

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME—M. FOUCHER.

De la cataracte ; (1)

Après avoir diagnostiqué sûrement l'existence de la cataracte, à l'aide de tous les procédés indiqués précédemment, il reste encore à chercher les éléments nécessaires au pronostic et au traitement.

Ces éléments nous sont fournis par la variété de cataracte, l'état des différentes membranes de l'œil et de la perception lumineuse. Ainsi, il faut reconnaître si l'opacité siège dans le cristallin ou sa capsule, si elle occupe le centre ou la périphérie, si elle est complète ou incomplète. Il faut noter l'état des paupières, de la conjonctive, de la sclérotique, de la cornée et de l'iris, il faut se renseigner sur l'état du fond de l'œil quand il y a possibilité ; il faut aussi explorer avec soin l'état des voies lacrymales. Les conjonctivites granuleuse ou catarrhale, les opacités cornéennes étendues, les synéchies de l'iris sont autant de conditions défavorables à l'opération de la cataracte. Un œil trop enfoncé rend l'extraction difficile, un œil strabique donne rarement un bon résultat. Un œil strabique est presque toujours fortement amblyope. Les obstructions des voies lacrymales, de même que les catarrhes de la conjonctive exposent à l'infection des lèvres de la plaie cornéenne dans les cas d'extraction. Les opacités cornéennes ne constituent une contre-indication que dans le cas où elles s'accompagnent de synéchies antérieures. Les adhérences de l'iris à la capsule sont toujours un signe fâcheux, défavorable à l'opération de la cataracte. Un de nos malades peut vous en fournir un exemple : Atteint de l'œil gauche d'une cataracte analogue à celle que nous pouvons observer maintenant dans son œil droit, il a demandé l'opération en dépit du peu de chance de réussite que lui laissaient entrevoir d'anciennes synéchies iriennes. Le résultat a été négatif, comme on devait s'y attendre. Cet échec n'a pas découragé notre patient, il demande un nouvel essai sur l'œil droit. L'examen attentif des différentes membranes de l'œil droit offre les mêmes contre-indications que celles de l'œil gauche, il y a de plus l'expérience du premier œil opéré pour nous guider. Dans un pareil cas, il est donc sage de ne pas intervenir, ou de n'opérer qu'après avoir fait les réserves nécessaires. C'est à cette conclusion que nous amène l'observation suivante :

OBSERVATION III.—*Cataracte sénile, synéchie irienne.*—M. X*, âgé de soixante-quatre ans, vient nous consulter pour une cécité plus ou moins complète des deux yeux, datant de 6 ans. Le malade ne

(1) Suite—Voir la livraison de février.

voit pas assez pour se conduire, il distingue cependant la lumière des fenêtres et une lampe qu'on fait mouvoir à une quinzaine de pieds de lui.

L'œil gauche est dans l'état suivant : Cicatrice à la partie supéro-interne de la cornée, adhérence de l'iris à cet endroit, occlusion pupillaire et effacement de la chambre antérieure. Le malade a déjà subi une opération de cet œil sans succès.

Dans l'œil droit, on ne remarque rien du côté de la cornée ni de la chambre antérieure. L'iris est un peu décoloré, ne réagit presque pas à la lumière; on ne distingue dans le champ pupillaire ni cercle uvéen ni ombre portée par l'iris, mais le cristallin paraît opaque.

A l'éclairage oblique, on reconnaît l'existence d'une opacité grisâtre complète du cristallin. L'atropine n'a pas d'action sur le sphincter irien.

Diagnostic : Cataracte lenticulaire complète, compliquée de synéchies postérieures.

Pronostic : défavorable.

Un point qui doit tout particulièrement fixer notre attention dans l'étude de la cataracte, c'est la consistance et le degré de maturité du cristallin opacifié. Vous savez qu'il y a des cataractes dures et des cataractes molles. Qu'entend-on d'abord par cataracte dure ?

On a donné ce nom à la sclérose du tissu cristallinien. Cette induration consiste dans une condensation extrême du contenu des fibres cristalliniennes. La lésion commence au centre du cristallin immédiatement autour du noyau pour gagner la périphérie. Le cristallin est diminué de volume, et présente une coloration jaune très foncée. La cataracte dure ne s'observe guère qu'à l'âge de quarante ans et au-delà. Au début, à l'ophtalmoscope, on aperçoit une tache centrale qui se nuance en gris, en jaune verdâtre ou en brun à mesure qu'elle progresse. L'iris occupe sa position normale, surtout il ne proémine pas en avant comme dans la cataracte molle, le cercle uvéen n'apparaît pas, on voit par contre un demi cercle noir en regardant la pupille de côté; ce cercle est l'ombre portée par l'iris sur le cristallin.

