l'eau potable, car la connaissance de ce fait si important a devancé de plusieurs années la découverte du microbe de cette maladie. Déjà en 1877, j'ai pu rapporter devant l'Académie de médecine, un bon nombre d'exemples probants, que j'avais puisés dans les recueils scientifiques ; et dans la dernière édition de ma Pathologie en 1883, après avoir affirmé l'importance croissante de ce mode étiologique, j'ai pu indiquer en note, rien que pour la période de 1872 à 1879, cinquante-quatre relations d'épidémies circonscrites ou diffuses, dans lesquelles le rôle pathogénique de l'eau est nettement établi.

Qu'on ait continué ces observations, que depuis l'avènement du microbe typhoïde on demande la preuve de l'action typhogène de l'eau à la présence de ce microbe et non plus à l'altération chimique, ou à la souillure fécale, c'est à merveille ; mais cela n'empêche que la connaissance de ce grand fait étiologique était acquise, et solidement établie avant le microbe ; or c'est cette connaissance même qui constitue le progrès.

Je m'arrête ; je pourrais multiplier ces exemples mais j'en ai dit assez pour justifier ma déclaration de tantôt touchant les écarts de l'exclusivisme actuel. On a dit, on répète souvent avec raison, que la nature ne procède pas par sauts, *natura non facit saltus* ; soyez assurés, messieurs, qu'il en est exactement de même du progrès ; lui non plus, ne

procède pas par bonds, il procède par filiation, et les premiers anneaux de la chaîne ne sont certes pas les moins importants.

Ne séparez donc pas ce qui est indissolublement uni ; tenez compte du passé comme vous tenez compte du présent ; le labeur sera plus lourd sans doute, mais vous lui devrez, comme compensation, une instruction plus complète, et un plus grand respect de la vérité.—(*Le Bulletin Médical*).

Clinique chirurgicale

Hospice de la Salpêtrière (Paris).

ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS par M. TERRILLON

Leçon recueillie par M. Adler, interne des hôpitaux.

Je me propose, dans cette leçon, de détruire auprès de vous une erreur, ou plutôt un préjugé très répandue en gynécologie, préjugé qui a causé bien des illusions et qui a retardé beaucoup la thérapeutique rationnelle des lésions utérines. Ce préjugé, qui fut longtemps enraciné dans le corps médical, est relatif à une maladie à peu près imaginaire, connue sous le nom de : *Ulcération du col de l'utérus*.

L'idée fausse que l'on se faisait sur les ulcérations du col de l'utérus n'est pas encore complètement détruite dans l'esprit d'un grand nombre de vos maîtres dans les hôpitaux : vous pourrez juger, cependant, combien la fausse opinion que l'on se faisait sur ce chapitre de pathologie, a causé d'accidents en donnant naissance à une série de traitements plus nuisibles qu'utiles.

Je vais vous décrire la lésion que les anciens auteurs connaissaient sous le nom d'*ulcérations* ; puis, remontant un peu dans l'histoire de cette lésion, nous verrons ce qu'en pensaient les divers auteurs et ce que nous devons en penser nous-mêmes ; enfin, pour terminer, je vous décrirai les divers traitements qui ont été proposés.

Description de la lésion.—Lorsque vous pratiquez l'examen de l'utérus au speculum, vous rencontrez trois variétés de col :

1° Le plus simple est le col absolument sain de la femme qui n'a pas eu d'enfants. Il a une forme conique allongée, à extrémité inférieure. L'orifice externe est arrondi petit, non déformé. Le museau de tanche est d'un rose violacé ; sa consistance est uniformément élastique.

2° La deuxième variété est représentée par le col de la femme ayant eu des enfants. Celui-ci est légèrement altéré : en effet, le mu-

seau de tanche, au lieu d'être conique, est plutôt cylindrique. L'orifice externe, au lieu d'être arrondi, prend l'aspect d'une fente transversale, qui est limitée en avant et en arrière par deux lèvres épaisses souvent inégales et portant la trace d'échancrures, de déchirures produites par l'accouchement. Le col de la femme ayant eu des enfants, quoique altéré dans sa configuration, est cependant un col normal.

3^o Enfin, la troisième variété qui peut se présenter à l'examen du spéculum, offre l'aspect suivant :

L'orifice externe est légèrement entrouvert ; sur son pourtour, et s'étendant sur une certaine étendue du côté de la cavité utérine, on voit une surface rouge framboisée, granuleuse, recouverte d'un mucus légèrement jaunâtre, et qui a tout à fait l'aspect d'une ulcération. Sur le fond rouge jaunâtre de cette ulcération, existe un soufisme de petits points d'un rouge intense, saignant facilement ; le pourtour de la lésion est limité par une sorte de liseré assez régulier. Enfin, lorsqu'on regarde la lésion avec un bon éclairage, il semble que la surface est dépolie. C'est ce qui a été décrit par les anciens auteurs sous le nom d'*ulcération*.

Il arrive souvent que, lorsqu'on voit au spéculum une lésion semblable, on peut la faire paraître et disparaître à volonté. En effet, lorsqu'on écarte les branches du spéculum bivalve, on augmente par ce fait le diamètre antéro-postérieur du vagin. Les valves du spéculum, en s'écartant, étalent le col dont l'orifice externe s'agrandit et se renverse en dehors, entraînant la muqueuse cervicale. Plus le spéculum est écarté, plus se produit cette sorte d'étalement de la muqueuse. Au contraire, si le spéculum est retiré ou refermé, cette partie rouge granuleuse, ayant l'apparence d'une ulcération, diminue au point de disparaître. Ce phénomène se présente très fréquemment et il est facile de le reproduire par la manœuvre du spéculum, que je viens de vous indiquer.

Étudions cette lésion au point de vue anatomique. Je m'empresse de vous dire que la dénomination d'*ulcération* n'est pas exacte et qu'il y a eu lieu de la supprimer. Ce qui a retardé beaucoup les notions exactes sur la nature de cette lésion, c'est que c'est un phénomène passager qui ne se voit guère que sur la femme vivante, et que l'on ne retrouve plus sur le cadavre. Il est donc indispensable d'examiner au microscope des pièces fraîches, ainsi que le recommande M. M. Cornil et de Sinety, qui ont le mieux étudié cette lésion.

Si on pratique des coupes de la muqueuse au niveau des parties qui semblent ainsi altérées, mais sur des pièces fraîches enlevées par le chirurgien, on constate les altérations suivantes :

A la surface de ces pseudo-ulcérations, se trouve, à la place de l'épithélium stratifié presque complètement détruit, une unique couche d'épithélium cylindrique recouvrant les papilles de la muqueuse plus ou moins développées. Sur les coupes, on constate en outre, des enfoncements épithéliaux qui ressemblent à des diverticules glandulaires revêtus d'épithélium cylindrique ou caliciforme. La présence de ces glandes observées dans la portion vaginale du col, où elles n'existe pas à l'état normal, est due à ce que la muqueuse s'est renversée en dehors, comme le fait la conjonctive palpébrale dans l'ectropion. En un mot, la muqueuse intra-cervicale vient faire issue au dehors par le fait du renversement de la lèvre correspondante du col.

Au-dessous de l'épithélium cylindrique, le tissu de la muqueuse présente une couche plus ou moins épaisse d'éléments embryonnaires et des hémorragies interstitielles. Ces îlots de petites cellules s'infiltrant profondément jusque dans le tissu fibro musculaire de l'utérus, augmentent son épaisseur en produisant une hypertrophie du col.

Très souvent on trouve de petites modosités rougeâtres, faisant saillie au-dessus de la surface altérée ; ce phénomène est causé par une altération peu prononcée des glandes. Lorsque le canal excréteur de ces glandes est oblitéré, les acinis glandulaires sont distendus par l'accumulation du liquide sécrété ; il en résulte de petits kystes qui sont connu sous la dénomination *d'ovifs de Naboth*.

J'ajoute aussi que l'examen microscopique de cette lésion explique très bien l'apparence du col au moment de l'examen du spéculum. En effet les granulations, qui forment le semis rougeâtre à la surface de la lésion, sont constituées par les papilles hypertrophiées de la muqueuse ; la coloration rouge et le saignement facile sont dus à ce que ces papilles devenues plus vasculaires ne sont plus recouvertes que par une simple couche d'épithélium cylindrique et sont ainsi mal protégées contre les frottements et les attouchements même les plus superficiels. Enfin le mucus jaunâtre qu'on observe est produit par la sécrétion des glandes en grappe dont l'orifice excréteur s'ouvre directement à la surface de la muqueuse. Les granulations kystiques observées au voisinage du col sont dues à l'hypertrophie de ces glandes dont le conduit est oblitéré.

Vous voyez, à la suite de l'examen microscopique, que cette lésion ne peut pas être appelée une *ulcération*. Il n'y a pas de pertes de substance proprement dite ; c'est une légère maladie de la muqueuse, il est vrai ; mais qui ne méritait pas les traitements barbares que l'on a dirigés contre elles.

Vous connaissez maintenant la constitution anatomique de cette lésion ; ce n'est pas tout, il faut connaître sa signification. Mais avant

d'entrer dans le développement de cette étude et de vous donner l'interprétation de cette légère altération, il est utile que vous sachiez comment on l'a expliquée autrefois. Vous saisirez ainsi plus facilement la différence qui existe entre les opinions anciennes et les opinions les plus récentes sur ce sujet.

Avant l'invention du spéculum, ces ulcérations étaient inconnues; le toucher n'étant pas suffisant pour les faire reconnaître.

Lorsque Récamier vulgarisa l'emploi de cet instrument, et que l'on pût éclairer ainsi le fond du vagin, les ulcérations du col prirent rapidement une grande importance, car elles constituaient une altération fréquente et facile à voir. Dès ce moment les médecins s'habituaient à considérer ces lésions comme une véritable *entité morbide*; leur imagination se donna libre carrière: c'est à l'ulcération qu'ils rapportaient les douleurs, les hémorragies, les divers accidents dont les femmes se plaignaient; c'est l'ulcération seule qu'ils traitaient par les moyens les moins recommandables.

D'autres auteurs ne faisaient pas de l'ulcération une maladie spéciale; mais il l'attribuaient à des causes variées. Les uns prétendaient qu'au moment de l'accouchement, le col se déchirait et se renversait en dehors; les liquides vaginaux en contact avec la muqueuse renversée au dehors provoquaient l'ulcération. Pour Velpeau et ses élèves, les ulcérations du col étaient dues le plus fréquemment à la flexion du corps sur le col.

Depuis, on est allé encore plus loin; certains auteurs ont considéré ces lésions comme étant le résultat de maladies constitutionnelles. Ainsi, pour ne parler que des auteurs français, M. Courty décrit l'érythème, l'herpès, l'eczéma, l'acné, le pemphigus du col utérin.

Vous voyez, par ces quelques préliminaires, que pendant longtemps l'opinion la plus en vogue était la suivante: l'ulcération était une maladie primitive, pouvait se compliquer de lésions secondaires, amener consécutivement l'engorgement du col et son hypertrophie, et devenir même la cause des métrites les plus accentuées.

Cependant, dès 1843, Gosselin dans un mémoire sur la question, considérait la métrite comme cause première des ulcérations du col.

Depuis, les auteurs anglais, parmi lesquels je citerai le Dr West, avaient mis en doute les diverses théories en cours, et avaient conclu qu'il fallait renverser la proposition et dire: Toutes les fois que l'on rencontre des lésions du col de l'utérus, ayant l'apparence d'ulcérations ou d'érosions, il faut considérer celles-ci comme un des symptômes d'endométrite cervicale et même d'une lésion utérine plus profonde.

M. West avait démontré que souvent, lorsque ces pseudo-ulcéra-

tions existe sur le museau de tanche, et qu'on dilate la cavité utérine au moyen de tiges de laminaria, on trouve que ces altérations se propagent à l'intérieur du col et même du corps de l'utérus.

Cette dernière proposition, je me hâte de le dire, n'est pas toujours vraie. Dans certaines déchirures du col étendues, unilatérales ou bilatérales, cette altération est limitée à l'orifice du col, sans que la muqueuse du col ou du corps soit intéressée, et sans qu'il y ait aucun symptôme de métrite concomitante. Dans ce cas la lésion apparente ne constitue qu'un aspect spécial de la muqueuse, sans aucune importance pratique.

Cet historique vous prouve combien il est important de vous faire une idée juste sur la nature de ces lésions que vous rencontrerez très souvent dans votre pratique médicale.

Leur fréquence est en effet très grande. En Angleterre, West et Lee se sont occupés à rechercher la fréquence de ces altérations chez les femmes qu'ils examinaient. Leurs résultats diffèrent d'une façon notable ; ainsi West prétend que 70 à 75 0/0 de femmes examinées présentaient cette lésion, tandis que Lee admet que cette altération n'existe chez les femmes que dans la portion de 25 0/0.

Je n'ai pas fait de statistique personnelle à cet égard : mais je puis vous affirmer que cette lésion apparente est très commune. Vous devrez donc apprendre à la connaître et surtout à écarter absolument la thérapeutique funeste qui a eu cours jusqu'à ces dernières années. C'est cette thérapeutique que nous allons étudier et critiquer.

Les modes de traitement se sont ressentis des théories émises. En partant de l'ulcération de ce principe que l'ulcération était toute la maladie, et qu'elle seule causait les phénomènes dont se plaignaient les malades, on a dirigé tous les efforts de la thérapeutique vers la guérison de l'ulcération par tous les moyens, souvent les plus illogiques.

C'est ainsi que des malheureuses femmes ont été véritablement martyrisées par leur médecin qui, journellement, ou tous les deux ou trois jours, les cautérisait sans relâche pendant un ou deux ans. Or, de deux choses l'une, ou bien cette lésion est insignifiante, et alors la cautérisation est nuisible parce qu'elle augmente la maladie en provoquant des désordres souvent étendus sur le col et en créant une véritable ulcération qui n'existait pas ; ou bien elle est symptomatique d'une lésion plus profonde, d'une endométrite, et ce n'est pas en portant le fer rouge ou les divers caustiques préconisés sur le museau de tanche, que l'on pourra espérer modifier la lésion de la muqueuse du col ou du corps.

Cette méthode de traitement est aussi irrationnelle que si on se contentait, dans la blennorrhagie de l'homme, de cautériser à outrance le

gland ou le méat urinaire au lieu de porter directement les topiques sur la lésion siégeant profondément dans le canal de l'urèthre.

D'après les renseignements que je viens de vous donner, vous voyez donc que cette lésion ne doit pas être traitée seule, par cette raison qu'elle n'est rien par elle-même, mais qu'il faut combattre surtout la maladie principale dont l'ulcération n'est qu'un phénomène secondaire et souvent peu important.

Vous ne me verrez jamais agir autrement dans mon service. Lorsque, chez une femme que j'examine au spéculum, je trouve ces lésions je recherche immédiatement s'il en existe pas de plus profondes et plus importantes. Vous me verrez d'abord chercher si l'utérus présente les signes caractéristiques de la métrite : si le col et le corps de la matrice ont augmenté de volume : si la pression du doigt sur le col provoque de la douleur ; si, en un mot, le liquide que l'on voit s'écouler par le museau de tanche est purulent ou n'offre pas les caractères de limpidité du liquide normal sécrété par les glandes du corps de l'utérus.

Lorsque j'ai constaté plusieurs de ces signes réunis, je néglige absolument l'ulcération, et ne réserve le traitement qu'à la lésion utérine plus profonde et cause réelle tous les symptômes.

Depuis que les auteurs modernes ont eu cette notion que les cautérisations sont inefficaces et même dangereuses pour ce genre d'affection, ils ont cherché d'autres moyens thérapeutiques. Convaincus que cette maladie de la muqueuse était due surtout à son contact avec les parois du vagin et avec les liquides intravaginaux ils ont essayé de la remettre à sa place, de la forcer à reprendre domicile dans l'intérieur de la cavité du col, afin de la soustraire à ce contact nuisible.

Emmet, surtout persuadé que cette ulcération était le plus souvent due à l'ectropion de la muqueuse cervicale, a proposé une opération qui porte son nom et que je vous ai décrite avec détails dans mes précédentes leçons.

Cette opération peut se résumer en quelques mots :

Les parois vaginales étant écartées au moyen de valves, on saisit le col avec une pince à griffes et on abaisse l'utérus. Au moyen d'instruments tranchants, le chirurgien fait l'avivement des parties latérales des deux lèvres, en ayant toujours soin de respecter l'orifice externe. On termine enfin par la suture des surfaces avivées au moyen de fils d'argent.

L'opération d'Emmet paraît bien rationnelle et bien séduisante ; car elle fait d'un coup disparaître l'apparence ulcérate. Le col reprend son apparence ordinaire et la muqueuse intra cervicale n'apparaît plus au fond du spéculum. Malheureusement le but n'est pas

toujours atteint : les femmes continuent de souffrir, et en effet, on n'a rien fait contre la métrite profonde qui est la cause principale de l'affection qui consiste dans l'ulcération dont je vous ai parlé. C'est donc une opération dont les résultats sont peu encourageants lorsqu'on traite seulement l'ectropion de la muqueuse cervicale ; n'oubliez pas que dans la plupart des cas il est nécessaire de traiter la métrite interne et parenchymateuse qui est concomitante.

Découragé par ces faibles résultats, Schrœder a proposé un autre mode de traitement qui consiste à détruire, ou plutôt à enlever la muqueuse qui tapisse la cavité du col, jusqu'au niveau de l'orifice interne. Cette opération se pratique au moyen de curettes tranchantes, ou bien on résèque sur chaque lèvre du col un morceau plus ou moins étendu de la muqueuse. Le dernier temps de l'opération consiste à restaurer le col avec des sutures. Cette opération semble bien séduisante, mais rappelez-vous que le plus souvent ce nettoyage ou cette abrasion de la muqueuse intra-cervicale, ne comprend que 1 ou 2 centimètres, et qu'elle donne un résultat insuffisant, toutes les fois que l'on a affaire à une métrite concomitante du corps de l'utérus. Il faudrait alors après une dilation du col de l'utérus, agir plus haut et plus profondément, soit au moyen de la curette, soit au moyen de topiques appropriés. Mais j'empiète ici sur le traitement de la métrite, qui demande de plus grands développements.

Diagnostic.—A côté des ulcérations du col, causées par la métrite, au niveau du col, il peut y avoir d'autres variétés d'ulcérations qu'il ne faut pas confondre avec les premiers et qui sont :

Les ulcérations spécifiques :

Les ulcérations épithéliomateuses.

Les ulcérations *spécifiques* du col ne sont pas très fréquentes. Généralement il s'agit d'un chancre. Pendant mon séjour de quatre ans à l'hôpital Lourcine, il m'a été permis d'observer cinq ou six fois seulement l'accident primitif de la syphilis sur le col de l'utérus. Le chancre infectant du col offre des caractères particuliers, qui le font distinguer assez facilement des ulcérations banales de la métrite. Au lieu de former une ulcération annulaire autour de l'orifice externe du col, il est isolé sur le museau de tanche. Ses dimensions varient entre celles d'une lentille et celles d'une amande.