Si vous examinez la nommée H*, vous verrez ce dernier phénomène des mieux marqués. Voici son observation :

OBSERVATION IV.—*Cataracte dure*.—Sophie H*, âgée de 70 ans, se présente à la clinique de l'Hôpital Notre-Dame le 14 novembre 1882. Elle marche la tête baissée en portant la main au front. Dans les deux yeux, la cornée est intacte, la chambre antérieure normale, ainsi que l'iris. La pupille se contracte sous l'action d'une lumière vive et se dilate à l'obscurité. Le champ pupillaire présente une apparence jaunâtre très foncée, surtout à gauche. En regardant obliquement un des bords de la pupille, on voit apparaître un demi cercle noir sous forme de croissant. Rien à noter du côté de la conjonctive et des voies lacrymales. La malade raconte n'avoir jamais eu mal aux yeux; elle a perdu subitement l'usage de l'œil il y a trois ans (?) L'œil droit s'affaiblit graduellement depuis près de deux ans. Elle peut encore se conduire assez facilement avec cet œil. Dans l'œil gauche, la perception lumineuse seule persiste.

Instillation d'atropine, O. D. S.—La malade voit mieux. Examen à

l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope. A gauche, le cristallin est opacifié dans toute son étendue. On n'y remarque aucune strie; l'opacité est uniforme et d'une couleur rouge brunâtre. La lumière ne pénètre pas visiblement dans le fond de l'œil. A droite, l'opacité est centrale; la lumière pénètre dans le fond de l'œil par la périphérie du cristallin. Les membranes profondes de l'œil paraissent normales.

Diagnostic: Cataracte dure, complète dans l'œil gauche, incomplète dans l'œil droit.

Pronostic: favorable.

Cette observation nous démontre que le centre du cristallin est plus ou moins opaque dans les deux yeux. On s'explique alors pourquoi la malade voit mieux lorsqu'elle porte la main au front. C'est pour la même raison que l'atropine et le demi jour augmentent le champ de sa vue; dans les trois cas la pupille se dilate et permet à la lumière de pénétrer dans l'œil par la périphérie du cristallin restée plus ou moins transparente.

La cataracte dure est de toutes les cataractes lenticulaires celle qui marche le plus lentement. C'est donc avec la plus grande réserve qu'il faut ajouter foi à l'aveu des malades atteints de cataracte dure lorsqu'ils nous disent avoir perdu la vue de cette manière, subitement. Il y a des borgnes qui ne s'aperçoivent de leur infirmité qu'au bout de quelques années, il y a des personnes qui n'ont jamais entendu bien que d'une oreille et qui découvrent tout à coup leur état à leur grand étonnement après plusieurs années.

Qu'entend-on par cataracte molle? On a donné ce nom au ramollissement cristallinien qui consiste dans la dissolution et la régression graisseuse du contenu et des parois de la fibre cristallinienne.

Cette altération débute dans les couches moyennes, les couches corticales du cristallin et marche de la périphérie au centre. Ce ramollissement peut être complet ou incomplet. Le ramollissement des fibres cristalliniennes peut même aller jusqu'à la liquéfaction; on a donné à cette variété le nom de cataracte liquide.

Le ramollissement du cristallin a pour effet de le rendre plus volumineux. Il en résulte un refoulement de l'iris en avant et une diminution de la chambre antérieure. L'iris ainsi poussé en avant laisse apercevoir un cercle noir tout autour de la pupille, cercle d'autant plus prononcé que la cataracte est plus blanche et l'iris plus proéminent en avant. La coloration de la cataracte molle varie beaucoup; le plus souvent elle est d'un gris pâle ou d'un blanc bleuâtre ou laiteux. La cataracte ne se classe pas toujours nettement dans la variété des cataractes dures ou molles, très-souvent elle offre un caractère intermédiaire à ces deux états, et se révèle par un ensemble de symptômes communs aux deux. En voici un exemple:

OBSERVATION V.—*Cataracte demi molle.*—M. H*, cocher, âgé de soixante-dix ans, a été opéré à l'Hôpital Notre-Dame pour cataracte demi molle de l'œil gauche. Procédé opératoire: Extraction combinée à l'iridectomie. La guérison a marché rapidement. Le 14 novembre, il se présente à la clinique prêt à porter des lunettes. Le no. + 9 D lui permet de lire à la distance de 5 mètres le no. 15 des échelles Wecker-Snellen.

— L'œil droit ne donne au malade qu'une perception lumineuse.