Au lieu d'être rouge violacé, avec des granulations saillantes à la surface, il présente généralement une couleur grise uniforme au centre, rouge vif sur les bords ; sa surface est lisse et unie. Un signe particulier important c'est que le chancre syphilitique du col se modifie avec la plus grande rapidité. Il ne dure pas plus que trois semaines,

et la cicatrisation est souvent si rapide qu'il passe très souvent inaperçu.

D'autres fois le col de l'utérus est le siège de plaques muqueuses. Ces accidents secondaires de la syphilis sont analogues à ceux que l'on observe à la vulve ou à la gorge. Leur couleur est grisâtre : elles sont très passagères, ne durent pas plus de 15 à 20 jours.

En définitive les lésions spécifiques du col de l'utérus sont rares, ce qui explique le peu de développement que les gynécologues ont apporté à leur étude.

Il n'en est pas de même des *ulcérations épithéliomateuses du col* qui au contraire très fréquentes. Le cancroïde de la surface vaginale du col se présente avec les caractères suivants : La couleur est violacée, livide, tranchant nettement avec la coloration blanche de la muqueuse voisine. Elle est irrégulière, creuse à bords élevés et indurés. La surface de l'ulcération donne lieu à un écoulement fétide, sérieux et roussâtre, analogue à de la lavure de chair. Au début, ces ulcérations malignes sont souvent très difficiles à distinguer des ulcérations simples accompagnant la métrite chronique.

Il est arrivé aux chirurgiens les plus consciencieux d'enlever le col ou l'utérus entier pour des ulcérations qu'ils croyaient de nature épithéliomateuse alors qu'il s'agissait simplement de métrites chroniques.

En effet, on éprouve souvent une très grande difficulté à faire le diagnostic différentiel. Les ulcérations de la métrite sont généralement rouges, d'une coloration plus vive ; l'écoulement mucopurulent plus ou moins épais de la métrite diffère de l'écoulement sérieux et roussâtre du cancer. Mais les caractères différentiels les plus nets vous seront donnés par le *toucher* ; et je ne saurais trop vous engager de vous familiariser par ce moyen d'investigation.

Un col atteint de métrite qui porte une ulcération simple, est généralement mou ; sa consistance est uniforme dans tous les points, tandis que dans l'*épithélioma*, vous éprouverez au contraire la sensation d'une induration irrégulière ou bien de nodosités isolées, dures, offrant au doigt plus de résistance que les tissus voisins, résistance analogue à celle du cartilage.

J'insiste sur ce diagnostic différentiel parce que je le répète, il arrive souvent, chez les femmes qui prennent peu de soins de propreté, que les ulcérations de nature bénigne dues à la métrite prennent des caractères qu'il est très difficile de différencier de l'ulcération de nature maligne.

Lorsque le diagnostic est douteux, on peut enlever un morceau du col pour en faire l'examen histologique. Mais, même après examen

microscopique, il est souvent difficile de se prononcer sur la nature de la lésion.

La facilité de se séparer des morceaux par le râclage des points envahis plaiderait en faveur d'une tumeur maligne. Enfin la diminution de la mobilité ou la fixation complète de l'utérus, l'induration du vagin à sa partie supérieure, seraient aussi un indice de tumeur maligne.

Pour me résumer, je vous répéterai une dernière fois les points importants que j'ai tâché de mettre en lumière dans cette leçon. Vous vous rappelez les caractères des *pseudo-ulcérations* du col qui sont ordinairement consécutives à des affections plus sérieuses de l'utérus. Quand elles sont isolées, elles indiquent simplement une érosion plus ou moins grande des lèvres du col, succédant à la déchirure de l'accouchement. Dans ce cas elles constituent une affection presque nulle et presque toujours négligeable.

N'oubliez pas l'abus épouvantable que l'on a fait des cautérisations répétées sur le col, cautérisations qui ont souvent provoquées des altérations profondes et durables de cet organe. Vous vous habituerez enfin à examiner avec soins vos malades, à différencier les lésions du col; vous vous familiariserez avec le toucher vaginal qui surtout vous permettra de faire des diagnostics pour lesquels le spéculum est le plus souvent inutile, quand il n'est pas trompeur.

A ce propos, certains gynécologistes sont allés jusqu'à prétendre que l'emploi du spéculum, sauf dans le cas d'intervention chirurgicale, non seulement est inutile pour le diagnostic, mais qu'il a été la cause d'un grand nombre d'erreurs et surtout d'un abus coupable dans la thérapeutique utérine. Je vous avoue que je pencherais volontiers vers cette opinion, car je considère cet instrument comme presque inutile pour le diagnostic; il ne doit servir que pour les opérations et le traitement local des maladies utérines.

Psychiatrie.—De la folie intermittente

Par M. le Dr MAGNAN. (Leçon recueillie par H. RIEDER.)

M. Magnan a repris dimanche dernier dans l'amphithéâtre de l'Admission, à Sainte-Anne, la série de ses leçons cliniques, qui ont pour objet, cette année, l'étude de la folie intermittente.

Avant d'entrer en matière, M. Magnan rappelle en quelques mots les principes qui l'ont guidé jusqu'ici dans ses recherches et les résultats qu'il en a obtenus.

Grâce à cette méthode qui consiste à tenir compte, pour établir un diagnostic complet, non seulement des symptômes actuels, mais des

conditions étiologiques dans lesquelles ils sont nés, des antécédents héréditaires, et surtout de l'évolution, de la marche de l'affection, il est arrivé à comprendre dans une seule et même espèce pathologique, le délire chronique, tout un groupe de formes morbides décrites comme des espèces distinctes.

A côté de cette entité morbide, qui peut être considérée comme le type continu de la folie, il y a place pour un second groupe, une seconde espèce pathologique, qui, par opposition, constituera le type rémittent, c'est la folie des héréditaires dégénérés.

La déséquilibration des facultés intellectuelles, la désharmonie du moral et du caractère, tels sont, avec la tare héréditaire et la fréquence des anomalies physiques, les caractères distinctifs de ce groupe. Sur ce sol particulier peuvent se développer des délires variés, généralement sans tendance à la systématisation, et surtout ces idées obsédantes, ces craintes, ces impulsions de toute sorte (folie du doute, agoraphobie, kleptomanie, etc.) que l'on a décrites comme des affections distinctes et que M. Magnan a rattachées à une même origine et réunies sous le nom de syndromes épisodiques.

Le groupe des folies intermittentes, dont M. Magnan aborde aujourd'hui l'étude, renferme des formes nombreuses étudiées jusqu'ici isolément sous les noms divers de folie intermittente proprement dite, folie à double forme, circulaire, alterne, psychose, cyclique, etc.

M. Magnan se propose de démontrer qu'il s'agit là encore de phases successives d'une même entité morbide que l'on a décrites comme des espèces distinctes.

Ce nouveau type, le type intermittent, résulte d'une synthèse clinique analogue aux deux premières et caractérisée comme elles par des signes précis, constants et certains.

Le plus grand nombre des cas que l'on observe dans la pratique, peuvent rentrer dans l'un de ces trois grands domaines. Assurément il se trouve sur la limite de ces trois groupes des faits exceptionnels; ce sont là des cas hybrides qui ne font que confirmer la réalité de ces trois espèces pathologiques.

La folie intermittente se traduit par la réapparition chez un individu jusque-là bien portant d'accès maniaques ou mélancoliques isolés ou combinés de diverses manières mais présentant toujours des symptômes communs, caractéristiques, qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres formes mentales.

Le mode d'invasion est rapide, quelquefois subit, généralement plus brusque que dans les autres formes mentales.

Il n'y a pas, comme dans la mélancolie ordinaire par exemple, une période prodromique, somatique, correspondant à la préparation d'un

milieu spécial propre à l'écllosion du délire. Les intermittents présentent d'emblée un terrain propice, une prédisposition spéciale, quelque chose de comparable aux diathèses.

L'invasion est particulièrement rapide pour les accès qui doivent être de courte durée ; elle est plus lente dans les accès plus longs.

De même, au début de la maladie, les accès se produisent d'une façon plus brusque qu'à un moment ultérieur de l'affection.

Lorsque les accès sont combinés de façon à constituer un cycle, comme dans la folie circulaire par exemple, l'invasion est rapide et le passage de la première phase à la seconde est souvent très brusque ; tel intermittent maniaque le matin sera mélancolique le soir.

Ces caractères sont rendus bien sensibles à la vue sur des tracés confectionnés d'après les observations, par des courbes qui représentent l'état mental des malades pendant toute la durée de l'affection et qui donnent au premier coup d'œil une idée très nette de la marche des accidents.

Le premier accès peut être un accès maniaque ou un accès mélancolique. Plus souvent la maladie commence par un accès mélancolique ; ce fait ne doit pas étonner, puisque les formes mélancoliques prédominent d'une façon générale dans la folie.

Dans quelques cas le premier accès est un accès cyclique, constitué par une phase de mélancolie suivie d'une phase maniaque, ou par une phase maniaque suivie d'une phase mélancolique ; mais les accès qui suivent, ainsi qu'il est visible sur plusieurs des tracés que l'on a sous les yeux ne sont pas nécessairement pour cela des accès soudés.

Est-il possible au clinicien de reconnaître, en présence d'un premier accès, s'il a affaire à une folie intermittente ?

Cela est très difficile ; on peut avoir des présomptions mais non une certitude absolue : si l'accès se développe chez un sujet de 25 à 35 ans jusque-là bien portant, s'il se développe spontanément sans cause déterminante intense, sans période prémonitoire, on peut supposer l'accès intermittent et par exclusion on arrive à un diagnostic assez précis.

En effet, un sujet de 25 à 35 ans jusque-là sain d'esprit, ne peut pas être un héréditaire dégénéré. Sans doute les héréditaires dégénérés peuvent revêtir toutes les formes mentales et se présenter sous les apparences les plus diverses, mais un accès maniaque ou mélancolique chez un héréditaire dégénéré de 25 à 35 ans ne saurait être une première manifestation. En dehors de sa déséquilibration mentale permanente, il n'attend pas habituellement sa trentième année pour témoigner de sa prompte réceptivité morbide et presque toujours il a déjà été envahi par l'un ou l'autre de ces nombreux syndromes signalés

dans le tableau d'ensemble où ils sont réunis. Voilà les héréditaires exclus.

D'autre part, si l'accès s'est développé spontanément ou sous l'influence d'une cause légère, s'il n'y a pas eu de période prémonitoire, on peut presque sûrement écarter encore les mélancoliques ou les maniaques simples, les sujets qui, sous l'influence d'une faible prédisposition et le plus souvent sous l'influence de causes puissantes et continues (excès, veilles, fatigues, émotions morales prolongées, etc.) peuvent présenter un accès de manie ou de mélancolie qui souvent ne se reproduira plus.

Les délirants chroniques peuvent bien aussi présenter de l'excitation ou de la dépression, mais ces états ne se produisent que sous l'influence des hallucinations et des idées de persécution, et à ce moment, le délire chronique s'est déjà nettement dessiné. Ces caractères excluent donc les héréditaires, les vésaniques simples, les délirants chroniques et nous restons avec les intermittents.

Il va sans dire que nous n'avons pas à nous occuper des épileptiques avec leur délire inconscient, des hystériques avec les stigmates qui les font toujours reconnaître, des alcooliques qui en dehors de quelques caractères particuliers de leur délire, présentent encore des troubles somatiques à physionomie spéciale, et enfin les paralytiques généraux à la première période, lesquels pourraient sans doute se présenter au premier aspect comme des maniaques ou des mélancoliques ordinaires, mais dont les antécédents permettront toujours de reconnaître la maladie. Les accès mélancoliques ou maniaques conservent le même aspect pendant toute leur durée. Cependant, à mesure que la maladie progresse, le caractère du délire peut changer, se modifier; c'est ainsi que des idées ambitieuses et hypocondriaques peuvent se surajouter aux symptômes essentiels. Le déclin de l'accès est analogue à l'invasion. Les accès courts ont un déclin rapide. Les accès mixtes ont un déclin très brusque, mais de cette chute subite du délire, il ne faudrait pas conclure à la guérison; souvent un intermittent sort de l'asile et est repris le jour même d'un nouvel accès.

Enfin, l'état mental de l'intermittent est ordinairement intact avant et après les premiers accès. L'intermittence peut être très longue après le premier accès, mais à mesure que les accès se reproduisent, les intermittences se raccourcissent, les périodes d'inégrité deviennent de plus en plus courtes; à un moment les accès se soudent les uns aux autres.

Vers la fin de la maladie, il existe souvent un état intermédiaire à la santé d'une part et à la dépression, et à l'exaltation d'autre part. C'est, ou bien un ralentissement de l'activité physique et motrice, ou un état

d'exaltation qui se traduit par des excentricités de toute sorte, une loquacité persistante. Cette manière d'être se rapproche de la déséquilibration des dégénérés et explique comment on a pu considérer comme des dégénérés les intermittents à double forme, par exemple.

La séance s'est terminée par la présentation de deux malades : l'une est actuellement en plein accès mélancolique, pleure, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; l'autre, dans la phase d'intermittence et de lucidité, très intelligente, donne sur ses antécédents et ses crises antérieures des renseignements circonstanciés, de la façon la plus précise et la plus complète.

Voici en quelques mots l'histoire de la malade :

Mme L... fille d'une mère hémiplégique, a joui d'une santé physique et psychique excellente jusqu'à l'âge de 24 ans.

A cette époque, en juillet 1844, la malade présenta subitement un accès de mélancolie. Elle s'était fiancée avec un veuf, père d'un enfant, et ce mariage d'inclination présentait, dit-elle, toutes les garanties désirables. Cependant, pendant ses fiançailles elle devint tout d'un coup mélancolique : elle voyait l'avenir en noir, craignait tous les malheurs, se jugeait incapable de se rendre utile à son mari et à son enfant. Elle eut des idées de suicide et le jour même du mariage proposait à son mari de se jeter à l'eau avec elle. Ce dernier s'y refusa, et de fait, peu de jours après, elle rentra en pleine possession d'elle-même.

Un mois après, survint un second accès ; elle était dans un état de stupeur complète, ne parlant pas, ne donnant pas signe de vie. Elle raconte qu'elle entendit à ce moment son entourage parler de sa mort prochaine et que malgré cela elle restait impuissante à réagir et à parler. Cet état dura deux jours, mais la malade fut déprimée pendant deux mois, au bout desquels elle revint à la santé.

Elle reste bien portante pendant près de sept ans ; elle s'occupait de son ménage et se rendait même utile à son mari dans son commerce de papiers peints. Pendant cette période d'intermittence elle eut deux enfants. L'un d'eux ne vécut que trois mois et demi et cette mort lui causa un vif chagrin. Mais elle distingue très nettement cette douleur morale de la souffrance pathologique qu'elle éprouve pendant ses accès et qui se caractérise par un anéantissement tout particulier, une absence de volonté complète, un accablement très pénible.

De 1851 à 1864, la malade eut huit accès qui durèrent de quelques semaines à quelques mois. C'étaient tantôt des accès maniaques, tantôt des accès mélancoliques.

C'est le 20 février 1864 seulement qu'eut lieu la première entrée de

la malade à la Salpêtrière pour un accès d'excitation maniaque qui dura trois ou quatre semaines.

Le second accès, en septembre 1864, fut un accès cyclique, présentant une première phase mélancolique de courte durée suivie brusquement d'une seconde phase d'excitation maniaque également très courte.

En juillet 1865 se place un nouvel accès de mélancolie, survenu après une intermittence de neuf mois. C'est à ce moment que M. Magnan, alors interne de M. Baillarger à la Salpêtrière, vit pour la première fois cette malade qu'il a pu suivre depuis vingt cinq ans.

Après une série d'accès maniaques ou mélancoliques entrecoupés de périodes d'intermittence de plus en plus courtes, la malade présente successivement trois accès cycliques bien nets, en 1873, en 1874, en 1876.

Depuis novembre 1876, elle n'est plus sortie de l'asile Sainte Anne, et depuis ce moment son état mental pendant les intervalles de ses accès est loin d'être normal. Elle est toujours légèrement exaltée, elle a une activité exagérée, ne peut rester calme un moment. Elle est loquace, se livre à des conversations infinies ; malgré cela, sa mémoire est excellente et son intelligence aussi est remarquablement indemne, si l'on songe à la fréquence des chocs cérébraux qu'elle a subis.

Les phases mélancoliques des accès sont caractérisées chez elle par un découragement, un affaissement complets. Elle ne peut plus vouloir, il lui serait impossible, dans ces moments, de mettre une allumette à un feu tout préparé, ou encore de remonter ses pendules, de déplacer une chaise. Elle souffre beaucoup de cet état : " Je suis dans l'enfer à ce moment-là," nous dit-elle. Elle n'aime plus personne, tout le monde lui est indifférent, même ses enfants. Des idées de suicide surviennent souvent dans les crises violentes : toutefois, elle n'a jamais fait de tentatives dans ce sens.

Elle s'accuse elle-même, elle est mauvaise mère, elle a charge à ses enfants ; elle finit par présenter des idées délirantes : on va la mettre en prison, parce qu'elle mange l'argent du gouvernement, elle a volé le linges que l'Asile lui fournit.

Quand cette période mélancolique est suivie d'une phase d'excitation, ce qui est le cas le plus fréquent dans ces dernières années, la malade sort peu à peu de sa torpeur, elle cause, s'occupe et éprouve alors un sentiment d'immense soulagement. Elle devient gaie, expansive, remuante : " Je suis comme un oiseau, dit-elle, qu'on laisse sortir cage." Elle est bienveillante pour tout le monde, familière avec les médecins qu'elle appelle : " Mon petit, mon vieux." Autrefois elle restait des heures devant sa glace à arranger ses cheveux, à mettre des

rubans. Elle se sent pleine d'énergie, vante ses capacités intellectuelles. Elle va gagner de l'argent ; les gens riches lui feront des commandes, les équipages attendront devant sa porte. Un jour, elle voulait aller à l'Élysée demander au président la croix qu'elle avait gagnée. Une autre fois, elle demandait le *Bottin* pour lancer des invitations à un grand dîner qu'elle donnait à tout Paris.—(*Journal des Connaissances Médicales*).

H. RIEDER.

Traitement de l'ictère hépatique par des injections hypodermiques de pilocarpine.