¶ La cornée et l'iris de cet œil sont normaux. La pupille est très rétrécie. On distingue nettement le cercle uvéen. Le champ pupillaire est occupé par une opacité dont on ne se rend bien compte que par un examen attentif.

A l'éclairage oblique, on remarque des stries sur la face antérieure du cristallin.

Dilatation de la pupille à l'aide de l'atropine. Le malade voit mieux. L'examen direct avec l'ophtalmoscope permet d'éclairer un peu le fond de l'œil. Le cristallin offre une coloration grisâtre.

La maladie a débuté dans cet œil il y a 4 à 5 mois et a marché d'une manière assez rapide. Aucune trace de maladie antérieure de cet œil. La perception lumineuse est bonne.

Diagnostic : Cataracte lenticulaire demi molle incomplète.

Pronostic : favorable.

¶ Examinons maintenant un autre malade atteint d'une véritable cataracte molle :

OBSERVATION VI.—*Cataracte molle*.—M. P. S., âgé de vingt-huit ans, se présente au dispensaire de l'Hôpital Notre Dame le 14 novembre. L'œil droit est normal. L'œil gauche est atteint d'une opacité très visible du cristallin. La cornée est intacte ainsi que l'iris. La chambre antérieure est diminuée de capacité, l'iris proémine en avant; par son bord pupillaire on remarque le cercle uvéen très large, tranchant nettement sur le fond blanc sale de la face antérieure du cristallin. En faisant exécuter des mouvements au globe oculaire, on remarque un tremblement de l'iris. L'éclairage oblique et l'ophtalmoscope nous révèlent une opacité blanc-jaunâtre généralisée dans toute l'étendue du cristallin. On ne remarque pas de stries. Quoique l'atropine améliore la perception lumineuse du sujet, l'ophtalmoscope ne peut éclairer visiblement le fond de l'œil.

L'affection a débuté il y a 4 ans. Depuis 8 mois, le malade ne voit plus de cet œil si ce n'est la lumière d'une lampe placée à 15 pieds. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Diagnostic : Cataracte lenticulaire molle.

Pronostic : favorable.

Un point essentiel à établir dans l'examen de la cataracte, c'est, je le répète, celui de sa consistance. Règle générale, plus la couleur de la cataracte s'éloigne du blanc pour passer au jaune, plus la cataracte est dure. On comprend donc les différences de coloration que l'on peut rencontrer dans la même cataracte, si le noyau est induré au centre et que les couches corticales soient ramollies.

La coloration grisâtre, blanc-bleuâtre, laiteuse, se rencontre lorsque le noyau est normal et englobé sous les masses corticales ramollies. Pour se renseigner sur la consistance du noyau on se sert surtout de l'éclairage oblique. On projette le foyer d'un faisceau lumineux sur la face postérieure du cristallin, et l'on se place du côté opposé pour percevoir les rayons réfléchis. Plus le noyau paraît jaune, plus cette couleur jaune est foncée ou brun rougeâtre, plus le noyau est dur.

Le pronostic de la cataracte est lié à la perception lumineuse. Une personne atteinte de cataracte et en même temps d'une affection des membranes internes de l'œil se trouve dans des conditions défavorables. En effet, à quoi servirait de livrer passage aux rayons lumineux dans l'œil si la rétine est devenue insensible, ou le nerf optique impropre à transmettre au cerveau les impressions de la rétine? Il faut donc s'assurer de l'état du fond de l'œil, mais comme l'ophthalmoscope ne peut pas dépasser les bornes d'un cristallin opaque, il faut s'en rapporter à l'examen de la perception lumineuse. Il ne s'agit pas ici de mettre le malade en face des échelles Wecker-Snellen, ou en d'autres termes, de chiffrer l'acuité visuelle; pour peu qu'une cataracte soit avancée, cet examen n'est plus possible parce que l'acuité visuelle n'existe plus. On entend par perception lumineuse la faculté que possède une personne de pouvoir distinguer une lumière d'une intensité quelconque à une distance déterminée. La perception lumineuse est bonne chez un malade atteint de cataracte complète, si ce dernier peut distinguer la lumière d'une lampe ordinaire à la distance de 10 à 15 pieds, et indiquer quand elle change de place et dans quelle direction.

Le degré d'évolution de la cataracte est important à connaître au point de vue du traitement. En effet on ne doit opérer, autant que possible, que sur des yeux atteints d'une cataracte complète. Cette règle est surtout applicable à la cataracte sénile.

Je termine cette leçon en vous présentant un tableau qui résume le caractères les plus saillants de la cataracte lenticulaire.