M. Witkowski considère la pilocarpine comme un moyen presque spécifique contre l'ictère hépatique. Il y a deux ans, il traitait une malade atteinte de néphrite, compliquée de calculs biliaires, d'augmentation et d'abaissement du foie, d'ictère, d'ascite du ventre et des jambes. Cette malade était âgée de quarante-quatre ans. Sept ans auparavant, dans le cours d'une grossesse, elle a commencé à sentir des douleurs dans le flanc droit. Ces douleurs ont augmenté après les couches. Un ictère s'y est associé. Une cure à Carlsbad, des compresses de Priessnitz, une ceinture avec une pelote soulagèrent un peu la malade. Mais l'ictère, ainsi que les coliques hépatiques, revenaient régulièrement à l'époque des règles. Cet état continuait en s'aggravant pendant quatre ans. Quand l'auteur vit la malade, elle lui inspirait des inquiétudes sérieuses. Après deux piqûres de pilocarpine (une demi-seringue de Pravaz d'une solution à 2 pour 100), la malade accusait un soulagement notable ; les coliques hépatiques disparurent complètement (la morphine restait chez la malade sans action), le foie est devenu moins douloureux à la pression. Sous l'influence des piqûres journalières (1 centigramme une ou deux fois par jour), pendant trois semaines, l'ictère ainsi que les douleurs hépatiques, l'engorgement et l'abaissement du foie disparurent complètement. Voilà trois ans que la malade n'a pas eu de rechute. L'auteur a traité, plus de trente cas analogues et a été toujours satisfait des résultats. Le traitement était inefficace dans les cas d'ictère, par suite des tumeurs hépatiques. Si, dans des cas douteux, la pilocarpine employée pendant dix à seize jours ne faisait pas disparaître l'ictère, l'auteur concluait alors qu'il se trouvait en présence d'une maladie maligne, et il ne se trompait jamais. L'auteur recommande l'usage de la pilocarpine dans tous les cas d'ictère, si toutefois l'état du cœur le permet. Les démangeaisons pénibles de la peau disparaissent dès les premières piqûres.—(*Wratsh. et J. de méd. et chir. pratiq.*)

Influence de la transpiration sur les propriétés du suc gastrique et sur l'acidité des urines.

M. Grouzdeff s'est posé les questions suivantes :

1^o Est-ce que le degré d'acidité du suc gastrique se modifie sous l'influence de la transpiration et de quelle façon ?

2^o Est-ce que, sous l'influence de la même cause, la quantité d'acide chlorhydrique libre et de la pepsine change ?

3^o La force digestive du suc gastrique se modifie-t-elle sous l'influence de la transpiration ?

4^o Quelle est la durée des modifications du suc gastrique produites par la transpiration ?

5^o Est-ce que le mode de transpiration joue un rôle dans ses modifications ?

6^o Est-ce que la transpiration agit sur la digestion stomacale de la même façon chez des personnes bien portantes et chez des malades ?

7^o Comment agit la transpiration sur l'acidité des urines ?

L'auteur a fait quatre-vingt-dix expériences sur sept personnes, dont quatre avait la digestion normale et trois souffraient de catarrhe chronique de l'estomac.

Les résultats obtenus par l'auteur sont les suivants :

1^o Le degré d'acidité, la quantité d'acide chlorhydrique libre, la force digestive du suc gastrique ainsi que sa quantité diminuent sous l'influence de la transpiration. La transpiration ne paraît pas avoir une influence quelconque sur la sécrétion de pepsine ;

2^o Le degré des modifications du suc gastrique dépend de l'état général du malade, de la force et de la durée de la transpiration. Le mode de transpiration n'a aucune influence ;

3^o Les modifications du suc gastrique obtenues par la transpiration peuvent durer depuis quelques heures jusqu'à deux jours ;

4^o La transpiration n'a aucune influence sur l'acidité des urines.

Ces résultats ont une certaine valeur pratique. L'auteur croit que les troubles gastriques qu'on observe chez les phthisiques peuvent dépendre des sueurs, dont ces malades souffrent presque toujours. Le grand développement des troubles gastriques qu'on observe dans l'armée russe est peut-être dû à la transpiration provoquée par des grandes marches, etc.—(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Traitement de l'acné sans arsenic, soufre pommade ou lotions.

Sous ce titre singulier, George Fox, dont on connaît la prédilection pour le traitement diététique des maladies de la peau, expose ses idées assez originales sur le traitement de cette affection si commune, l'acné

de la face. Ses idées le rapprochent assez de la vieille école dermatologique française et l'éloignent de l'école viennoise qui ne voit que la lésion locale. En tout cas, les principes de traitement qu'il indique sont moins effrayants que ceux des médecins allemands, qui ne craignent pas de recommander l'emploi de la cuvette tranchante et des pâtes ou des pommades les plus violemment irritantes et font un peu penser au pavé de l'ours.

Fox distingue deux sortes d'acné de la face :

1° La forme irritable, qui est généralement réflexe, liée à des troubles digestifs ou menstruels, la peau est d'habitude fine et délicate, s'enflammant facilement sous l'influence de la moindre irritation. Dans ces cas, il ne faut pas de traitement local, c'est un traitement général qu'il faut, lequel est moins pharmaceutique qu'hygiénique.

2° La forme indolente, où il y a peu d'irritabilité vasculaire et où l'obstruction glandulaire joue le principal rôle. La peau est rude, épaisse, souvent grasseuse ; l'accumulation des corps étrangers dans les orifices glandulaires détermine la formation de papules, de pustules et même de véritables abcès chez les scrofuleux. Dans cette forme, le traitement local est important et il doit se proposer pour but de vider les glandes par l'expulsion des comédons et le massage persévérant de la peau.

Parmi les médicaments internes, Fox recommande surtout le sulfate de calcium à la dose de 2 à 6 centigrammes par jour, en pilules, ou l'ergot de seigle.—(*Journal de méd.* de Bordeaux.)

Emploi du bromure de potassium contre l'acné ovarienne.

Dans le *Practitioner*, le docteur Arthur Jamison écrit qu'il a observé plusieurs cas où l'acné coïncidait avec l'irritation de l'ovaire et la ménorrhagie qui la complique, et il se demande si l'acné n'était pas, dans ces cas, l'effet de la maladie ovarienne. Il rapporte un fait très frappant, où le bromure de potassium, administré pour combattre la menstruation abondante non seulement produisit l'effet recherché, mais en outre opéra une modification remarquable dans l'état de la peau de la malade, qui était le siège d'une forme d'acné extraordinairement marquée. A la suite de l'administration de la dose de vingt grains de bromure de potassium dans une infusion de gentiane, donnée trois fois par jour, la ménorrhagie céda et la guérison de l'acné se trouva presque complète. L'auteur conclut de ce fait qu'il faut compter parmi les causes de l'acné chez les femmes la congestion ovarienne, et que lorsque l'acné est due à cette congestion, le bromure de potassium est le meilleur médicament pour la combattre.—(*The ther. gaz.*)

Clinique des maladies nerveuses : la syringomyélie

par M. le professeur CHARCOT.

La syringomyélie n'a été d'abord qu'une curiosité histologique : on ne la reconnaissait pas pendant la vie du malade.

On savait que c'est une affection organique pouvant donner naissance à l'atrophie musculaire progressive ; mais cela ne suffisait pas. On a reconnu ensuite que, avec l'atrophie musculaire, il y avait certains troubles nerveux, que M. Charcot appelle *dissociation syringomyélique*.

Un de ces malades se brûle par hasard à un poêle et ne ressent pas la douleur de la brûlure ; à un autre, on applique de la glace sur une région du corps ; il ne ressent pas la sensation du froid ; de tels faits étaient d'abord passés inaperçus. Puis la découverte de cette combinaison de l'atrophie musculaire et de troubles particuliers de la sensibilité a permis de créer la nouvelle entité morbide.

M. Charcot entre dans quelques détails anatomo-pathologiques, faisant justement observer que le clinicien doit avoir à l'esprit l'image clinique et l'image anatomique de la maladie ; il doit penser cliniquement et anatomiquement.

Il y a plusieurs ordres de lésions ; M. Charcot en signale trois : d'abord la dilation du canal central ou *hydromyélie* ; en second lieu une forme de myélite signalée par MM. Hallopeau et Joffroy, *myélite cavitaire* ; en troisième lieu, la gliomatose médullaire, qui fait surtout l'objet de la présente leçon.

Cette gliomatose consiste en ce que la substance grise, dans certaines régions, se trouve infiltrée de cellules multiples qui se substituent aux éléments nerveux et les détruisent. Cela se voit surtout dans les cornes postérieures de la substance grise. Les cellules peuvent être disséminées ou tellement pressées qu'elles forment une tumeur au centre de la moelle. La cavité se fait par la fonte, la nécrose de cette tumeur, et elle peut être assez considérable, tapissée par la substance gliomateuse.

La syringomyélie gliomateuse produit parfois la paraplégie cervicale ; les membres supérieurs seuls sont intéressés, mais elle peut atteindre toute la moelle et s'étendre ainsi symptomatiquement à toutes les régions du corps.

On ne sait pas si les symptômes se produisent pendant la période d'infiltration ; M. Charcot pense qu'ils doivent exister avant que la cavité se soit produite, car la destruction des éléments nerveux suffit. La tumeur peut comprimer, outre les faisceaux postérieurs, les faisceaux latéraux.

Les symptômes de la syringomyélie antérieure sont connus ; le symptôme fatal est l'atrophie musculaire progressive.

Les manifestations symptomatiques de la syringomyélite postérieure sont plus difficiles à préciser ou à expliquer : telle est la dissociation entre les sensations tactiles d'une part et de l'autre les sensations thermiques et douloureuses, qui ont toutes leur siège dans les cordons postérieurs,

Quant aux lésions des commissures, on sait peu de chose : on a émis l'idée qu'elles sont le point de départ des troubles trophiques, lésions cutanées, fibreuses, osseuses, etc.

La syringomyélie est une maladie juvénile, 15, 20, 25 ans. Quelquefois cependant le malade ne commence à souffrir qu'à 35 ans, mais les lésions ont débuté plus tôt et les symptômes sont passés inaperçus. Les cas où on a pu reconnaître la maladie sont ceux où le malade s'est brûlé sans le savoir et sans souffrir de sa brûlure ; il faudrait un accident semblable pour attirer l'attention sur le début de la maladie. M. Charcot cite un malade de 50 ans, qui n'a commencé de souffrir qu'il y a sept à huit ans, mais dont la maladie a dû débiter à 17 ans, car il a eu à cet âge une fièvre typhoïde après laquelle une scoliose s'est développée.

L'évolution de la syringomyélie est lente, la plus lente peut-être des affections cérébro-spinales.

Un médecin russe s'est demandé si la maladie guérit et est disposé à le croire ; d'après M. Charcot cet auteur a sans doute pris des cas d'hystérie pour les cas de syringomyélie guéris qu'il a vus. Les erreurs de diagnostic sont en effet assez faciles. La symptomatologie se présente sous la forme de l'atrophie, les membres supérieurs sont pris d'abord, mais il n'y a pas toujours dégénération absolue, il y a des formes mixtes. Le malade n'accuse pas les troubles de la sensibilité ; il faut les chercher.

M. Charcot montre un malade qui a la main droite en griffe ; la main gauche et les membres inférieurs sont plus légèrement atteints. La sensibilité tactile est conservée ; la sensibilité à la douleur est absente dans certaines régions, émoussée dans d'autres. On dirait un hystérique. On fait successivement à ce malade l'exploration de la sensibilité au froid et à la chaleur ; un schéma montre que les régions insensibles au froid et celles insensibles à la chaleur sont à peu près distribuées de la même façon. Les zones d'insensibilité et de sensibilité présentent des variations d'un jour à l'autre.

La perte du sens musculaire ne se voit guère dans la syringomyélie, tandis qu'elle est fréquente dans l'hystérie ; c'est un moyen de

diagnostic. Les muqueuses sont comme la peau ; cependant la sensibilité spéciale est conservée.

On observe aussi des troubles trophiques sur la peau, bulles cutanées, qui laissent des cicatrices ; des lésions sous cutanées, phlegmons, panaris ; des fractures spontanées, des arthropathies semblables anatomiquement à celle des ataxiques ; la cystite, dont le malade actuel offre un exemple, se produit assez souvent dans le cours de la syringomyélie ; on a cité un cas de mort par perforation de la vessie.

M. Charcot présente un autre malade, une femme âgée de 50 ans, qui est à la Salpêtrière depuis 8 ans, attendant son diagnostic ; c'est une de ces malades dont on ne savait quoi faire ou quoi dire avant de connaître la syringomyélie. On croyait d'abord à une pachyméningite hypertrophique ; on en trouvait tous les symptômes, mais en examinant de plus près on en trouvait pas de douleurs ; la période douloureuse n'avait pas existé, et on émettait un doute.

Chez la malade pas de scoliose, mais des bulles aux doigts faisant tomber les ongles.

C'est un cas de syringomyélie ; le processus a commencé tard, puisque la malade ne s'est soignée qu'il y a 8 ans. Elle n'a rien aux membres inférieurs ; les mains sont en extension, comme dans la pachyméningite, c'est la main du prédicateur.

Partout la sensibilité tactile est respectée ; la sensibilité à la douleur n'existe pas jusqu'à la ceinture, la malade a comme une veste d'insensibilité. Elle peut sentir à 100° l'application de la chaleur, mais elle ne la sent plus à 85°.

Le diagnostic est polyomyélite postérieure et antérieure par lésions gliomateuses.

Parallèlement à ces deux premiers malades, et pour mieux accentuer le diagnostic différentiel, M. Charcot en présente un troisième, homme robuste dont le système nerveux a été atteint à la suite de malheurs de famille. Chez ce malade, le tact est conservé ; l'insensibilité à la chaleur va jusqu'à 100°. La sensibilité à la douleur est perdue également : la ligne d'insensibilité, sur le schéma, passe au-dessus du coude. Il y a trois ans, et récemment, au moment de son entrée à l'hôpital, le malade a eu un gonflement violacé de la main qui est survenu et a disparu brusquement. On retrouve ainsi chez lui quelques symptômes de syringomyélie ; mais il en offre d'autres qui caractérisent l'hystérie : ainsi les sens sont atteints : il existe un rétrécissement du champ visuel, l'ouïe est affaiblie à droite, et le côté droit de la langue, insensible au goût, ne perçoit pas l'amertume du sulfate de quinine. Le malade a, en outre, de grandes attaques et présente des points hystérogènes.

On vit depuis longtemps dans l'idée qu'il n'existe pas de troubles trophiques cutanés dans l'hystérie; c'est là une erreur, suivant M. Charcot; on observe, en effet, des œdèmes violacés, des hémorrhagies, des zonas hystériques. Le gonflement œdémateux de la main, noté plus haut chez ce malade, était un phénomène de cet ordre et a disparu à la suite d'une attaque.

C'est en rapprochant ainsi et en comparant divers malades offrant des symptômes communs, et en faisant ressortir les analogies et les dissemblances, que M. Charcot apporte la lumière dans l'esprit de ses auditeurs.—DR DELIGNY.

(Gazette Médicale de Paris.)

Société de chirurgie, Paris.

Séance du 13 novembre

Présidence de M. LE DENTU

Traitement des lymphadénomes du cou par l'arsenic à hautes doses :

MM. RECLUS, PRENGRUFBER, QUÉNU, ROUTIER, VERNEUIL, TERRIER, TRÉLAT.—*Fibrome de l'utérus :* M. ROUTIER.—*Fibrosarcome de l'ovaire :* M. MONOD.

M. RECLUS.—Je viens vous communiquer huit observations de lymphadénome du cou; mes huit malades ont été traités par la liqueur de Fowler à l'intérieur et en injections interstitielles.

Mon premier malade était un homme de 24 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels: vers la fin de 1886, il vit apparaître au niveau de l'angle du maxillaire inférieur une petite tumeur mobile, indolore, dure, élastique, qui grossit assez rapidement, et à laquelle vinrent bientôt s'en adjoindre d'autres, du même côté d'abord, et de l'autre ensuite, dans les régions supérieure et moyenne du cou, ainsi que dans la région sus-claviculaire. En avril 1887, ces tumeurs réunies formaient de chaque côté du cou une masse bosselée énorme, étendue de l'apophyse mastoïde au sternum qu'elle débordait; la dépression cervicale avait entièrement disparu. Il n'y avait de tuméfaction ganglionnaire dans aucune autre région, les viscères paraissaient sains, le sang ne contenait pas de globules blancs en excès. Je fis le diagnostic de lymphadénome et instituai le traitement arsenical préconisé depuis 1874 par Tholer, Czerny, Korewski, Winiwarter.

Je commençai par cinq gouttes de liqueur de Fowler matin et soir, et augmentai de deux gouttes par jour, interrompant aussitôt que se manifestaient les premiers symptômes de l'intoxication; le malade est arrivé à en prendre jusqu'à 70 gouttes. Je fis en même temps des-

injections interstitielles de liqueur de Fowler dédoublée, tous les deux jours, en commençant par huit gouttes et m'arrêtant à vingt.

En deux mois, j'obtins une diminution considérable des tumeurs ; le malade partit, mais revint trois mois après dans le même état qu'avant le traitement. Je repris le traitement, qui amena une diminution rapide ; après plusieurs alternatives d'augment et de diminution qui coïncidaient avec la cessation ou la reprise du traitement ; après avoir ordonné à mon malade du phosphore de zinc concurremment avec l'arsenic, la guérison complète fut enfin obtenue.

En 1887, je soignais un deuxième malade présentant les mêmes symptômes que le précédent : liqueur de Fowler à l'intérieur et en injections interstitielles, guérison en six mois. J'ai vu ce malade ce matin, il n'a pas eu de récurrence.

Mon troisième malade, traité depuis 1885, présentait une tumeur cervicale énorme, mais unilatérale ; après divers traitements ordonnés par d'autres médecins, je le mis à l'arsenic et au phosphore de zinc, mais sans injections interstitielles : il arriva à prendre jusqu'à 90 gouttes de Fowler l'année dernière, il eut des symptômes d'intoxication, mais actuellement il est presque complètement guéri.

J'ai appliqué le même traitement chez une jeune fille et chez une femme, mais le diagnostic était douteux, et je ne compte pas ces deux cas. Par contre, j'ai eu trois succès complets dans trois autres cas.

L'un a rapport à un homme de 46 ans qui mourut rapidement de généralisation ; un autre à un enfant, atteint de lymphadénome mou, et qui mourut aussi de généralisation ; le troisième à un homme de 50 ans, qui, à la suite d'une émotion morale vive, vit augmenter très rapidement une petite tumeur ganglionnaire qu'il portait depuis treize ans ; à cette tumeur s'en adjoignirent bientôt d'autres ; le malade mourut après dix mois de traitement.

Sur mes six cas, j'ai donc trois guérisons et trois morts, résultat bien différent de deux fournis par les premières statistiques allemandes, où tous les malades guérissaient. Je considère ces six cas comme étant du lymphadénome, bien que je n'aie fait ni l'examen microscopique, ni d'inoculations, comme le conseillent MM. Terrier et Quénu.

L'âge, les antécédents, l'examen attentif des tumeurs ne permettaient de songer ni à la tuberculose, ni à une autre affection. Les cas de diagnostic douteux sont fréquents, et souvent on a affaire à des ganglions tuberculeux ou à des pseudo-tuberculoses (Verneuil, Clado, Ricard). Mais, dans la plupart des cas, l'examen histologique et les inoculations ne pourraient nous faire faire un diagnostic plus exact.