CATARACTES LENTICULAIRES.	Cataractes complètes.	Dure.	Reflet jaune ambré, brun foncé au centre de la pupille. Stries noires très fines, s'irradiant du centre à la périphérie du cristallin. A l'ophthalmoscope, opacité centrale. Le patient cherche le demi-jour, l'obscurité.
		Molle.	
	Cataractes incomplètes.	Dure.	Coloration grisâtre, jaune verdâtre, brun plus foncé au centre qu'à la périphérie. Le cristallin est diminué de volume. L'iris est mobile, le cercle uvéen n'est pas visible. La surface de la cataracte est peu striée, elle est plate, régulière. Le fond de l'œil est totalement voilé.
		Molle et liquide.	

Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, par le procédé à lambeau postérieur unique ; (1)

par D. MARSIL, M.D., St. Eustache.

Il y a déjà plusieurs années—c'était en 1878, je pense—je rapportais laconiquement, dans l'UNION MÉDICALE, un cas de désarticulation coxo-fémorale à lambeau postérieur unique que j'avais pratiquée, plusieurs années auparavant, sur un enfant de six ans et demi. Les désastres du traumatisme qui avaient nécessité cette terrible opération étaient tels qu'ils m'avaient imposé impérieusement ce mode opératoire. Toute la face antérieure de la cuisse avait été arrachée de dehors en dedans sans être séparée de la face interne. Le fémur était complètement dénudé depuis le pli de l'aîne jusqu'à deux pouces au-dessus de l'articulation du genou. A cette extrémité inférieure de la blessure, cet os était fracturé complètement. Ce lambeau improvisé et mutilé avait été renversé entre les cuisses. L'artère et la veine fémorales avaient heureusement échappé à l'accident.

Il n'y avait plus que la partie postérieure du membre qui pût me fournir l'étoffe nécessaire pour réparer cette affreuse lésion qui ne me laissait pas le choix du procédé, mais m'imposait celui que j'ai suivi. Je fis la désarticulation à lambeau postérieur unique. Je décris dans le temps ce procédé ; j'y reviendrai dans le cours de ce mémoire.

Laissez-moi vous avouer candidement qu'à cette époque—c'était presque au début de ma carrière professionnelle—j'ignorais que ce procédé eût jamais été mis en pratique.

En 1739, MM. Puthod et Wohler, inspirés par Morand, ont décrit un procédé à lambeau postérieur unique qui a été appliqué à la désarticulation de la hanche par M. Bryce en 1827. (Farabeuf.) En jetant un coup d'œil sur le petit atlas historique de M. Farabeuf, vous vous apercevrez facilement que ce procédé ressemble à celui que je vais décrire plus loin. L'incision antérieure de l'opération de MM. Puthod et Wohler commence à la partie interne de la cuisse, plus bas que le scrotum, puis décrit une légère courbure à convexité supérieure à la face antérieure du membre pour aboutir en bas et antérieurement au grand trochanter, puis enfin, descend obliquement sur le côté externe de la cuisse pour concourir à la ligne de contour du lambeau postérieur. Ce procédé donne lieu aux ennuis, crée les difficultés et se heurte à tous les obstacles du procédé circulaire, parce que son incision antérieure est trop basse et ne se continue pas assez loin en arrière. Il ne peut être recommandé même comme mode opératoire de quelque utilité. Aussi M. Farabeuf en parle-t-il avec un laconisme qui fait sentir le peu d'importance qu'il lui reconnaît. C'est, sans doute, pour vouloir ne pas être incomplet, qu'il en fait mention dans son manuel opératoire. Cependant, le procédé à lambeau postérieur unique tel que j'entends qu'il soit exécuté, mérite certainement la considération des opérateurs. Je n'hésite pas à dire qu'il est supérieur, à tout point

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, à sa séance du 16 mars, 1883.

de vue, aux procédés qui jouissent du prestige que leur confère la sanction des autorités chirurgicales. Que ma prétention, je vous prie, ne vous paraisse pas trop hardie ni trop téméraire; j'accepte volontiers la tâche de résoudre ce problème et de justifier ma prétention. Cette tâche m'impose aussi le devoir de défendre ce procédé contre ceux qui l'ont condamné dans l'enseignement.

C'est en le comparant aux procédés classiques, que j'ose espérer que j'établirai sa valeur intrinsèque et que je démontrerai sa supériorité réelle.

Le plus ancien et le plus généralement suivi encore, c'est le procédé de Manec. MM. Baudens et J. Roux l'ont justement assez modifié pour y attacher leur nom. Ni l'un ni l'autre n'ont réalisé là un progrès sensible; ils n'ont, comme tant d'autres, qu'embarrassé et surchargé la science de détails inutiles pour quiconque sait appliquer une méthode opératoire.