D'ailleurs, je n'oserais pratiquer une opération, si légère qu'elle soit. En 1875 et 1876, j'ai vu M. Verneuil enlever sept lymphadénomes. Il

y eut récédive immédiate, suivie de mort ; de même pour trois opérés de M. Trélat, un de M. Bouilly, un de MM. Tillaux et Quénu, et pour un lymphadénome du testicule opéré par moi. Enfin ne semble-t-il pas y avoir des formes bénignes, des formes malignes, et des formes bénignes pendant longtemps qui deviennent malignes, à la suite d'une opération, par exemple, comme pour les cas que je viens de citer? Je crois donc pouvoir dire que le diagnostic peut être fait dans les grosses formes communes, que dans ces cas l'intervention chirurgicale est mauvaise, et qu'il faut avoir recours à la médication arsenicale, bien qu'elle ne soit pas certaine.

M. PRENGRUEBER.—J'ai vu quatre malades analogues. Le premier a guéri par le traitement arsenical ; le deuxième fut traité quatre fois ; à la suite des trois premières, il y eut une amélioration très grande qui cessa avec la cessation du traitement, la quatrième fois le malade est mort, probablement de cachexie. Dans un troisième cas, l'arsenic amena la guérison d'un lymphadénome mou. Mon quatrième malade avait aussi un lymphadénome mou qui évolua très rapidement. La mort survint en peu de temps malgré le traitement. Je vois donc que certaines formes de lymphadénome sont justifiables du traitement arsenical.

M. QUÉNU.—En présence de ganglions cervicaux tuméfiés, j. crois presque impossible d'affirmer si l'on a affaire à du lymphadénome, nom sous lequel on a rangé bien des tumeurs de nature différente. L'hypertrophie simple ne me paraît pas devoir être rangée dans le groupe des lymphadénomes, comme le font les Allemands ; et s'il y avait un rapprochement à faire, ce serait plutôt avec l'hypertrophie amygdalienne, formée de tissu adénoïde. De ce que les ganglions sont volumineux, que toute la chaîne se prend, il n'est pas forcé que ce soit du lymphadénome ou de la tuberculose.

M. ROUTIER.—J'ai vu trois malades avec lesquels le traitement arsenical n'a produit aucun résultat. Chez le premier, qui était leucémique, les ganglions étaient tuberculeux et durent être ouverts et grattés. Le deuxième mourut de gonflement des ganglions médiastinaux. Aucun résultat non plus pour deux malades que j'ai vu dans le service de M. Terrillon.

M. VERNEUIL.—La question ne paraît pas avoir fait de grands progrès depuis qu'on l'a discutée à la Société de chirurgie. M. Reclus dit de ne pas opérer le lymphadénome, mais, cliniquement, il est ordinairement impossible de diagnostiquer le lymphadénome. J'ai opéré deux malades dont les observations sont relatées dans la thèse de Henri Bergeron. L'un était un boucher robuste qui portait dans l'aisselle une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant : l'opération fut

s.ivic de guérison ; un an après une tumeur analogue se développait dans la gaine des vaisseaux carotidiens, je l'enlevai. Il n'y eut pas de récurrence, le malade mourut de pneumonie six ans après. De temps en temps il lui venait de petites tumeurs ganglionnaires qui guérissaient par l'arsenic. Mon malade n'était ni tuberculeux ni cancéreux, il avait été atteint de lymphosarcome ressemblant à notre ancien encéphaloïde. Le second, opéré en 1864 d'une énorme tumeur cervicale, guérit parfaitement. Je le revis en 1871, il n'y avait pas eu de récurrence. Un autre cas est rapporté dans la thèse d'agrégation de M. Humbert : la tumeur semblable au squirrhe du sein fut enlevée ; la guérison fut complète.

En 1853 j'ai décrit l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques, formant des tumeurs bénignes qui peuvent acquérir un volume énorme, et que l'on peut opérer sans qu'il y ait récurrence. Comme le diagnostic de lymphadénome est souvent impossible, je ne voudrais pas voir proscrire dans tous les cas l'intervention chirurgicale. Je suis d'ailleurs partisan du traitement arsenical, auquel j'ai associé la médication phosphorée.

M. TERRIER.—Aujourd'hui encore M. Cornil me disait qu'histologiquement il est impossible de diagnostiquer un lymphadénome d'une hypertrophie simple. Cliniquement il en est de même. C'est pourquoi je demande qu'on ait recours aux inoculations, à la bactériologie. Les traitements médicaux ont donné des résultats variables parce qu'ils ont été appliqués à des cas différents. J'admets le traitement médical et ne voudrais pas voir rejeter l'intervention chirurgicale. Je ne pense pas qu'il y ait danger à enlever un ganglion pour en faire l'examen : cette opération me paraît préférable aux injections interstitielles qui, si elles ne sont pas faites antiseptiquement, donnent lieu à des abcès, comme cela est arrivé à M. Reclus.

J'ai vu des hypertrophies ganglionnaires que j'ai enlevées. M'appuyant d'ailleurs sur ce que paraît être le lymphosarcome, je crois utile d'opérer dès le début, car on ignore s'il ne se propage pas suivant le cours de la lymphe. Les résultats obtenus dans d'autres régions plaident en faveur de l'intervention. J'ai opéré un malade atteint de lymphosarcome du testicule ; depuis trois ans il n'y a pas eu récurrence.

M. TRÉLAT.—Il est un point qui me paraît n'avoir pas été mis suffisamment en lumière c'est le grand nombre des tumeurs tuberculeuses considérées comme hypertrophie simple. La tuberculeuse avec ses formes diverses est la règle, le lymphadénome bénin est rare, le malin encore plus.

Lorsque je me trouve en présence d'une tumeur qui a les caractères

du lymphadénome bénin, je donne de l'arsenic ; dans les autres cas j'enlève tout ce qui peu être enlevé ; si je ne puis agir ainsi, je m'abstiens.

M. ROUTIER présente un fibrome qui était inséré sur le fond d'un utérus gravide. (Opération, guérison).

M. MONOD présente un fibrosarcome de l'ovaire droit.—J. RENAULT.
(*Tribune Médical.*)

Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectueuses.

Par M. le Professeur CH. BOUCHARD

J'ai fait remarquer depuis depuis longtemps que, dans les maladies infectueuses, d'une façon générale, plus l'aptitude morbide est grande, moins il y a de lésion locale ; mais j'ai eu soin d'ajouter : la lésion locale renforce l'immunité et diminue la gravité de la maladie générale. Les deux formules ne se confondent pas, l'une n'est pas implicitement contenue dans l'autre. J'emprunte aux faits anciens et aux faits récents de la pathologie des exemples de ces deux lois.

L'homme est plus réfractaire au charbon que le lapin ; l'inoculation de la bactériémie charbonneuse produit chez l'homme la pustule maligne, lésion locale qui se généralise exceptionnellement ; le même microbe inoculé au lapin produit l'infection générale d'emblée, ou du moins précédée d'une lésion locale peu marquée et souvent imperceptible. M. Charrin a fait voir que le cobaye est plus réfractaire que le lapin à la maladie pyocyanique (1) ; or, il a établi que l'inoculation sous-cutanée du bacille pyocyanique, qui produit chez le lapin l'infection générale sans lésion locale notable, provoque chez le cobaye une gomme limitée au point d'insertion, gomme qui s'ulcère, subit la nécrose moléculaire, s'élimine et se cicatrise lentement sans que, dans la grande majorité des cas, il survienne une infection générale.

La résistance normale d'une espèce animale, l'immunité naturelle, comme on dit, favorise donc le développement d'une lésion locale. Une immunité absolue empêche complètement le développement de l'infection générale et de la lésion locale. Une absence totale d'immunité provoque l'infection générale, souvent sans lésion locale. Une immunité relative impose la production d'une lésion locale qui, d'ordinaire, n'est pas suivie d'infection générale.

D'autre part, l'apparition d'une lésion locale au lieu d'inoculation produit ou renforce l'immunité et diminue ainsi la gravité de l'infection générale. On sait depuis longtemps que la variole inoculée

(1) Il s'agit du virus cultivé chez le lapin.

donne, quelques jours après l'évolution des pustules primaires, une infection générale sensiblement moins grave que la variole ordinaire dans laquelle l'infection générale succède à un arrêt passager du contagé dans le poumon, infiniment moins grave que la variole fœtale où l'infection générale se fait d'emblée par le sang. J'en pourrais dire autant de la syphilis congénitale. Je pourrais surtout invoquer l'exemple d'un bon nombre de maladies infectieuses expérimentales.

Si la lésion locale produit une immunité relative, on pourrait supposer que, dans les faits de la première catégorie où je disais que l'immunité relative provoquait l'apparition de la lésion locale, je faisais une erreur d'appréciation ; on pourrait dire que si ces animaux semblent être réfractaires, c'est parce qu'ils sont capables de faire une lésion locale et que cette lésion locale, circonscrivant la maladie, l'empêche de devenir générale. Je désire soumettre à l'Académie le résumé d'expériences qui démontrent, je crois, que cette interprétation serait erronée.

J'ai dit que l'inoculation sous-cutanée du bacille pyocyanique provoque chez le cobaye, au point d'inoculation, une tumeur parfois volumineuse qui s'ulcère et s'élimine lentement, et que rien de semblable ne se produit le plus souvent chez le lapin. J'ai attribué cette différence à la résistance plus grande du cobaye, à son immunité naturelle.

Je démontre que si l'on a conféré, au préalable, au lapin, l'immunité acquise, on peut, en l'inoculant ensuite sous la peau, déterminer chez lui la même lésion locale que chez le cobaye.

(A continuer.)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Pommade contre l'acné.—ISAAC.

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Naphtol..... | 2½ drachmes. |
| Soufre précipité..... | 1½ once. |
| Savon noir..... | } à à 5 drachmes. |
| Vaseline jaune..... | |

Mêlez — On laisse cette pommade appliquée sur la peau, d'une demi-heure à une heure, et dès le lendemain, on constate une desquamation qui dure environ 8 jours. Si l'inflammation paraît trop intense, on fait une onction avec de l'huile, ou on a recours à une pâte salicylée. — Le docteur Lewin cautérise légèrement les pustules acnéiques avec un fil d'argent enduit de nitrate d'argent.

—(N. G. *Union Médicale* de Paris.)

Formules contre l'incontinence d'urine chez les enfants.—(DESCROIZILLES.)

| | |
|-------------------------|-------------|
| Sulf de Strychnine..... | 2 grains. |
| Sirop de sucre..... | 6 onces. |
| Eau..... | 2 drachmes. |

à donner par cuillerées à café, de 1 à 2 par jour.

Dysménorrhée chlorotique.—(MONI.)

| | |
|-------------------------|----------------|
| Alcool de mélisse..... | } à à ½ onces. |
| Teinture de safran..... | |
| — d'iode..... | |

M. S. A.

Douze gouttes avant chaque repas, pendant deux mois. Tous les huit jours, bain chaud additionné de 4 onces de chlorure d'ammonium.

De la térébenthine dans les affections douloureuses des enfants.—(B. BROWN.)

| | |
|--|------------|
| Essence de térébenthine très pure..... | ½ drachme. |
| Chloroforme..... | X gouttes. |
| Bicarbonate de soude..... | 10 grains. |
| Mucilage de gomme arabique..... | 4½ onces. |

M. S. A. S. Une cuillerée à dessert tous les deux ou trois heures pour un enfant de six mois ; dans les cas de gastralgie, de catarrhe intestinal, d'entérite, en somme dans les affections douloureuses de l'intestin.

Du traitement de la coqueluche par le phénoliode.—(ROTHE.)

Cette médication consiste à prescrire, toutes les deux heures, aux enfants de 3 à 12 ans, une cuillerée à café de la mixture suivante jusqu'au jour où les quintes diminuent de fréquence :

| | | |
|----------------------------|------|------------------------|
| P. Acide phénique..... | } ââ | $\frac{1}{2}$ drachme. |
| Alcool..... | | |
| Teinture d'iode..... | | XX gouttes. |
| Teinture de belladone..... | | 1 drachme. |
| Eau de menthe poivrée..... | | 3 onces. |
| Sirop d'opium..... | | $\frac{1}{2}$ once. |

M. Rothe, qui préfère cette médication à toutes les autres, obtient dit-il, la disparition des quintes dans l'espace d'un ou deux septénaires. Cette médication n'est pas absolument nouvelle, ajouterons-nous, puisqu'elle consiste dans l'association des propriétés sédatives de la belladone et de l'opium. (*Méuorabilien*, 1889, n° 6.)

— (*Revue des Maladies des Femmes.*)

Mixture contre l'aménorrhée chronique.

| | | |
|---------------------------|------|-----------------------|
| Oxyde de fer dialysé..... | } ââ | $1\frac{1}{2}$ onces. |
| Eau de canelle..... | | |

M. D. S.—A prendre, par cuillerée à dessert, deux à trois fois par jour. (*Journ. de Phar.*)

Taches de Rousseur.

| | | |
|------------------------------------|----------------|----------|
| Muriate d'ammoniaque | 1 | drachme. |
| Acide chlorhydrique médicinal..... | 1 | drachme. |
| Glycerine | 1 | once. |
| Trentum de Bengoni | $\frac{1}{2}$ | drachme. |
| Eau de rose..... | $1\frac{1}{2}$ | once. |

Faites dissoudre.—Matin et soir, on touche avec un pinceau imbibé de cette solution les taches rebelles de rousseur.

Eczéma, psoriasis, pityriasis.

M. Gombault a obtenu des guérisons rapides de l'eczéma, du psoriasis, du pityriasis en associant une pommade à l'ergotine et au potochlorure de mercure à un sirop spécial dont voici la formule :

| | | |
|---------------------------------------|---------------|----------|
| Sirop d'extrait de salsepareille..... | } de chaque " | onces. |
| “ “ de squine | | |
| “ “ de sassafra..... | | |
| “ “ de gentiane | | |
| “ “ d'aristoloche..... | | |
| Acitade de soude..... | 1 | drachme. |
| Bi-carb. de soude..... | 1 | drachme. |

Seni rhubarbe et jalap 171^o de dose ordinaire, mélangez.—Dose :—
Une cuillérée a table 3 fois par jour.

Voici la formule de la pommade :

| | |
|----------------------|------------|
| Axonge conifère..... | 1 once. |
| Ergotine..... | 45 grains. |
| Calomel..... | 45 grains. |

Etendez deux fois par jour sur les parties malades.

Le somnal.

M. *Boymond* parlait récemment à la *Société de thérapeutique* (24 octobre) d'un nouveau médicament hypnotique, le somnal (éthyl-chloral-uréthane), préconisé par Radlauer. Voici comment on peut le prescrire :

| | |
|--------------------------|--------------|
| Somnal..... | 2½ drachmes. |
| Eau distillé..... | 1½ once. |
| Sirop de framboises..... | 5 drachmes. |

On en donne le soir une cuillérée à soupe, qui représente ½ drachme de principe actif. Le sommeil survient une demi-heure après l'ingestion et dure calme de 6 à 8 heures sans influencer ni la digestion, ni le pouls, ni la respiration, ni la température, au dire de Radlauer.—
(*Le Concours Médical*.)

Traitement du prurit vulvaire.—M. PERCY NEWELL.

Contre le prurit de la vulve, M. le docteur Percy Newell préconise l'emploi du liquide suivant, dont on usera sous forme de lotions :

| | |
|--------------------------|---------------|
| Acide phénique..... | 21 grains. |
| Teinture d'opium..... | ½ once. |
| Acide hydrocyanique..... | 1¾ drachme. |
| Glycérine..... | ½ once. |
| Eau distillée..... | 120 drachmes. |

Mélez.—Usage externe.

Sirop anti-rhumatismal.

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Iodure de potassium..... | 75 grains. |
| Salicylate de soude..... | 5 drachmes. |
| Sirop d'opium..... | 3¼ onces. |
| Sirop d'écorce d'oranges amères ... | 10 onces. |

Faites dissoudre. — Pour calmer les douleurs du rhumatisme, on administre chaque jour aux adultes deux à quatre cuillérées à soupe de ce sirop, et autant de cuillérées à café aux enfants.—N. G. (*Union Médicale de Paris*.)

Formules contre la dyspnée des asthmatiques.

(S. DAVIS.)

| | |
|--|---------------|
| Chloral..... | ½ once. |
| Chlorhydrate d'ammonium..... | 2¼ drachmes. |
| Chlorhydrate de morphine | 11 grains. |
| Tartre stibié..... | 5 grains. |
| Extrait fluide de <i>grindelia robusta</i> ... | 1½ à 2 onces. |
| Eau distillée ou sirop de réglisie..... | 4 onces. |

M. D. S. — à prendre par cuillerée à café, toutes les deux à six heures, de préférence dans l'eau.

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Chloral..... | 5 drachmes. |
| Azotite de sodium..... | 45 grains. |
| Teinture de stramonium..... | 2½ drachmes. |
| Sirop simple..... | 2 onces. |

M. D. S. — A prendre, par cuillerée à café, toutes les quatre heures, dans l'eau.

Vaseline morphinée.

D'après le Dr Richardson, la vaseline additionnée de morphine forme un des meilleurs calmants pour les maladies cutanées avec ulcérations douloureuses. Il recommande la formule suivante :

| | |
|--------------------|-------------|
| Vaseline pure..... | 30 grains. |
| Chloroforme | 8 grains. |
| Morphine..... | 020 grains. |

Mêlez.

Le chloroforme permet d'incorporer une plus grande quantité de morphine et d'assurer sa division dans la masse. On applique cette préparation étendue sur un linge doux, et on renouvelle le pansement après 12 heures. (*Union Pharm.*, juillet 1889, 297.)—M. B.

Traitement rapide de la coqueluche. — (Dr MOHN.)

On transporte les malades, le matin, dans une autre chambre, après avoir changé de linge et de vêtements.

La chambre abandonnée est soumise à la désinfection par l'acide sulfureux, en même temps que la lingerie, la literie et les vêtements. Pour cela, on brûle 6 drachmes de soufre par mètre cube, et on calfeutre soigneusement toutes les ouvertures. On aère ensuite pendant 5 heures et le soir, les malades peuvent occuper leur chambre à coucher.

D'après l'auteur, cette méthode guérirait instantanément de la coqueluche. (*Archiv. de Pharmacie*, 1889, 382.)—M. B.

Profils de médecins

LE DR ALBERT ROBIN

Ah ! celui-là n'est pas banal !... S'il m'est arrivé quelquefois de me répéter un peu trop au cours de cette longue série, ce n'est certes pas au présent chapitre de mon *De medicis illustribus* que je redoute d'être accusé de monotonie. La personnalité du docteur Albert Robin est, en effet, si peu commune, si exceptionnellement intéressante, que son original profil vient tout naturellement en lumière sur le fond plus uniforme et grisâtre des autres.

Il a pour caractéristique d'être un maître de la médecine contemporaine, et de ne pas être que cela : il y a en lui un savant de premier ordre, mais il y a, en outre, un vaillant soldat, un parfait homme du monde, un diplomate heureux, et surtout l'un des dilettantes les plus fins, l'un des connaisseurs d'art les plus infailibles que je sache. Depuis sa sortie du collège jusqu'à l'heure actuelle, voici quelques étapes de sa vie qui suffiront bien à montrer qu'il ne va point par les sentiers battus.

A dix-sept ans, il était préparateur de chimie à la faculté de Dijon, sa ville natale ; puis il vint à Paris travailler avec ardeur dans le laboratoire de Paul Thénard, en même temps qu'il commençait, assez distraitement, ses études médicales, qu'il abandonna volontiers et brusquement au moment de la guerre. Et le voici, dès les premiers mois de l'année 71, lieutenant de dragons, chargeant, sabrant, électrisant ses hommes avec sa belle et juvénile fougue à la Murat : il fut fait prisonnier, s'évada, fut repris, s'évada de nouveau, fut mis deux fois à l'ordre du jour de l'armée, puis décoré sur le champ de bataille pour action d'éclat, un jour qu'il avait, en compagnie de quelques braves, encloué beaucoup de canons pour sa part.

Mais sitôt la paix conclue, converti, dit-on, par la lecture de *sœur Philomène*, il revint à la médecine, et cette fois avec amour : au concours de 1872, on le nomma premier interne. Or, un vieux règlement, en usage aujourd'hui encore, oblige le premier de chaque promotion à prendre service pour un an à la clinique chirurgicale de la Charité : c'est ainsi que M. Robin fut l'interne de Gosselin. Il semblait que ce jeune chimiste et cet opérateur endurci ne fussent pas fait pour s'entendre : ils s'entendirent à merveille, au contraire ; et ce fut l'élève qui déteignit sur le maître et qui le convertit à ses idées au point de lui faire signer en collaboration deux mémoires très importants, très remarquables, où il n'est question que de chimie biologique.

Il avait, en effet, trouvé sa voie dès cette époque. Pour mieux en connaître les lésions, chacun s'évertuait à scruter les tissus au microscope : M. Robin s'ennuya vite de faire comme tout le monde et chercha d'un autre côté. Il tenta d'appliquer à l'étude des maladies de l'homme les modernes conquêtes de la chimie organique, et ses premiers essais donnèrent d'emblée des résultats. Il débuta par découvrir, à la fièvre typhoïde, un symptôme nouveau particulièrement précieux pour le diagnostic, et ce furent ensuite bon nombre d'inventions partielles d'intérêt un peu trop technique pour qu'il en soit ici question plus amplement. Sa vraie gloire, d'ailleurs, sera d'avoir, sinon inventé, inauguré du moins une méthode générale permettant de pénétrer très avant dans l'intimité d'un organisme malade, capable de renseigner très sûrement sur la nature d'une affection pathologique ; ce nouveau moyen d'investigation donnant ses résultats en formules chimiques, a pour lui d'être précis, presque mathématique, de faire de la médecine de moins en moins un art, de plus en plus une science exacte, et je crois que dès maintenant il est permis de présager qu'une thérapeutique nouvelle, moins empirique, plus logique, plus scientifique, en découlera, selon le vœu formulé par Claude Bernard. Dieu sait que le besoin s'en fait vivement sentir.

* * *

Il est, en général, assez peu prudent de se singulariser si jeune, de n'appartenir à aucune chapelle, d'inaugurer tout seul : les gens arrivés, installés dans leur gloire et puissants dans leurs places, n'aiment pas beaucoup ça. Pour ce motif le docteur Albert Robin eut quelque peine à forcer les portes : on lui a fait attendre jusqu'à trente-quatre ans le titre de médecin des hôpitaux, jusqu'à trente-six ans le titre d'agrégé ; mais ses belles leçons de clinique et de thérapeutique médicales publiées en 87, qui lui méritèrent un prix de dix mille francs à l'Institut, lui valurent en même temps beaucoup d'admirateurs, beaucoup d'amis, de très chauds partisans. A quarante ans à peine, il était académicien, et, ma foi, l'un des plus écoutés de l'auguste compagnie : la récente et célèbre discussion sur le diabète sucré a mis pleinement en lumière son fin talent d'orateur et de polémiste, et c'est lui qui est resté maître du terrain, alors qu'il avait pour adversaires des hommes de la taille de Germain Sée et de Charles Bouchard.

* * *

Alors que presque tous mes confrères se reposent de travaux savants dans la délassante activité de la pratique médicale, le Dr Al-

bert Robin, très demandé, très "à la mode," fuit de tout son pouvoir la clientèle et ne consent à soigner régulièrement que quelques rares privilégiés. Il évite de voir beaucoup de clients, tout bonnement parce qu'il n'entend pas se priver des hautes joies chères à son exceptionnelle intelligence : il aime le monde, parce qu'il en est, parce qu'il y est charmant, parce qu'il est de ceux qui causent avec beaucoup d'esprit de sujets divers. N'ai-je pas dit encore qu'il a fait acte de bon diplomate?... il faut bien croire que c'est vrai, puisque le ministère des affaires étrangères l'a fait officier de la Légion d'honneur, pour services rendus à la cause franco-russe.

Mais ce ne sont là pour lui que distractions rares, en somme, et passagères. Ce qui est surprenant en ce savant, c'est son amour de littérature : le Dr Robin a véritablement l'esprit assez alerte, assez actif, assez *bilatéral*, comme dit notre ami Rosny, pour être à la fois le plus sérieux des chimistes et le plus avisé des dilettantes littéraires : je sais des gens qui l'ont entendu citer par cœur des pages de nos maîtres modernes et se passionner à défendre une phrase musicale de Flaubert, une épithète rare de Goncourt, un mot flamboyant de d'Aurevilly, un mystérieux sonnet de Mallarmé. On dirait vraiment, à l'entendre, qu'il est du métier et que, de toute sa vie, il n'a fait autre chose que relire nos grands écrivains.

C'est parce qu'il a pénétré dans l'intimité de leur pensée, c'est parce qu'il les comprend, parce qu'il les aime, qu'il est pour eux le meilleur des amis et le meilleur des médecins. C'est chose rare plus qu'on ne croit, qu'un médecin s'intéresse sincèrement au mouvement artistique de son temps : les plus intelligents, mis en contact avec des artistes, ne leur témoignent guère qu'une curiosité quelque peu dédaigneuse, ainsi qu'il convient d'esprit bien portant à esprit détraqué : ils ont toujours un peu l'air de les prendre avec des pincettes pour les regarder à la loupe. Le Dr Robin est devenu l'ami très intime, le confident littéraire, le camarade très aimé de tous ceux qu'il a connus et soignés : Villiers de l'Isle-Adam, Coppée, Huysmans, Guiches, Mallarmé, P. Gilles, Paul Bourget, et, parmi les musiciens, Delibes, Massenet, Joncières. Il a soigné Barbey d'Aurevilly avec un dévouement intelligent, discret et une affection de fils.

Ces choses-là ne s'oublient pas. En faisant le plus cordialement que je puis l'éloge de l'éminent et sympathique Dr Robin, je ne fais que lui payer bien insuffisamment la grosse dette de reconnaissance que lui doivent tous ses élèves en tant que savant, tous ses amis en tant que lettré. — (*Le Figaro.*)

HORACE BIANCHON.

NECROLOGIE

PHILIPPE RICORD.

La France vient de perdre une de ses gloires scientifiques et médicales, on peut dire des plus françaises, par les qualités de l'esprit, du cœur et du caractère : Ricord était, à tous ces points de vue, la personnification la plus vraie, la plus complète du génie où l'inspiration prime-sautière du novateur, servie par la sagacité et la sûreté de l'observateur, s'allie à l'esprit gaulois le plus alerte, le plus sémillant, aux qualités les plus aimables, les plus séduisantes de l'homme de cœur et de bien.

Novateur, il crea presque de toutes pièces la syphiligraphie moderne, éclairant d'un jet lumineux l'informe et obscur chaos où il trouva, à son entrée dans la carrière, cette branche de la nosographie ; saisissant et établissant non seulement par la clinique, mais—ce qui est un titre de plus, à cette époque—par l'expérimentation, le cycle méthodique des accidents successifs du mal vénérien, qu'il distinguait et séparait, pour la première fois, de la blennorrhagie ; instituant — corollaire logique — les bases d'une thérapeutique systématisée et rationnelle de la maladie. C'est ainsi qu'il a fondé l'école syphiligraphique française, la première du monde, dont la glorieuse tradition est aux mains d'élèves dignes du maître, où elle ne périlitera pas.

Homme d'esprit aux saillies pétillantes, il était au suprême degré, jusque dans la moëlle, on pourrait presque dire à l'excès, si, chez lui, la saillie, d'ailleurs presque toujours heureuse, n'eût éclaté d'un jet naturel et irrésistible, sans pédantisme, et surtout sans intention méchante. Il jonglait avec le jeu de mot, dont il habillait, comme d'un correctif riant et gai, les pénibles aveux d'un diagnostic, que la nature spéciale du mal rend particulièrement épouvantable au patient : cette nature même, ses origines, et les entraînements qui y président, tout était fait pour favoriser ses tendances fortement accentuées au jeu de l'esprit ; si bien que, chez Ricord, l'exposé scientifique et la description clinique sont devenues inséparables, comme l'homme lui-même, de cette forme littéraire, enjouée, joviale, qui est, en réalité, l'heureuse parure d'un sujet attristant par lui-même : elle se dégage et on la retrouve surtout dans ses charmantes et mémorables lettres sur la syphilis, dédiées à Amédée Latour, cet autre esprit si délicat, dont le souvenir est indissolublement lié à celui de son illustre ami.

De même qu'il était tout en dehors par son expansive et exhubérante gaieté, il avait, comme on dit, le cœur sur la main, qu'il tendait toujours consolante, affable et dévouée, semant, avec les trésors de sa science et de sa grande expérience, ceux d'une inépuisable bonté : il n'eut ainsi et ne compta que des amis, même parmi ses confrères ; et rien ne saurait mieux témoigner de la réalité de cette bonté et de l'influence qu'elle exerçait, même chez les plus récalcitrants, que l'aveu suivant que je recevais, il y a quelques années, de la bouche d'un de ses plus acharnés adversaires, dans la grande lutte qu'il eut à soutenir pour la défense de ses doctrines : cet adversaire était Depaul, il suffit de le nommer pour rappeler l'âpre ténacité, avec laquelle il combattit, non sans raison, du reste, l'une des erreurs doctrinales de Ricord. Or, quelque temps avant sa mort prématurée, Depaul, qui me confiait son projet de rassembler dans une édition à part tous ses discours académiques, ajoutait spontanément et avec un accent de sincérité touchante : " Je tiens d'autant plus à la réalisation de ce projet, que j'ai à cœur de profiter de cette occasion pour exprimer, dans une préface *ad hoc*, tous mes regrets d'avoir pu, par mes attaques, quelque justifiées qu'elles fussent, faire de la peine à Ricord, le meilleur des hommes, le plus aimable des adversaires, dont je me reproche d'avoir parfois méconnu les qualités si excellentes, à tous égards : je serai heureux de réparer ainsi les torts que j'ai pu avoir de ce côté."

Quel plus éclatant et plus beau témoignage pourrait-on trouver de l'estime et des sympathies irrésistibles qu'il inspirait et arrachait, pour ainsi dire, à ses adversaires, même les plus ardents, non seulement par sa charmante et douce bonhomie, mais encore par sa courtoisie toujours égale à l'égard de ces derniers : cette courtoisie, doublée de la bonne et joyeuse humeur qui ne l'abandonnait jamais, n'eut d'égal que son empressement sincère à reconnaître ses erreurs, celle entre autres qui concernait l'inoculabilité de certains accidents secondaires, lorsqu'elle lui fut démontrée, en 1859, par le lumineux rapport de Gibert à l'Académie de médecine. Dans la lutte mémorable qu'il eut à soutenir, à ce propos, contre des champions tels que celui que nous venons de nommer, Depaul, Magaigne, Velpeau, etc., et à laquelle, nous avons eu le plaisir d'assister, il déploya les brillantes qualités d'un talent oratoire qui s'était déjà révélé, avec tout son charme familier, dans son enseignement de l'hôpital du Midi, sous les fameux tilleuls, mais qui, sur le terrain des discussions académiques, se montra avec les ressources nouvelles du dialecticien consommé.

Que cet homme parti de bas et, pour ainsi dire, de rien, comme tous ceux qui forcent la destinée, soit arrivé, à travers les difficultés et les péripéties des premiers efforts, à la situation professionnelle la plus

haute et la plus répandue, à la fortune que n'ont pu lasser une propension personnelle et irrésistible aux générosités sans calcul et aux aimables dissipations ; qu'il ait conquis les plus hautes et les plus innombrables distinctions honorifiques, de même que toutes les amitiés et toutes les reconnaissances, celles du plus humble de ses malades comme celles du plus puissant, on le comprend, du reste, et c'était justice, quand on se reporte, d'une part, aux qualités exceptionnelles de l'homme et du savant, et, d'autre part, à la façon dont il a révolutionné et exercé sa spécialité professionnelle.

Il n'a même pas manqué à Ricord cet attribut des grands cœurs, comme le sien : le patriotisme, dont il fit une preuve éclatante lorsque, malgré ses 70 ans, il dirigea, devant l'ennemi, durant l'année terrible, avec son ami Demarquay, les ambulances de la Presse : ce qui lui valut, des mains du premier Président de la République, la croix de grand officier. Il refusa en même temps—autre marque de son patriotisme—la décoration que le chirurgien en chef des armées allemandes, le professeur Langenbeck, lui offrit de la part de son gouvernement. C'est peut-être la seule qui lui manque de toute celle du monde entier. A propos du rôle chirurgical qu'il joua, incidemment, à cette époque, rappelons que Ricord était doué des plus solides et des plus brillantes qualités opératoires, et que, de l'avis de ces collègues, il eût été un des premiers chirurgiens de son temps, s'il n'eût été le premier des spécialistes.

Toujours jeune, même à son âge de quasi-centenaire, il devait naturellement aimer, et il aimait, en effet, particulièrement la jeunesse, en compagnie de laquelle il se complaisait, et qui le lui rendait par son affectueuse admiration : on le vit bien dans une circonstance toute récente lorsque, à la réception à l'Hôtel-de-Ville des étudiants étrangers, en l'honneur des fêtes universitaires de l'inauguration de la nouvelle Sorbonne, Ricord se montra, appuyé au bras d'un ami, au milieu de cette jeunesse enthousiaste, de tous pays, acclamant le maître aimé et vénéré, dont l'aimable figure s'épanouissait, plus que jamais, dans ce large, gai et perpétuel sourire, que n'oublieront jamais ceux qui l'ont connu et éprouvé.

Et comment pourraient-ils l'oublier, ceux qui, comme nous, le rencontrant le mardi à l'Académie de médecine où il est venu fidèlement jusqu'au dernier jour, voyaient se redresser tout à coup sa tête courbée sur la seule marque inéluctable de sa vieillesse, le corps et les jambes qui—disait-il—ne voulait plus le porter, quand il se portait bien, et se lever vers nous, avec cette expression incomparable d'affabilité, de gaieté et de jeunesse, et cette bouche immédiatement entr'ouverte pour laisser sortir l'étincelle, le trait toujours prêts à jaillir : il en a jailli

tellement qu'ils rempliraient des volumes entiers, et qu'ils défrayeront encore plusieurs générations médicales : je crains même que la vérité historique de sa naissance n'est pas trouvé grâce devant cette aveugle endiable :

“ Le dix huitième siècle, aurait-il dit, à ce propos, avait une dernière sottise à commettre avant d'expirer, celle de me mettre au monde ; car je suis né le 31 décembre 1799, à 11 heures $\frac{3}{4}$ du soir.” Or, il paraît que la date authentique n'est point celle-là, mais bien le 10 décembre 1800 ; il n'y a pas loin de l'une à l'autre, mais il est bien capable d'avoir inventé la première, pour l'innocent plaisir d'un jeu de mot.

C'est bien, en tout cas, dans sa 89^e année qu'il s'est doucement éteint, après une vie incomparable à tant d'égards, et dont il a pu dire, encore lui même, qu'il serait heureux de la recommencer, telle qu'il l'a vécue.

Dernier trait de cette existence jusqu'à la fin étonnante, et à sa gloire : c'est en revenant de la campagne à Paris pour remplir expressément ses devoirs d'électeur, dans des circonstances critiques, qu'il a contracté la maladie accidentelle (pneumonie) dont il est mort.

Ses magnifiques obsèques, où se pressait tout une population d'hommages et de regrets, et qui nous ont rappelé celles d'Orfila, ont été en harmonie avec cette grande et impérissable mémoire, qui n'est pas seulement de celles que l'on admire et que l'on vénère, mais aussi de celles que l'on aime, et qui vous sourit toujours, comme l'homme qu'elle personnifie.

Parmi les principaux écrits et ouvrages de Ricord, nous citerons :

De l'emploi du spéculum, 1833 ;—*Blennorrhagie de la femme*, 1834 ;
—*Emploi de l'onguent mercuriel dans le traitement de l'érysipèle*, 1836 ;
—*Théorie sur la nature et le traitement de l'épididymite*, 1838 ;—*De l'ophtalmie blennorrhagique*, 1842 ;—*Des affections syphilitiques du testicule*, 1843 ;—*Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, 1842, 1851 ;—*De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires*, 1853 ;—*Lecture sur la syphilis*, 1854-1863 ;—*Traité du chancre*, 1857 ;—*Annotations au traité de la maladie vénérienne de Hunter*, etc., etc., et ses nombreux discours académiques. V. L.—(*La Tribune Médicale.*)

Obsèques du docteur Philippe Ricord.

Le samedi 20 octobre 1889 ont eu lieu, en l'église Saint-Sulpice, les obsèques du docteur Philippe RICORD, vice-président de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*. C'est à peine si l'église pouvait contenir la foule des parents, des amis et des anciens disciples du maître. Quelle affluence, si tous ceux qu'il avait obligés eussent été présents à ses funérailles !

MM. Fournier, Peyron, Le Dentu, Péan, Horteloup, Riant, de Beaufort, Diday, Mauriac ont pris tour à tour la parole. Auprès des délégations de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, de l'Assistance publique, l'*Association générale des médecins de France* était représentée par son président général, M. le docteur Henri Roger, entouré de tous les membres du Conseil général, M. le docteur A. Riant, secrétaire-général de l'*Association*, a prononcé, au nom de l'Œuvre, le discours suivant :

Messieurs,

Au nom de l'*Association générale des médecins de France*, je viens adresser un suprême hommage à celui qui fut un des plus fidèles et des plus infatigables bienfaiteurs de notre grande Œuvre de fédération confraternelle ;

A Philippe RICORD, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, président du comité médical de la Société française de secours aux blessés, vice-président de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*.

Maîtres éminents, professeurs, académiciens, qui entourent cette tombe, c'est à vous qu'il appartient de rendre au savant, à l'éminent confrère, au professeur aimé, au praticien émérite, l'hommage qui lui est dû.