Procédé de Manec.—C'est la désarticulation à lambeau antérieur unique, avec réunion des deux extrémités de la base de ce lambeau par une incision dans le pli de la fesse, divisant toute la région postérieure de la cuisse dans le voisinage immédiat de l'ischion.

Objections contre ce procédé.—Sans ligature préalable des vaisseaux fémoraux, on court le danger d'avoir une hémorrhagie qui peut tuer l'opéré en quelques minutes. En liant l'artère fémorale dans le lambeau, vous n'arrêtez pas l'écoulement du sang qui se fait par les branches importantes de ce vaisseau. Il faut donc appliquer un grand nombre de ligatures dans ce lambeau, sans oublier qu'il n'en faudra pas moins dans la section postérieure. On ne peut se refuser de croire que c'est assez de fil dans une plaie. Si, pour parer à ces accidents, vous faites la ligature préalable, comment alors votre lambeau sera-t-il nourri? Sera-ce, par hasard, par la branche antérieure de l'obturatrice? Cette maigre nutrition ne saurait pourvoir efficacement à son soutien; aussi courrait-il grand risque d'être dévoré par la gangrène.

Par l'incision postérieure, vous coupez, dans le voisinage immédiat de l'ischion, le tronc et plusieurs branches importantes de la sciatique, des divisions encore considérables de la circonflexe interne et de l'obturatrice. De ce côté, vous voilà encore aux prises avec une dizaine de branches artérielles de fort calibre qui donnent abondamment. Il faut encore ici du fil, et un temps de ligature long et pénible. Le malade n'est pas toujours capable de vous attendre et il n'a pas toujours la force de faire les frais d'une perte de sang aussi considérable. Cette perte est en raison directe du nombre et du diamètre des vaisseaux ouverts et de la durée du travail qu'il faut consacrer à leur oblitération parfaite. Il est bon de ne pas oublier qu'en transfixant le lambeau, le bistouri devra presque fatalement rencontrer, entre le grand trochanter et l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque, la branche antéro-inférieure de la fessière qui vient nourrir le petit fessier. Encore une artère qui n'est pas à dédaigner.

Envisagé de tout côté, ce mode opératoire est on ne peut plus périlleux. Il a, je le reconnais, à son crédit l'avantage de la facilité d'exécution. C'est à ce seul titre qu'il doit la préférence dont il a joui et que lui accordent, encore de nos jours, certains opérateurs. Qu'on se figure bien le sang jaillissant de toute part avec force et impétuosité,

et on ne s'étonnera peut-être pas qu'un chirurgien consommé comme Syme, qui avait une vieille habitude du sang, ait failli perdre la tête en pratiquant cette sérieuse opération.

En se rappelant fidèlement les dispositions anatomiques de ce champ opératoire, on n'est nullement surpris que M. Sédillot ne se soit cru en sûreté et en paix qu'avec le secours de pas moins de vingt bonnes ligatures. N'est-il pas vrai qu'une richesse aussi considérable de fil dans une plaie devient une nuisance bien redoutable dont il importe beaucoup de se débarrasser ?

Ces objections contre le procédé de Manec me paraissent plus que sérieuses ; elles sont péremptoires. De plus, si l'opéré a le bonheur de survivre aux coups de l'opération, il est malheureusement condamné à une vie d'ennui et de souffrances qu'aucun moyen ne peut soulager, parce qu'il lui faudra marcher et s'asseoir sur la cicatrice qui sera solidement fixée sur l'ischion par son tissu inodulaire. Pour assurer ce désastreux résultat, M. Baudens se donne le mal de creuser une cavité dans le voisinage de cet os pour y loger l'apex du lambeau ; et on appelle cela améliorer un procédé ! Je déclare naïvement que je ne puis saisir le sens d'un tel perfectionnement. Le fait de jeter aussi inconsidérément la cicatrice sur la face inférieure de l'ischion est certainement une des raisons majeures qui justifient la condamnation de ce procédé.

Nous verrons qu'avec le lambeau postérieur unique, nous évitons tous ces dangers et que nous surmontons facilement toutes ces difficultés.

Afin de ne pas m'attirer le reproche que Bichat faisait, avec tant d'à-propos, aux écrivains de son temps, "je ne vous ferai pas écouter, " et plus tard lire péniblement dix pages de ce qui ne se fait plus pour "arriver à dix lignes de ce qu'on doit faire." J'aime certainement l'érudition quand elle est utile et intéressante, mais aussi je la déteste quand elle embarrasse inutilement la science.