Pour moi, je ne veux, à cette heure, rappeler que le souvenir d'un homme de bien par excellence.

C'est bien à l'*Association générale des médecins de France*, qui a connu, par tant de bienfaits, les inépuisables générosités de Ricord, à proclamer à quel point il mérite ce titre d'homme de bien, d'homme vraiment charitable. Et puis, est-il donc, à l'heure présente, un titre par lequel elle puisse l'honorer davantage ; un souvenir plus digne de perpétuer la mémoire de celui qui a passé en faisant si largement le bien ?

Non-seulement Philippe Ricord fut généreux ; il sut l'être excellemment.

Il donnait sans compter, je puis bien dire jusqu'à la prodigalité ;

mais comme il savait encore doubler le prix de sa libéralité par la manière dont il donnait !

Qui pourra jamais dire ce que Ricord a répandu de bienfaits autour de lui ? Seule, la reconnaissance de ses innombrables protégés serait en mesure d'en témoigner.

Mais donner avec une telle spontanéité, donner avec cette grâce si charmante, donner avec ce cœur, donner avec ce bon et inoubliable sourire, que nous avons tous connu, avec ce sentiment si manifeste de son propre bonheur en donnant, non, cela est autre chose encore, c'est un degré plus élevé, plus parfait dans la Charité, ce n'est plus seulement répandre l'or à pleines mains, c'est se donner soi-même, et rappeler comme un trait de l'évangélique bonté !

Il ne suffisait pas à Ricord d'être généreux envers ceux qui, individuellement, se trouvait dé-ignés à son bienveillant accueil. Toute œuvre bienfaisante, charitable, était sûre d'obtenir ses sympathies, d'appeler sa collaboration active, et de recevoir ses libéralités les plus larges et le plus gracieusement offertes.

Il m'est impossible de songer à énumérer les Œuvres qui ont reçu ses bienfaits. Cependant, puis-je oublier Ricord fondateur, directeur des *Ambulances de la Presse*, pendant la guerre de 1870 ? Comment ne pas admirer ce vaillant chirurgien, dont les 70 ans n'avaient pas diminué l'ardeur ? N'est-il pas intrépide sur le champ de bataille, quand il recueille les blessés au milieu des obus ? Ne se montre-t-il pas infatigable quand il prodigue ses soins, nuit et jour, dans les ambulances qu'il a créées ?

Nous qui avons eu si souvent, depuis dix-sept ans, l'honneur de l'avoir à nos côtés au Conseil et dans les Commissions de la *Société française de secours aux blessés militaires*, comment pourrions-nous omettre de dire qu'il était l'âme de notre Comité médical ? Il y apportait le tribut de son esprit, de sa sollicitude si vive pour les malades et les blessés, de son expérience si vaste, et cette ingéniosité qui ne dédaignait de s'appliquer à aucun détail du service chirurgical de la Société !

Aux derniers jours, je le vois encore luttant contre la maladie et le poids des années. Nos bras devaient soutenir ses pas chancelants ; mais lui en dépit de ses quatre-vingt-neuf ans, restait inébranlable dans son invincible charité et dans sa scrupuleuse fidélité au devoir !

Celui qui a montré tant de générosité envers toutes les victimes du devoir ou du dévouement — aucune ne semble avoir été oubliée par lui — pouvait-il ne pas sentir plus profondément encore les douleurs, les besoins de ses confrères malheureux de la profession médicale ?

A ses débuts, Ricord avait parcouru les rudes étapes par lesquelles

le médecin est trop souvent appelé à passer. Cette expérience ne fut pas perdue.... pour les autres.

Jamais succès, gloire, fortune n'ont fait oublier au Maître cet ineffaçable souvenir de sa jeunesse. Homme heureux, médecin ayant recueilli tous les honneurs, toutes les dignités, enivré du bruit d'une réputation universelle, Ricord ne cesse d'ouvrir son excellent cœur à ses confrères, quand viennent, pour eux, les jours d'épreuves, quand sévissent les âpres tourments du besoin. Plus grand est le tribut que les riches payent à la gloire du Maître, plus large est la part qu'il tient à consacrer aux déshérités de la fortune !

Ah ! c'est l'honneur de la médecine d'être, de toutes les professions libérales, celle qui montre le mieux que le culte de la science, que la pratique incessante des devoirs les plus pénibles, que l'expérience, hélas ! si fréquente de l'ingratitude, loin de dessécher le cœur, semblent développer les sentiments généreux et multiplier les manifestations les plus touchantes de l'esprit bienfaisant et charitable.

Jamais preuve plus éloquente n'en fut donnée que par cette pléiade de médecins éminents, d'hommes aux cœurs généreux qui depuis 1859, ont réalisé ce magnifique dessein de venir en aide à leurs confrères, en fondant l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*.

Les noms de ces vaillants hommes de bien sont sur toutes les lèvres et dans tous les cœurs. Est-il besoin de dire que celui que nous perdons, ouvrier de la première heure dans cette belle et généreuse entreprise, était membre de notre Conseil général depuis 1859 ? Quand à la mort de Bouillaud, en 1882, il devint l'un des vice-présidents de l'*Association*, il y avait vingt-trois ans que l'œuvre comptait chacune de ses années par les bienfaits toujours renouvelés de Ricord !

Et depuis... il a continué à répandre ses largesses pour l'amélioration du sort de ses confrères.

Ricord pouvait-il être si généreux sans être quelque peu apôtre ?

Dans ses fines allocutions, toujours si heureusement improvisées, il savait, en quelques mots partis du cœur et y allant tout droit, tracer les devoirs des heureux de la profession envers les déshérités de la fortune. C'était son thème favori, un thème qu'il variait avec une virtuosité sans égale. Et puis, il prêchait si bien d'exemple ; il pratiquait si largement la devise de l'*Association* : " Prévoyance, mutualité, honneur professionnel ! "

C'est le bien que vous avez fait, excellent Maître, qui vous a valu de voir s'accomplir la plénitude de vos jours.

C'est au bien que vous avez fait que vous devez une fin si douce, une mort chrétienne, des espérances éternelles.

C'est le bien que vous avez fait qui groupe autour de votre tombe tant d'amitiés, tant de respect, tant de reconnaissance.

Non, parmi ceux qui vous ont connu, personne n'oubliera votre esprit si fin, votre science si vaste, votre jugement si prompt et si sûr. Mais vos collègues de l'*Association générale des médecins de France* auront toujours présent à l'esprit votre bonté toute paternelle pour vos confrères, et ils voudront s'en inspirer à leur tour.

Toujours ils se rappelleront avec quelle ardeur votre esprit si ouvert et si progressiste suivait les efforts tentés de toutes parts pour améliorer les intérêts matériels de la profession médicale ; mais surtout ils admireront, ils voudront imiter votre manière originale et généreuse de devancer la réalisation de tant d'espérances. Votre procédé était bien simple, et les malheureux le trouvaient singulièrement efficace.

Vous teniez votre bourse toujours ouverte pour soulager toutes les misères professionnelles ; vous veniez en aide aux débutants dans la carrière ; vous donniez à l'*Association*, afin qu'elle pût multiplier les pensions de retraite destinées aux victimes de l'âge ou de la maladie. Admirable méthode bien digne d'être recommandée à tous, en mémoire du Maître qui l'a si bien pratiquée ! Elle prépare les progrès de demain, en commençant par assurer le sort de ceux qui doivent lutter aujourd'hui !

Voilà de nobles exemples que le souvenir de Ricord perpétuera dans la famille étroitement unie de l'*Association générale*.

C'est cette grande famille, de plus de neuf mille médecins qui, par ma voix, vous adresse, excellent Maître et vice président, cet hommage, profondément senti de ses regrets, de son pieux souvenir, de sa reconnaissance, et, ... ce suprême adieu

Le professeur Fournier, disciple bien aimé et digne continuateur de Ricord, a parlé en ces termes :

Maître, c'est au nom de vos élèves que je viens vous saluer du dernier adieu.

Puisque j'ai à traduire ici leurs sentiments, laissez-moi donc vous dire, Maître, quels souvenirs ils conservent et conserveront de vous.

Oh ! d'abord ils se souviendront de vos leçons, de votre enseignement, de vos déconvenues, de tout ce faisceau de vérités cliniques et thérapeutiques qui composent ce qu'on a justement appelé votre doctrine, votre œuvre, qui constituent votre gloire scientifique, mais que ce n'est ni le lieu, ni l'heure d'évoquer ici.

Mais ce dont ils ne se souviendront pas moins, soyez-en sûr, c'est cette constante et inaltérable bonté qui faisait le fond de votre caractère, de votre nature, de votre être, c'est ce cœur toujours ouvert à

toutes les bienveillances, toutes les affabilités, tous les dévouements, toutes les libéralités. O que ne m'est-il permis ici d'être indiscret !

Aussi bien entre vos élèves, Maître, aviez-vous un surnom. On vous appelait "*le bon maître*" ; c'est assez dire si l'on vous aimait.

Et surtout, par-dessus tout, ce dont se souviendront vos élèves, c'est l'exemple à jamais édifiant que vous leur avez donné, que vous n'avez jamais cessé de leur donner pendant toute votre vie médicale, de l'observance accomplie des devoirs hospitaliers, du dévouement hospitalier, je ne craindrai pas de dire des vertus hospitalières. L'hôpital, Maître, c'est là que vous avez été véritablement grand et admirable entre tous. Nul n'a connu et pratiqué mieux que vous les obligations qu'impose à un médecin d'hôpital le traitement des malades confiés à ses soins. Nul n'a mieux que vous offert à ses élèves, pendant trente ans de pratique, le modèle du vrai médecin d'hôpital, assidu à ses visites, à ses consultations, attentif à ses malades et à tous ses malades, connaissant et se rappelant, par le menu, les moindres détails de leur histoire pathologique, dépensant dans son service des matinées entières, faisant, et faisant par lui-même tout ce qui était à faire, songeant à tout, veillant à tout, ne négligeant rien de ce qui pouvait être utile à soulager une souffrance ou une misère.

Nul aussi n'a professé plus hautement et plus dignement que vous le respect dû à ses malades d'hôpital. Et même (je le dis à votre gloire), et même si à un jour donné vos doctrines ont été vulnérables sur un point, c'est que, fidèle à vos principes, vous n'aviez jamais consenti à vous servir de vos malades comme sujets à expérimentations scientifiques. Enfin, n'est-ce pas encore à l'hôpital que vous avez donné à vos élèves ce mémorable spectacle d'un chirurgien risquant sa vie, sa santé tout au moins, pour sauver par l'aspiration trachéale un malade asphyxiant ?

Aussi bien, que ne sont-ils ici vos malades, vos "chers malades d'hôpital," comme vous les appelez, pour me prêter témoignage ! Car ce qu'ils diraient de vous, Maître, serait, de tous les éloges semés aujourd'hui sur votre tombe, celui qui, j'en suis sûr, irait éveiller le plus doucement votre oreille. Eh bien, ce qu'ils ne disent pas, je puis bien le dire, moi, qui ai été leur confident, moi qui, derrière vous, les ai entendus bien souvent causer de vous. Et je ne ferai que résumer, condenser leurs témoignages, en vous saluant en leur nom et au nom de vos élèves de ce suprême adieu.

Oui, Maître, vous avez été véritablement grand à l'hôpital, grand par le devoir accompli, grand d'humanité, de dévouement et de charité médicale. Voilà, Maître, les souvenirs que vous laissez à vos élèves. Qu'à de tels souvenirs on mesure leurs regrets !

Philippe Ricord.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE RICORD PAR M. PÉAN, AU NOM DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Ainsi que nous l'avons annoncé, nous reproduisons la très remarquable allocution prononcée par M. PÉAN, sur la tombe de Ricord, au nom de l'Académie de médecine. L'œuvre du maître, tant comme savant que comme homme professionnel, y est appréciée d'une façon très juste et très heureuse.

“ Le maître auquel je viens, au nom de l'Académie de médecine, dire un dernier adieu, a eu le rare bonheur de ne survivre ni à ses doctrines, ni à sa réputation. Ses premiers travaux datent de plus d'un demi-siècle ; on les lit et on les commente comme s'ils étaient d'hier ; il a eu la satisfaction d'assister à l'adoption définitive de presque toutes les idées qu'il a défendues.

Une jeunesse austère, égayée seulement par les jouissances sévères que procure l'étude, un âge mûr dont pas un jour ne fut perdu pour la pratique, la science et l'enseignement, une vieillesse heureuse éclairée par le rayonnement d'une intelligence toujours jeune, exempte d'affaissements et de déchéances, telle fut la vie de Ricord.

Cet homme, que la postérité comptera parmi les gloires de la médecine française, n'avait peut-être pas bégayé ses premiers mots dans notre langue : né à Baltimore, de parents français, le 10 décembre 1800, il fit son éducation sous la direction de son frère. Il avait vingt ans lorsqu'il vint pour la première fois à Paris, sans vocation décidée et sans autre ressource qu'une recommandation pour Cuvier.

A cette époque, la chirurgie française occupait le premier rang dans le monde, et Dupuytren le premier rang parmi les chirurgiens français. Un hasard providentiel conduisit Ricord à une de ses leçons à l'Hôtel-Dieu et décida de son avenir. Il se mit à étudier la médecine, ne se préoccupant point des difficultés matérielles qui eussent pu l'arrêter ; trois ans plus tard, il était reçu interne des hôpitaux et entra chez Dupuytren. Il n'eut pas à se louer du passage qu'il fit dans son service. Il y avait entre son maître et lui une de ces oppositions de caractères qui excluent la sympathie. Dupuytren apportait dans les moindres actes de sa vie professorale, une dignité hautaine et une gravité presque sacerdotale. Jamais Ricord ne sut arrêter le mot spirituel qui lui montait aux lèvres. Les froncements de sourcil du maître redouté ne pouvaient rien contre cette insouciantie gaïeté ; une traduction inopportune fut le prétexte d'une rupture définitive.

La gloire de Dupuytren ne suffit pas pour éclipser celle d'un de ses contemporains, moins brillant, moins gâté par la fortune, mais qui, par la solidité de son enseignement, avait appelé à la Pitié un grand nombre d'étudiants, dont plusieurs sont arrivés à une célébrité ; c'est lui qui a tracé les véritables règles de la médecine opératoire à notre époque : j'ai nommé Lisfranc. Ricord devint son interne et s'entendit parfaitement avec lui ; il en a toujours conservé, malgré les nuages légers qui s'élevèrent entre eux, le meilleur des souvenirs.

Lorsqu'il eut pris, en 1826, le grade de docteur, il trouva de nouveau, entre le présent et l'avenir que ses premiers succès lui avaient fait entrevoir, un obstacle qui eût été infranchissable pour un homme moins bien trempé : il fallait vivre. Alors il s'exila à Ollivet, puis à Crouy-sur-Ourcq ; il y réussit comme partout ; mais cet horizon était étroit pour lui, il revint à Paris et fut reçu chirurgien du Bureau central le premier, au concours de 1828 ; des leçons d'anatomie à cet amphithéâtre de la Pitié que Lisfranc avait illustré, lui fournirent des ressources jusqu'en 1832, époque où il prit possession du service qu'il a toujours gardé à l'hôpital du Midi ; cette date marque le véritable début de sa vie scientifique.

Ricord fut un chirurgien de valeur, son concours le prouva ; d'intéressants Mémoires l'ont prouvé depuis ; mais c'est comme syphilo-graphiste qu'on l'admire et qu'il mérite d'être admiré. Avant lui, tout était désordre et confusion dans l'étude des accidents spécifiques. On confondait des maladies qui n'avaient de commun que leur origine et leur siège, on n'établissait aucune différence entre de simples inflammations, des ulcérations destinées à rester locales, et d'autres qui marquent le début d'une infection générale ; on abusait des préparations hydrargyriques quand on ne les proscrivait pas, avec un fanatisme stupide. Le prédécesseur de Ricord avait été, pendant la Terreur, dénoncé à la Commune comme empoisonneur, parce qu'il donnait la liqueur de Van Swieten à ses malades. Le système de Broussais, qui était alors en pleine vogue, n'avait rien éclairci ; il avait, au contraire, comme dit Ricord lui-même, jeté le trouble et le désarroi dans la thérapeutique des maladies spécifiques.

L'enseignement n'existait pas ; Cullerier avait institué autrefois des conférences et des cours, ils étaient supprimés depuis 1823.

Pendant trente ans, Ricord n'eut que deux préoccupations : étudier et vulgariser.

Du premier cours, il sentit que la méthode expérimentale seule pouvait servir de guide dans la confusion des doctrines et des faits mal observés. Cette conception nous semble aujourd'hui naturelle et simple, mais en 1832 la tradition avait plus d'influence qu'elle n'en a de nos

jours ; Broussais, qui parlait à tout instant de médecine physiologique, ne connaissait probablement pas Müller, et n'avait pour Magendie qu'une médiocre estime. On admirait les belles hypothèses, on se laissait aller aux déductions ; et si l'observation ne perdait pas tout à fait ses droits, personne à peu près ne songeait à la compléter par l'expérimentation.

C'était particulièrement difficile dans les questions touchant à la syphilis. Les animaux sont réfractaires à l'action de son virus, et la morale s'oppose à ce que l'on communique à l'homme une maladie grave dans le but seul d'étudier. Il y eut alors, comme toujours, des volontaires, de vaillants jeunes gens qui offrirent leurs bras à la lancette de l'inoculateur ; mais si de tels faits enrichissent le martyrologe de la science, leur nombre n'est jamais suffisant pour qu'il permette de remonter à ses lois.

Ricord prend pour sujet le malade lui-même et, grâce à cette ingénieuse combinaison, l'expérimentation devient un simple moyen de diagnostic. En prenant les liquides sécrétés par une ulcération donnée et en les inoculant dans une autre région, on peut parfois produire une ulcération de même nature, mais on ne détermine pas une maladie nouvelle, on n'augmente pas la gravité de celle qui existe. Quand la première manifestation résultait de l'introduction dans l'économie du virus spécifique, celle-ci déjà infectée était devenue réfractaire, et les inoculations ne prouaient plus. Cette méthode permit à Ricord de montrer quel était le phénomène primitif constant de la syphilis, de le différencier d'accidents qui lui ressemblent parfois au point d'induire en erreur même des cliniciens habiles ; à cet égard, personne n'a plus contribué que lui à individualiser la maladie, à dégager son entité nosologique. L'observation pure, c'est-à-dire un autre procédé de la méthode expérimentale, lui permit de fixer la chronologie des accidents, de montrer derrière l'irrégularité trompeuse des symptômes, la régularité réelle du processus, de le diviser en périodes distinctes ; puis vient l'étude de la syphilis viscérale que l'on soupçonnait, mais que l'on ne connaissait pas, puis l'application à la thérapeutique des acquisitions nouvelles.

Ricord combattit les préjugés régnants à propos du mercure, traça les règles d'une bonne administration, s'efforça de substituer à des procédés empiriques des indications rationnelles ; un médecin anglais, Wallace avait ajouté à la liste singulièrement longue des prétendus spécifiques des vieux auteurs, un nouveau médicament, l'iodure de potassium ; Ricord l'adopte, montre le moment précis auquel il convient, le parti qu'on peut en tirer quand on sait s'en servir.