La désarticulation coxo-fémorale, comme l'omoplat-humérale, a donné lieu à un nombre considérable de procédés opératoires qui, presque tous, peuvent trouver leur application suivant les traumatismes, les états pathologiques et les néoplasies. L'opérateur n'a pas toujours le choix du procédé ; il est souvent, bien souvent, obligé de subir la tyrannie des circonstances. Il est de nécessité qu'il soit familier avec tous ces modes opératoires pour faire face avantageusement à toutes les exigences.

Comme il ne m'appartient pas et que je n'ai pas l'intention de vous donner un cours de chirurgie opératoire dont, je le sais, vous n'avez pas besoin, je m'abstiendrai de passer en revue tous ces procédés qui peuvent avoir leur utilité, mais qui ne peuvent être considérés comme procédés de choix.

Il en est un toutefois qui mérite tout autant notre attention, si non plus, que le procédé de Manec : je veux dire la raquette antérieure. C'est le mode opératoire de A. Cooper, Boser et Verneuil, avec ligature préalable. Le mérite d'avoir perfectionné ce procédé revient incontestablement à M. Farabeuf. Il n'est cependant pas irréprochable et exempt d'objections sérieuses. C'est plutôt un travail minutieux de dissection qu'un acte de chirurgie.

Quand on opère, il ne faut jamais oublier que l'on travaille dans de

la chair vivante. Il ne convient pas de manœuvrer avec le couteau sur le vivant avec aussi peu de souci que sur le cadavre, à moins d'y être contraint par le procédé et la sûreté de l'opération.

L'anesthésie, m'observera-t-on, permet de se hâter lentement, je l'admets, mais pas indéfiniment. Le chloroforme, en immobilisant le malade et en lui faisant oublier ses souffrances, ne confère pas à l'opérateur le droit de s'accorder des loisirs qui peuvent coûter la vie à l'opéré. Sur ce point, je désire être bien compris. Je n'entends pas dire qu'il faille sacrifier la sûreté à la vitesse—le *tuto* au *citò*, mais il ne faut pas, non plus, oublier le *jucunde*.

J'objecte encore contre la raquette antérieure, même améliorée, vu qu'elle exige de l'opérateur des connaissances anatomiques très pratiques et des habitudes de dissection que n'ont certainement pas ceux qui ont laissé les bancs de l'école depuis de nombreuses années, et qui peuvent cependant être appelés à pratiquer d'urgence cette périlleuse opération. Une autre objection qui n'est pas la moindre, c'est que la cicatrisation se fera inévitablement dans le voisinage trop médiat de l'ischion. Si l'opéré ne marche pas sur cette cicatrice, il ne pourra se servir d'appareils prothétiques sans la contusionner. Le cas de M. Verneuil doit être regardé comme privilégié. Toutefois je reconnais que ce procédé est beau et scientifique, mais il est trop long dans son exécution. Il a, de plus, les inconvénients du lambeau antérieur, et peut, comme dans le cas de M. Sédillot, obliger le chirurgien à faire une vingtaine de ligatures. Le sommet de la raquette confinant presque au pli de la fesse, l'artère sciatique est inévitablement divisée ; là encore il faudra de nombreuses ligatures. Comme dans l'opération de Manec, je le répète, c'est trop de fil.

Vous savez, me dira-t-on, qu'autrefois l'idéal était d'opérer rapidement, mais dans nos jours de progrès, le précepte est de procéder lentement, très lentement même. Je réponds que tel n'est pas l'enseignement dans l'état actuel de la science, puisque M. Farabeuf nous dit (*Manuel opératoire*, page 660) : “ Dans tous les procédés, la *lenteur* est un défaut si elle n'est pas exigée par la sécurité. Faire bien, dit-il encore, (page 141) avant tout faire bien, *vite si l'on peut*, mais faire bien, telle est la règle du jour.”

Cette règle, l'opérateur ne doit jamais la méconnaître. Le chirurgien doit être sensible sans être timide, ferme sans être cruel, hardi sans être téméraire, actif sans être aveuglement précipité ; s'il ne réunit ces précieuses qualités, il n'est qu'un vulgaire charcutier indigne de manier le bistouri.

J'ai accepté la tâche de démontrer que le procédé à lambeau postérieur unique pour la désarticulation coxo-fémorale, tel que je le conçois et tel que je l'ai pratiqué, est préférable à tous les procédés connus ; j'ose espérer que je n'ai point fait une entreprise dont la réalisation est hors des limites du possible.

(A continuer.)

Gelsemium et tétanos.—Le Dr. Marion Sims rapporte (*British Medical Journal*) un cas de tétanos traumatique chez une femme de vingt ans, guéri par l'usage de l'extrait fluide de gelsemium à dose de 20 minimes d'abord, puis de 40 minimes toutes les deux heures.—(*Physician and Surgeon.*)

Lettres aux deux Wilfrid.

TROISIÈME LETTRE.

Mes chers Amis,

Vous avez reconnu l'existence d'une pleurésie avec épanchement, quelle conduite devez-vous tenir? Quel traitement devez-vous instituer?

Consultez, sur ce sujet, vos ouvrages de pathologie; que vous diront vos auteurs?

L'un, ne voyant d'autres moyens de salut que dans les émissions sanguines, prônera, dans presque tous les cas sans distinction, l'usage de la lancette, citant à l'appui de son opinion, mille exemples de succès éclatants obtenus par ce mode de traitement.

L'autre démontrera clairement que la saignée, dans la pleurésie, n'a jamais commis que des méfaits et qu'il faut impitoyablement bannir de la pratique cette méthode thérapeutique surannée, inutile, dangereuse.

Un troisième ne croira qu'à l'efficacité du vésicatoire appliqué dès le début de l'affection; pratique absurde, suivant un autre, et qui, à cette époque de la maladie, ne saurait produire que du mal en augmentant la fièvre sans bénéfice pour le malade.

Ceux-ci accorderont toute leur confiance aux altérants: le calomel, etc. Ceux-là choisiront les sudorifiques, les diurétiques, v.g. le jaborandi, l'iodure de potassium. La thoracentèse enfin sera préconisée par quelques-uns à toutes les périodes de la maladie et ostracisée, sans merci, par d'autres dans n'importe quel cas.

Consultez la tradition, vous vous heurterez à des divergences d'opinion analogues et vous verrez chaque doctrine fournir sa méthode de traitement, appuyée sur des observations supposées concluantes pour en attester l'efficacité. Des flots de sang ont été versés par ceux qui, avec Broussais, reconnaissaient pour cause de presque toutes les maladies un excès de vitalité dans l'organisme.

Plus tard, l'ancienne théorie de l'asthénie, reprenant de la valeur, vint imprimer à ces idées un cours diamétralement opposé; les émissions sanguines furent rejetées comme un contre-bon-sens et peu s'en est fallu qu'on n'allât jusqu'à recommander la transfusion du sang dans le traitement des affections aiguës si longtemps combattues par des soustractions répétées de cette même chair coulante.

Entre ces deux camps opposés s'en est élevé un autre: celui des "temporiseurs." Passifs spectateurs de l'évolution naturelle de la maladie, les partisans de la méthode expectante attendent l'arme au poing que la "*vis medicatrix naturæ*" donne des signes de défaillance et leur crie "au secours."

En vérité, ce dernier groupe, grossi de la masse des homéopathes à la thérapeutique illusoire, est loin d'être composé de ceux qui comptent le moins grand nombre de succès.

Quel parti prendre au milieu de ce dédale d'opinions si contradictoires?

Mes chers amis, vouloir tracer d'avance une ligne de conduite uniforme pour le traitement de tous les cas de pleurésie avec épanchement,

est, pour le moins, inadmissible. Car, rappelez-vous-le bien, ce ne sont pas des pleurésies que vous aurez à traiter, mais bien des pleurétiques.

Vous ne devez pas voir dans l'inflammation de la plèvre une entité morbide greffée sur l'organisme et susceptible d'en être éliminée de toute pièce par un agent thérapeutique unique et spécial dont cette maladie serait toujours justiciable. Jusqu'au jour où l'empirisme ou les découvertes réalisées par la méthode expérimentale nous auront fait connaître un traitement spécifique de la pleurésie, comme l'est celui de la malaria, de la syphilis, du rhumatisme, etc., nous devons forcément considérer cette affection comme le résultat, dans certaines fonctions de l'économie, d'un désordre auquel il vous faudra opposer un traitement complexe fondé sur les connaissances qui nous sont fournies à la fois par la physiologie, l'anatomie pathologique, la thérapeutique et la matière médicale.

Le pleurétique qui se présente à vous souffre d'une phlegmasie dont l'enveloppe du poumon est le siège et est, en outre, ou devra devenir porteur d'un épanchement accumulé dans la cavité pleurale. De là, deux indications importantes : enrayer ou modérer l'inflammation de la membrane séreuse ; faciliter la résorption de l'épanchement ou en provoquer l'issue par les moyens que la médecine et la chirurgie mettent à votre disposition.