Il poursuivait ses études dans la voie qu'il s'était choisie sans se

désintéresser de la chirurgie générale ; de temps en temps, il décrivait une amélioration d'une opération courante, une modification d'un instrument peu commode ou mal adapté à son but ; c'est une de ces modifications qui a le plus contribué à généraliser l'emploi du spéculum en médecine, à fournir ainsi une précieuse ressource à la séméiotique et à la gynécologie opératoire.

Dans toute cette phase de sa vie, le chirurgien du Midi ne se montra pas seulement un chirurgien hors ligne, mais un savant ; il posséda à un rare degré tout ce qui sert à diminuer le domaine de l'inconnu et à élargir celui de la science : la netteté des conceptions, la sûreté de la méthode, la rigueur dans l'induction. Une pathologie nouvelle était née de ses leçons, basée sur l'unicité du principe morbigène, du virus de la syphilis, qui prenait place à côté de ceux d'autres maladies dont la nature était connue, telles que la rage et la morve ; ce fut là sa découverte, la véritable résultante de ses travaux. Il suffit de comparer un des traités spéciaux de notre temps à un ouvrage sur le même sujet antérieur à 1830, pour le reconnaître.

Dans cet ensemble, tout n'appartenait pas à Ricord, sans doute ; il a rendu justice à Hunter, à Wallace, mais qui oserait prétendre que, si lui-même n'eût pas complété, démontré, popularisé leurs idées, elles eussent vaincu l'indifférence et fini par être admises comme des vérités générales !

Tous ses doctrines sont-elles indestructibles ?

Je ne cherche pas à le prévoir, car dans un deuil récent, comme le nôtre, la critique perd ses droits. Il importe peu d'ailleurs, que les générations, qui se succèdent, remplacent quelques pierres d'un monument, lorsque la masse défie l'action des ans et reste debout.

Le rôle de Ricord dans l'enseignement fut considérable ; il avait frappé dans sa jeunesse aux portes de la Faculté, mais elles étaient restées closes ; on n'estimait, en ce temps-là, que les encyclopédistes ; adopter une spécialité, c'était se résigner implicitement à demeurer au second rang ; mais il y a des gens qui n'ont aucun besoin des étiquettes officielles ; on n'avait pas voulu de lui dans l'Ecole de l'Etat, il créa son école personnelle, l'école du Midi. Jamais, peut-être, on ne vit devant une chaire un auditoire aussi fidèle, aussi nombreux, aussi attentif que celui qui se pressa, pendant trente ans, sous les arbres de l'hôpital, où il faisait, tous les étés, ses leçons hebdomadaires. On venait l'entendre parce qu'il savait charmer et instruire ; la grâce de la diction, l'allusion spirituelle étaient un moyen, l'instruction des auditeurs était le but. Ricord l'atteignit aussi complètement qu'on peut l'atteindre ; ses élèves directs ont soutenu la réputation de son école, et si bien répandu son enseignement, qu'on peut dire, sans

rien exagérer, que tous les médecins de notre génération sont plus ou moins ses disciples.

Peu à peu la réputation du maître s'étendit, elle passa du public professionnel au grand public ; les honneurs arrivèrent ; il n'y a peut-être pas un pays du monde dont il n'ait reçu des distinctions honorifiques ; les corps savants lui furent moins favorables, il dut lutter, avec énergie, pour arriver à l'Académie de médecine, il ne fut jamais de l'Institut.

En 1860, Ricord atteignit la limite d'âge à laquelle on mettait alors à la retraite les chirurgiens des hôpitaux ; mais il était toujours alerte et toujours jeune ; on le vit bien, en 1870, quand il prit place au premier rang de ceux qui portaient secours aux victimes de la guerre. Cette étonnant vieillard était un homme de cœur et un brave ; il ne prenait pas part au combat, parce que ce n'est pas le rôle du médecin, mais il en affrontait les dangers avec une joyeuse indifférence. C'est vers cette époque que j'ai connu intimement Ricord ; personne ne m'a plus encouragé que lui pour répandre chez nous la chirurgie abdominale, dont on ne voulait pas entendre parler. A l'esprit critique que donne l'expérience, il joignait une sorte d'intuition naturelle, qui lui faisait distinguer le véritable progrès des nouveautés éphémères.

A une foule de titres, Ricord a droit à l'estime et à la reconnaissance de la postérité : l'impulsion donnée par lui à l'une des branches les plus importantes de la pathologie humaine, dure encore et durera longtemps ; longtemps aussi on se rappellera ce professeur incomparable, cet homme de bien qui eut des contradicteurs scientifiques, mais pas un ennemi : cet heureux du monde, si doux avec les humbles, si compatissant pour toutes les infortunes ; ce volontaire septuagénaire qui sut si bien distribuer, sous le feu même de l'ennemi, les soins et les consolations. J'ai beaucoup admiré l'étendue de ses connaissances, son merveilleux sens clinique, la vivacité de son intelligence, mais j'ai admiré par-dessus tout sa grandeur d'âme et son exquise bonté.

Adieu, maître ! Le temps, qui ternit et détruit tant de choses, respectera votre mémoire et votre œuvre.

NOUVELLES MÉDICALES

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

*Programme de l'examen d'admission à l'étude de la médecine pour
1890, 1891 et 1892.*

MATIÈRES OBLIGATOIRES.

LATIN. — *Commentaires* de César, les quatre premiers livres. — *Énéide* de Virgile, liv. I et II. — *Odes* d'Orace, liv. III. Le candidat devra aussi avoir une connaissance sérieuse de la grammaire latine.

FRANÇAIS. — On exigera des candidats dont le français est la langue maternelle, une connaissance critique du "*Bourgeois Gentilhomme*," de "*Télémaque*" et des trois premiers livres des fables de La Fontaine. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire et d'analyse.

Quant aux candidats parlant l'anglais, ils devront traduire en anglais quelques passages de "*Télémaque*" et répondre à des questions de grammaire française. On exigera aussi la traduction française de quelques phrases anglaises.

ANGLAIS. — Les candidats parlant l'anglais devront posséder une connaissance critique des pièces suivantes de Shakespeare : "*Richard III*" pour 1890, "*Henri IV*," première partie, pour 1891, "*Henri IV*," seconde partie, pour 1892, y compris des questions de grammaire d'après Dr Smith ou Mason.

Les candidats parlant le français traduiront quelques passages des huit premiers livres de la vie de Colomb (*Life of Columbus*), par Washington Irving. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire anglaise, et traduire en anglais quelques phrases de *Télémaque*.

BELLES-LETTRES. — Principe de Belles-lettres et de Rhétorique ; histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, du 17^e et du 18^e siècle en France et en Angleterre.

HISTOIRE. — Notions générales sur la l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE. — Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE. — Fractions ordinaires et décimales, proportion

simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage, racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide et le sixième, ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces livres dans Eyséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

MATIÈRES FACULTATIVES.

Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes : GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, livre I., avec quelques questions de grammaire grecque.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Atkinson.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur la logique, la théodicée et la morale (*Jaffre* ou *Valet*, *Jevon's logic* et *Calderwood's Handbook of moral philosophy*.)

N. B.—Les candidats doivent donner un certificat de bonne conduite. Tout aspirant surpris à copier, à s'aider de notes ou de livres ou à communiquer des renseignements quelconques à un autre candidat, sera immédiatement renvoyé de l'examen.

Ordre des matières et nombre de points assignés à chacune d'elles.

PREMIER JOUR

| | | |
|---------------------|-----------------|-------------|
| Latin..... | de 9 à 11 | 300 points. |
| Histoire | “ 11 “ 12 | 100 “ |
| Géographie..... | “ 12 “ 1 | 100 “ |
| Français | “ 2½ “ 4 | 150 “ |
| Anglais | “ 4 “ 5½ | 150 “ |
| Belles-Lettres..... | “ 5½ “ 6½ | 100 “ |

SECOND JOUR

| | | |
|---------------------------|------------------|-------------|
| Géométrie | de 8½ à 10 | 150 points. |
| Arithmétique | “ 10 “ 11½ | 150 “ |
| Algèbre | “ 11½ “ 1 | 150 “ |
| Matière facultative | “ 2½ “ 4 | 150 “ |

| | |
|------------------------------|----------------------|
| H. ASPINWALL HOWE, LL. D., | } <i>Examineurs.</i> |
| H.-A. VERREAU, L. D., | |
| J.-C. K. LAFLAMME, S. T. D., | |
| H.-J. H. PETRY, ECR., A. M. | |

COMMUNICATION

MON CHER DR NOIR,

Il m'a fait plaisir de voir dans votre chronique du mois de septembre, l'émission d'une idée qui depuis longtemps occupait l'esprit de votre correspondant. Une association de secours mutuel, une assurance sur la vie et contre les accidents et la maladie, ne voilà-t-il pas un excellent moyen de mettre ceux qui nous sont chers à l'abri du besoin, de la mendicité.

Combien peu d'entre nous peuvent réaliser, je ne dis pas une fortune, mais ce que l'on appelle une certaine aisance. Tant que nous pouvons travailler, chaque jour amène son pain ; mais que la maladie, un accident surviennent, alors la gêne se fait sentir, le pain manque parfois : et si la mort frappe un de nous, dans quel état reste le plus souvent sa famille : dans la désolation, la misère, je dirai plus, dans l'abjection.

Quelle dose de courage ne faut-il pas à la mère pour subvenir aux besoins de ses enfants. Pour cela elle est obligé de travailler jour et nuit. Heureuse encore, si elle n'est pas forcée, elle qui souvent a été élevée dans toutes les délicatesses, d'aller à la journée, faire les ouvrages les plus durs, les plus repoussants.

Les enfants n'ayant pris aucun état, appris aucun métier, même étant quelque fois complètement dans l'impossibilité de le faire, courent les chemins, et finissent par faire des vagabonds, sinon des criminels.

Quel beau thème pour les envieux, les jaloux, et il n'en manque pas dans le monde, de dégoiser sur la famille de ce pauvre docteur. On oublie vite les bienfaits de ce dernier pour jaser à son aise sur l'abaissement des siens. On en rit, on s'en réjouit publiquement. Plus les membres de sa famille descendent bas dans l'échelle sociale, plus on en éprouve du plaisir. Comme si l'on voulait se venger sur les enfants de la supériorité que la science avait donnée au père.

N'est-ce pas une honte pour tous les membres de la profession de laisser la famille d'un confrère dans une telle indigence, exposée aux sarcasmes, au mépris d'une foule de malicieux.

Le moyen que vous suggérez est excellent. Moyennant une faible contribution de chacun de nous, on peut donner une certaine aisance à ces malheureux. Et quelle consolation pour ce père infortuné, sur le point d'exhaler son dernier soupir, de savoir l'existence des siens assurée !

Et pourquoi les médecins ne feraient-ils pas comme les ouvriers ? Ne voyons-nous pas un grand nombre de sociétés de bienfaisance réussir partout ? Pour cela il ne faut qu'un peu d'entente et de bonne volonté. La volonté ne manque pas chez nous : reste donc l'entente.

Par l'entremise de nos journaux de médecine, j'espère qu'on arrivera à un mode pratique de ménager des économies pour nos enfants.

Nous avons tout ce qu'il faut pour réussir. Il s'agirait seulement d'étendre les pouvoirs des gouverneurs, qui formeraient le conseil de direction. Peut-être faudrait-il nommer un employé de plus. On pourrait augmenter la contribution annuelle, et à la mort d'un confrère, sa famille recevrait un certain montant. De cette manière nous aurions tous une assurance sur la vie, et les négligents y trouveraient un stimulant pour payer leur contribution plus régulièrement. Pour les accidents, la maladie, on pourrait établir une prime, et laisser cette prime à la volonté de chacun. Ou l'on pourrait mettre facultatives les deux primes et sur la vie et sur les accidents, mais toujours sous le contrôle des gouverneurs, ce qui sauverait beaucoup de dépenses.

Voilà un projet que je soumets à la profession, si quelques-uns en ont un meilleur, qu'ils le fassent connaître, et je serai prêt à m'y rattacher.

DR J. LIPPÉ.

St. Ambroise de Kildare, 22 novembre 1889.

CONSTITUTION

DU 2 FÉVRIER 1889

CONCERNANT L'UNIVERSITÉ LAVAL ET LA SUCCURSSALE DE MONTREAL.

(Traduction.)

LÉON XIII PAPE.

POUR MÉMOIRE PERPÉTUELLE.

Depuis longtemps déjà cette partie de la confédération canadienne qu'on désigne sous le nom de Canada français, a attiré l'attention et la sollicitude des Pontifes Romains, à cette fin que le catholicisme y fleurisse pour l'avantage des particuliers aussi bien que pour la prospérité commune.

En effet à peine les émigrations parties de l'Europe devenaient-elles plus nombreuses pour faire briller dans ces régions la lumière de la civilisation, que Clément X établissait à Québec un Siège Episcopal, qui est devenu comme le père de tous ces diocèses fondés depuis sur les territoires découverts par les colons français dans l'Amérique du Nord.

Dans la suite, Pie VII, l'an 19 de ce siècle, attribua à ce siège le

nom et la dignité d'Archevêché ; et Grégoire XVI, vingt cinq ans plus tard, lui accorda une juridiction convenable en constituant la Province ecclésiastique de Québec.

Enfin, Nous-même avons voulu faire quelque chose de plus ; considérant le nombre croissant des fidèles. Nous avons cru qu'il était de l'intérêt du catholicisme de diviser cette province en deux et en conséquence. Nous avons accordé au Siège de Ville-Marie de Montréal les honneurs et les droits archiépiscopaux, et lui avons assigné, comme il était juste, des sièges suffragants.

Là ne s'est point borné la sollicitude bienveillante du Siège Apostolique envers ce pays. En effet, aussitôt que les circonstances l'ont permis, il s'est appliqué à encourager la saine et solide éducation des jeunes gens. D'abord Pie IX, Notre prédécesseur de célèbre mémoire, favorisa, à la demande des Evêques de la Province de Québec, l'établissement dans cette ville d'une Université catholique. Puis, par ses Lettres Apostoliques, en date des Ides de Mai 1876, il accorda à cette Université tous les droits légitimes, voulut qu'elle eût pour patron le Cardinal Préfet PRO TEMPORE de la Sacrée Congrégation préposée à la Propagation du nom chrétien, et pour Chancelier l'Archevêque de Québec. Par les mêmes lettres, il donna à cette institution (qu'on a appelée LAYAL en souvenir du très digne Evêque de ce nom) le pouvoir de conférer le doctorat et les autres grades académiques dans chaque espèce d'études : puis les Evêques de la province ont été engagés et excités à faire affilier leurs séminaire et colleges ; et à ces mêmes Prélats fut confié le soin de veiller et de prendre garde à ce que rien de contraire à la foi ou aux mœurs ne vint à se glisser dans l'enseignement ou la discipline de l'Université.

Dans la même année, pour permettre au loin la diffusion plus comode et plus complète de la saine doctrine et en même temps pour rendre particulièrement honneur à l'illustre ville de Montréal, il plut à la Sacrée Congrégation de la Propagande (dont la décision fut approuvée par Notre Prédécesseur) de décerner qu'on établit à Montréal des classes subsidiaires auxquelles, sous le nom de *Succursale* présiderait l'Université Laval. Il fut donc décrété qu'on y donnerait le même enseignement que celui qui se donne aux élèves de Québec, à la condition toutefois que ces classes seraient soumises à la direction du Conseil Suprême par lequel est administrée et regie l'Université Laval ainsi qu'à la vigilance des Evêques du Bas-Canada sous la présidence de l'Archevêque de Québec. Enfin à l'Archevêque de Montréal fut confiée par Nous la fonction de Vice-Chancelier.

De tout cela il est résulté un avantage non médiocre pour la complète éducation des jeunes gens. Là, en effet, sont chargés des fonc-

tions de l'enseignement des hommes très savants, dont plusieurs ont puisé leur science, soit dans l'Université Grégorienne, soit dans Notre Séminaire Romain, ou dans le Collège Urbain, et grâce à eux, l'étude des sciences y est florissante, en particulier celle de la Théologie et de la Philosophie faite d'après la doctrine de St THOMAS D'AQUIN, que nous avons eu tant à cœur de voir rétablie dans toutes les institutions et écoles catholiques. Toutefois, comme cela arrive dans les affaires humaines, de la divergence des aspirations et des sentiments sont survenues des dissidences et des contestations, qui, si elles ne sont de suite assoupies par l'autorité de ce St-Siège, peuvent finir par compromettre gravement la stabilité d'une si salutaire institution et faire craindre l'évanouissement de tant de légitimes espérances. Plusieurs, en effet, se sont épris du désir d'avoir des Universités séparées ; et même un certain nombre de jeunes gens, détournés de leurs études, ont commencé à se laisser entraîner à des aspirations différentes et des opinions contradictoires.

Quoi qu'il en soit de ces discussions diverses, Nous constatons cependant avec plaisir que l'Université Laval est encore florissante et assez prospère à Québec ; et aussi que l'enseignement à Montréal est constitué de telle sorte que rien n'y manque pour la complète formation des jeunes gens qui veulent se livrer à l'étude des sciences divines, ou à celle du droit, de la médecine et des Arts.

Aussi pour cette raison Nous ne pouvons Nous dispenser de féliciter chaleureusement Nos Vénérables Frères les Archevêques et Evêques du Bas-Canada, ainsi que les autres ecclésiastiques comme aussi les fidèles laïcs, qui ont encouragé et embelli une œuvre si utile, par leur industrie ou par leurs richesses, et enfin tous ceux qui, dociles aux exhortations de ce Saint-Siège, ont fait affilier à cette Université leurs séminaires et leurs collèges, situés dans les limites de l'une et de l'autre province. Car il résulte de là qu'il y a uniformité dans l'enseignement et la formation de toute la jeunesse et par suite que l'on consolide et que l'on resserre de plus en plus les liens qui unissent ensemble les fidèles de tout le pays.

Comme de Notre côté rien ne Nous est plus à cœur que de voir de jour en jour se consolider davantage cette union des esprits, et comme en conséquence c'est Notre désir de voir s'affermir cette Université qui, pour procurer ce résultat, a tant de force et d'efficacité. Nous exhortons avant tout encore et encore Nos Vénérables Frères les Evêques du Canada français à employer le zèle pastoral qui les distingue pour aider de leur vigilance l'Archevêque de Québec, afin que rien de nuisible à l'intégrité de la foi ou des mœurs ne puisse entacher ce magnifique domicile des sciences. De plus, tout ce qui a été fait,

décidé, décrété par ce Siège Apostolique ou sous son autorité concernant l'Université Laval, Nous le ratifions et le confirmons ; et surtout Nous déclarons qu'elle seule est reconnue et regardée par Nous comme l'Université Catholique du Bas-Canada, qu'elle est suffisante et suffisamment munie de tout ce qui lui est nécessaire pour pourvoir à la saine et complète éducation des jeunes gens et qu'enfin Nous ne souffrirons pas qu'aucune autre université catholique indépendante d'elle existe dans ce pays avec la faculté de conférer les grades académiques.

Quant à la succursale établie à Montréal, nous voulons qu'elle soit conservée comme un autre siège de la même Université et qu'elle y tienne lieu de l'Université Laval exerçant son magistère à Montréal. Son Vice Recteur sera désigné par les Evêques de la Province de Montréal, qui le présenteront au Conseil Universitaire ; et celui-ci ne pourra le refuser que pour des raisons approuvées par les mêmes Evêques.

Le Conseil de l'Université Laval exercera ses droits soit au siège de Québec, soit au siège de Montréal conformément à ce qui est contenu dans la CHARTE ROYALE relativement à ce Conseil. Cependant, pour mieux pourvoir au maintien de la paix et de la concorde entre ce Conseil et ceux qui administrent la SUCCURSALE de Montréal. Nous réglons ce qui suit, persuadé que ce même Conseil en sera le fidèle observateur, vu son dévouement envers le Siège Apostolique.

Dans la SUCCURSALE de Montréal, les professeurs et les doyens seront choisis d'après le mode qui a été jusqu'ici en usage dans les diverses facultés et ils seront reconnus et acceptés par le dit Conseil, à moins que l'Archevêque de Montréal n'intervienne pour s'opposer à leur nomination. Une fois admis, ils pourront être revoqués de leur position par le Conseil, pourvu toutefois que les causes de leur démission soient approuvées par le même Archevêque.

Dans la faculté dite DES ARTS, qui s'occupe de l'étude des lettres, des sciences naturelles et des autres sciences appliquées aux différentes espèces d'industrie, on aura le droit et le pouvoir d'en choisir les professeurs, soit dans l'un ou l'autre clergé séculier et régulier, soit parmi les laïcs, suivant l'usage et les besoins.

Dans la confection des tableaux appelés PROGRAMMES, dans lesquels sont indiquées les matières servant aux épreuves de ceux qui se présentent pour le baccalauréat dans la faculté des Arts, Nous approuvons que l'on conserve l'excellente coutume qui a été en usage jusqu'à présent, c'est à-dire que, dans le siège de Montréal, ils soient soumis au consentement de ceux qui président au collèges affiliés. Conformément à cette coutume, ces programmes ne peuvent être modifiés, à moins que la modification présentée ne soit agréée par les délégués de ces collèges ou par ceux qui les remplacent.

Quant à la confection des autres programmes, le droit et le soin en appartiendront aux docteurs de chacune des facultés qui enseignent et à Québec et à Montréal, conformément aux règles et prescriptions contenues dans les Statuts : ces programmes pareillement ne pourront être changés sans le consentement des docteurs des facultés respectives, ou de ceux qui auront le pouvoir d'agir en leur nom.

Maintenant, comme il existe à Montréal un Collège du nom de Ste Marie, qui est régi par les religieux de la Société de Jésus et qui brille tant par l'excellence de son enseignement que par le nombre de ses élèves, Nous, pour ne pas déroger tout à fait aux privilèges spéciaux qui ont été accordés depuis longtemps à cette même Société par le Siège Apostolique, Nous permettons volontiers à ses membres d'instituer eux-mêmes un examen de leurs élèves, et de donner à ceux qu'ils jugeront capables un certificat écrit déclarant qu'ils sont dignes des grades honorifiques qui sont conférés par l'Université Laval aux jeunes gens d'un mérite égal dans les collèges qui lui sont affiliés. Sur présentation de ce certificat, le Conseil qui régit l'Université délivrera le diplôme dont sont gratifiés les élèves de l'Université qui obtiennent le même grade.

Les Evêques des deux Provinces de Québec et de Montréal se réuniront tous les ans pour prendre connaissance de l'enseignement et de la discipline de l'Université, et ils détermineront d'un commun accord tout ce qui sera jugé nécessaire suivant le temps et les circonstances.

Nous avons la pleine confiance que, grâce à leur prudence, les moindres germes de désaccord qui se produiront seront immédiatement arrachés et que l'Université fleurira en méritant constamment de nouvelles louanges.

En outre, comme dès l'origine de cette salutaire institution, la très puissante Reine d'Angleterre l'a munie de son autorité et couverte de son patronage. Nous avons la certitude bien fondée que cette sure protection ne lui fera pas défaut à l'avenir, et c'est avec une confiance égale que Nous comptons pour la susdite institution sur la bienveillance et la sollicitude des hommes illustres qui président au gouvernement de la Confédération canadienne ainsi que de ceux qui gouvernent la Province de Québec.

Mais par-dessus tout, c'est Notre persuasion que les catholiques du Canada, laissant de côté leurs dissensions et réunissant leurs forces, mettront constamment leurs soins à rendre de plus en plus stable cette belle Université de manière qu'elle ne rencontre de jour en jour que des circonstances plus prospères et plus favorables.

Pour l'heureuse réalisation de ces espérances, Nous statuons, ordonnons et commandons ce qui est écrit ci-dessus, voulant que Nos pré-

sentés Lettres soient et demeurent stables, valides et efficaces, et qu'elles sortissent et produisent leurs effets pleins et entiers, qu'elles soient un appui souverain en tout et pour tout à ceux qu'elles concernent : et ainsi qu'il a été dit devra-t-il être jugé et défini par les juges quelconques, ordinaires et délégués, même par les auditeurs des causes du Palais Apostolique, de tel sorte que, s'il arrive à quelqu'un, de quelque autorité qu'il jouissent, d'attenter sciemment ou par ignorance à ce qui est statué ci-dessus, son jugement soit nul et de nulle valeur. Nonobstant, autant que de besoin, Notre Règle et celle de la Chancellerie Apostolique de JURE QUÆSITO NON TOLLENDO, nonobstant les Constitutions et Ordonnances Apostoliques et autres quelconques à ce contraires, quand même il faudrait en faire mention spéciale et individuelle.

Donné à Rome auprès de St-Pierre sous l'anneau du pêcheur le 2 février de l'année 1880, de notre Pontificat la onzième.

LÉON XIII, PAPE.

BIBLIOGRAPHIE

- DU TRAITEMENT DES FIBRÔMES UTÉRINS, par la méthode d'Agostoli, *l'électrolyse utérine* avec une lettre-préface du Dr Agostoli par le Dr Delétang, (de Nantes) chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes, Paris. O. Doni, éditeur, 8 Place de l'Odéon 1889.
- PAPILLÔME ET TUBERCULOSE DU LARYNCE, par le Dr. A. GONGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière, lu au congrès international d'otologie et de laryngologie de 1889, de Paris, à la séance du 19 septembre.
- PROLAPSUS DU VENTRICULE DE MORGAGNIM ET TUBERCULOSE DU LARYNX, par le Dr. A. GONGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière, lu au même congrès,
- TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS DE L'ISTHME DU GOSIER VOILS DU PALAIS, AMYGDALES ET PHARYNX ; ANGINES CRYTHERMATUEUSES. TONSILLAIRES ET PHARYNGIQUES PAR L'ADMINISTRATION DU SOLOL, par le Dr. A. GONGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière.
- LEÇONS DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE, par Pierre BUDIN, professeur agrégé, accoucheur de la Charité, membre de l'Académie de Médecine (Paris, O. Doin 1889).

Les leçons que publient aujourd'hui M. le docteur Budin, ont été faites alors qu'il était chargé de diriger la clinique d'accouchement pendant l'année scolaire 1887-1888. Nous les avons entendues pour la plupart, et nous venons de les lire avec grand intérêt. Elles traitent presque toutes de sujets bien connus mais que le maître a su renouveler ; ainsi par exemple quatre leçons ont été consacrées au toucher vaginal : c'est là, dira-t-on, un sujet exposé à fond dans tous les traités d'accouchements ; que peut-on dire de nouveau sur une pareille question ?

Eh bien ! lisez-les, et vous serez tout étonnés d'y trouver une foule de choses dont vous ne vous doutiez pas. Ce qui caractérise, en effet, les leçons du Dr Budin, c'est qu'il y a toujours quelque chose à apprendre et à retenir, si classique que soit le sujet. Elles ne sont point toutes, du reste, consacrées à de tels sujets et l'auteur a traité un certain nombre de questions encore controversées avec une hauteur de vues, une clarté et une érudition que nous ne sommes point habitués à rencontrer en semblable matière.

C'est ainsi qu'on trouvera exposé, dans la sixième leçon, l'état actuel de la science sur l'emploi du chloroforme en obstétrique. Il est peu de questions aussi controversées que celle-là, au moins en ce qui concerne la manière dite, à la reine, de donner le chloroforme.

On sait qu'on cherche par cette méthode à obtenir simplement l'analgésie. Certains auteurs prétendent que cela est impossible et qu'il n'y a qu'une seule méthode, le chloroforme chirurgical. M. Budin montre par une série de faits très intéressants que ces auteurs se trompent, que l'analgésie obstétricale peut être obtenue par le chloroforme chez un grand nombre de femmes et qu'elle suffit le plus habituellement. Nous partageons absolument son avis et nous avons vu dans plusieurs cas les contractions utérines restant normales, la douleur disparaître, l'intelligence persistant intacte.

L'auteur consacre deux leçons à l'extraction de la tête dernière. Jusque dans ces derniers temps, nous vivions ayant toujours présente à l'esprit l'opinion de Mme Lachapelle, qu'il n'y avait que les maladroits qui se servaient d'instruments pour extraire la tête dernière et il nous arrivait parfois de perdre des enfants pour avoir laissé trop longtemps séjourner la tête sur le plancher périnéal. M. Budin réagit énergiquement contre cette manière de faire et il montre par des exemples frappants que dans certains cas, comme lorsqu'il y a résistance considérable de l'orifice utérin revenu sur lui-même, inertie prolongée de la matrice, ou encore, rigidité du plancher périnéal, on ne doit pas hésiter à appliquer le forceps.

Nous citerons encore une très intéressante leçon sur la délivrance artificielle, un exposé complet des différents procédés d'embryotomie, avec leurs indications ; des conseils excellents sur les soins à donner aux nouveau-nés en état de faiblesse congénitable. Deux autres leçons sont consacrées à l'importance des pesées chez les nouveau-nés et aux difficultés de l'allaitement, où M. Budin donne la description d'une très ingénieuse téterelle de son invention, et qui est appelée à rendre de grands services.

Nous ne pouvons malheureusement pas tout citer, tout résumer ici, notre place est limitée. Ce que nous avons dit de ce nouveau volume de l'excellent accoucheur de la Charité, du jeune maître dont tous ceux qui ont suivi la clinique d'accouchement ont pu apprécier les hautes qualités professorales et l'érudition profonde, suffira, nous en sommes convaincu, pour donner à nos lecteurs le désir de le lire ; ils sont assurés d'en retirer grand profit.—(*Journal de Médecine de Paris.*)

DR AD. OLIVIER.

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL, Paris, 14 rue des Carnes.
Laparo-hystéropexie, contre le prolapsus utérin. (Nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus), par PAUL DUMORET, volume in-8 de 168 pages, avec 8 figures dans le texte. Prix : \$3.50.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN, 108, Boulevard St. Germain, Paris. Vient de paraître : *Des Polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier*, étude clinique et anatomie pathologique par Mme Déjerine-Klumphe, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8, 6 fr.

L'ouvrage est divisé en trois parties ; dans la première, l'auteur fait un rapide exposé des causes étiologiques des polynévrites, il étudie le diagnostic et les modalités cliniques qui peuvent affecter les névrites périphériques, ainsi que leurs formes localisées.

La deuxième partie comprend les paralysies et les atrophies saturnines, l'étude clinique des formes localisées et généralisées de la paralysie saturnine, séméiologie, et valeur diagnostique des localisations musculaires saturnines.

La troisième partie est consacrée à l'étude anatomo-pathologique des polynévrites, à leur pathogénie, à leur pronostic et à leur traitement.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS faites dans l'espace de deux années à l'Hôpital Saint-Louis, mai 1887 à mai 1889, par M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

Le 31 juillet j'ai fait connaître à la Société de chirurgie, une statistique méritant l'attention à plusieurs points de vue. Elle offre des

proportions de succès qu'aucun chirurgien n'a dépassé. En mettant à part les laparotomies pour tumeurs abdominales, nous trouvons aux hommes un total de 321 opérations *sans un décès* et aux femmes 142 opérations *avec 2 décès*. Ces deux décès ne sont pas, du reste, imputables aux opérations ; l'un est survenu chez une femme entrée in extremis pour une hernie étranglée. L'autre chez une femme opérée de cancer du sein, complètement guérie, qui fut emportée par un érysipèle de la face. Elle était farcie de tubercules pulmonaires bien difficiles à reconnaître, sans doute, car la malade avait été examinée par un de nos collègues, médecin, avant l'opération. Cela fait donc une mortalité *nulle* aux hommes, et en réunissant tout une mortalité *brute* de 0.43 pour 100 pour 463 opérations.

Je ferai remarquer que ces chiffres représentent 2 années d'exercice ; et que tandis que dans la plupart des statistiques, les petites opérations (fistules à l'anus, ongles incarnés, phimosis) dominent et noient les résultats généraux, ici les grandes opérations ont la très grande part. Du reste, pour mettre ce fait en relief, j'ai groupé à la fin les plus grosses opérations qui, séparées, ne donnent aucune mortalité.

Toutes mes opérations ont été faites dans des baraques occupées par des varioleux pendant plus de sept années, *et auxquelles il n'y avait qu'à mettre le feu*, suivant l'expression de bon nombre de nos collègues hygiénistes très autorisés.

Mon matériel est des plus modestes.

J'ai donné encore une fois la démonstration de cette vérité que : *la splendeur du milieu et le luxe du matériel antiseptique signifient peu de chose, tandis que l'expérience et la foi du chirurgien dans la méthode antiseptique sont tout.*

C'est là un fait capital, car nous sommes voués plus que jamais à un gaspillage de construction et d'approvisionnements hospitaliers qui dilapident des ressources dont l'emploi plus sage pourrait nous être très précieux.

Toutes mes opérations, les laparotomies comme les autres, sont faites dans la même salle, chauffée par un poêle et n'ayant ni appareil de stérilisation, ni appareil d'irrigation, ni tablettes de verre. La table d'opération est en bois avec un matelas de crin. Le public entre dans la salle jusqu'à ce qu'elle soit pleine, quelle que soit l'opération à faire.

Malgré ces apparences défavorables, on peut constater, non seulement l'absence de mortalité, mais, ce qui est infiniment plus concluant, l'absence de toute suppuration. Il est facile de le constater ; mais on peut songer aussi que dans un service de 68 lits, il eût été matériellement impossible de faire autant de grandes opérations si elles avaient suppuré.

RÉCAPITULATIONS DES GRANDES OPÉRATIONS.

Le tableau suivant dont j'ai éliminé toutes les petites opérations et d'où j'ai éloigné certaines opérations où la marche de la maladie donne quelques chances de mort inévitables peut donner une bonne idée de la mortalité opératoire. Il ne s'agit que d'opérations qui passent pour être exposées aux complications des plaies; opérations communes aux hommes et aux femmes.

Grandes amputations, 8 :

Cuisse 2, jambe 4, avant-bras 2.

Arthrectomies, genou, tibio-tarsiennes, 3.

Arthrotomies, genou, 10 (pour corps étrangers 4, pour hydarthroses 6).

Extirpation astragale pour pied-bot, 4.

Ostéotomie, 8 (fémur 6, tibia 2).

Réséctions des grandes articulations, 33.

Genou 20, coude 5, épaule 2, poignet 4, tibio-tarsienne 2.

Opération pour luxation de rotule, 1.

Sutures de rotule pour fractures, 11.

Trépanation du crâne non traumatique, 20.

Trépanation traumatique, 1.

Thyroïdectomie, 3.

Cures radicales de hernie non étranglée, 115 :

8 crurales, 3 épigastriques, 101 inguinales, 3 ombilicales.

Opération pour anévrisme, 3.

Taille hypogastrique, 2.

Spina bifida, 1.

Excision du scrotum pour varicocèle, 12.

Total, 237.

On peut voir dans ce tableau, sans un cas de mort, 237 grandes-opérations. J'aurais pu forcer ce nombre en introduisant d'autres grandes opérations comprises dans les statistiques, mais je n'ai voulu y mettre que celles dont la mortalité est supputée et affirmée de façon à faire reculer, réserver ou rejeter les opérations. Dans cet espace des deux années, dans mon service, leur mortalité a été absolument nulle, et cela dans un service d'extrême activité, puisque dans cet espace de temps, 595 opérations, grandes opérations pour la grande majorité, ont été faites.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

Obstetrique.

- SCHRODER C.—Manuel d'accouchements ; 1 vol. grand in-8 avec 155 figures. \$3.50
 VERRIER.—Manuel pratique de l'art des accouchements ; 1 vol. in-12 avec figures. \$1.65

Chimie.

- MEHU.—Traité de chimie médicale ; 1 vol. in-12, rel. toile. \$2.00
 ENGEL R.—Nouveaux éléments de chimie médicale, 3^e édition (1888) ; 1 vol. in-12. \$2.25
 MAUMÉNÉ M. E. J.—Traité de chimie élémentaire ; 1 vol in-12 \$1.00
 REGNAULT.—Cours élémentaire de chimie ; 4 vol. in-12. \$5.00
 TROOST.—Traité élémentaire de chimie ; 1 vol. in-12 rel. \$2.00
 TROOST.—Précis de chimie ; 1 vol. in-12 cart. (1888). 90c
 WURTZ A.—Leçons élémentaire de chimie moderne ; 1 vol. in-12. \$2.25

Médecine légale.

- BRIAND ET CHAUDÉ.—Manuel complet de médecine légale ; 2 vol. grand in-8. \$6.00
 HOFMANN.—Nouveaux éléments de médecine légale, avec figures ; 1 vol. in-8. \$3.50
 LACASSAGNE.—Précis de médecine judiciaire ; 1 vol. in-12, rel. toile. \$1 88
 LUTAUD A.—Manuel de médecine légale ; 1 vol. in-12, rel. toile (1886). \$2.13
 TAYLOR A. S.—Traité de médecine légale ; 1 vol. in-8. \$3.75

Médecine opératoire.

- FAREBEUF L. H.—Précis de manuel opératoire, ligatures, amputations, avec 446 figures ; 1 vol. in-12. \$3.75
 FORT J. A.—Cours de médecine opératoire, avec 97 figures dans le texte ; 1 vol. in-12. \$1.50
 GUÉRIN A.—Élément de chirurgie opératoire ou traité pratique des opérations, avec \$315 figures dans le texte ; 1 vol. in-12. \$1.88

Auscultation.

- BARTH ET ROGER.—Traité pratique d'auscultation suivi d'un précis de percussion, 2^e édition ; 1 vol. in-18, rel. toile. \$1.75

CADIEUX & DEROME, Libraires, Montréal.