Comment devrez-vous satisfaire à la première de ces indications ? De quelle manière vous efforcerez-vous de combattre l'inflammation développée dans la plèvre ? Aurez-vous recours à la saignée, aux ventouses, aux vésicatoires, etc ?

Je vous le répète, vous ne sauriez accepter une méthode thérapeutique applicable à tous les cas, quand vous aurez affaire à un pleurétique. Ce qu'il vous faut faire, avant tout, c'est de bien examiner votre malade, en prenant surtout en considération son état général, sans négliger toutefois l'étude attentive des manifestations locales. Voyez comment il supporte la maladie qui le frappe. Informez-vous s'il n'est pas entaché d'une diathèse quelconque, ce qui, bien souvent, ne l'oubliez pas, a pour conséquence d'imprimer à la pleurésie un caractère malsain. En effet, les phénomènes physiologiques qui se passent au sein de nos divers organes, sont en corrélation étroite avec les dispositions de l'état général, et plus celui-ci est exempt du défaut de résistance inséparable de tout vice constitutionnel, plus il a de vigueur, et plus les modifications pathologiques survenues dans l'organisme ont de tendance à disparaître pour faire place au fonctionnement physiologique normal.

C'est un fait reconnu aujourd'hui que les maladies aiguës tendent naturellement à la guérison. Ce serait une conduite blâmable, sans doute, en face d'une pleurésie, de rester en contemplation devant des symptômes réclamant hautement l'intervention du médecin, mais il ne s'ensuit pas qu'il faille toujours et partout courir le risque de troubler, par une médication systématique, le cours d'une maladie tendant à une guérison spontanée pour s'applaudir ensuite de résultats qu'il ne faut attribuer qu'à cette force curatrice naturelle dont quelques pathologistes cherchent, bien à tort, à déprécier la valeur.

Si votre pleurétique est fort, vigoureux, que la fièvre soit intense, le point de côté très douloureux, appliquez des sangsues ou des ven-

toutes scarifiées; ces émissions sanguines locales ne sauraient ici produire autre chose qu'une action favorable en diminuant l'intensité de la congestion pleurale et en apportant au malade un soulagement dont il vous saura gré.

Appliquez aussi un vésicatoire *loco dolenti* si vous croyez à l'efficacité des révulsifs au début de la pleurésie. Quant à moi, je vous avoue franchement que j'aime mieux attendre et je ne crois pas, qu'à cette époque de la maladie, leur emploi offre une compensation suffisante à l'avantage dont il nous prive de pouvoir librement ausculter et percuter afin de surveiller l'état physique de la poitrine. Je préfère recourir à la médication dérivative en faisant usage des sudorifiques et des diurétiques, médicaments doués d'une utilité pour le moins aussi grande que les révulsifs sans en avoir les inconvénients.

Vous administrerez, avec avantage, les pilules de scille composées, en même temps qu'une tisane diurétique quelconque. L'infusion de semences de citrouille nitrée, ce remède populaire, jouit ici d'une efficacité incontestable et nullement inférieure aux autres diurétiques de la pharmacopée. Donnez, en outre, à vos malades autant de lait que leur estomac pourra en supporter. Cet excellent aliment joint à ses vertus nutritives des propriétés diurétiques que l'expérience a rendues indubitables.

Si, d'un autre côté, vous vous trouvez en présence d'un sujet faible et anémique, rappelez-vous qu'il faut au malade un certain degré de vigueur pour résoudre sa phlegmasie. Non-seulement, il serait, dans ce cas-ci, irrationnel d'avoir recours à un traitement spoliateur, mais vous commettriez aussi une faute en abandonnant la résolution aux seules forces de l'organisme qu'il faudra, au contraire, soutenir et fortifier à l'aide des stimulants et des toniques.

Recommandez toujours à vos malades le repos absolu et si la toux ou le point de côté sont l'objet d'indications spéciales, pratiquez, une ou deux fois par jour, une injection hypodermique d'un sixième ou d'un quart de grain de sulfate de morphine.

L'épanchement dont la plèvre est remplie, est la cause d'une grande partie des souffrances qu'endure le pleurétique. C'est lui qui produit la dyspnée en s'opposant à l'hématose dans le poumon comprimé, c'est lui qui rend impossible le décubitus latéral; c'est encore lui qui met les jours du malade en danger en déplaçant les viscères, par le siège qu'il occupe et en gênant la circulation dans les vaisseaux pulmonaires. Vous devez donc vous efforcer de le faire disparaître.

La résorption de l'effusion s'opère au moyen de la plèvre elle-même qui reprend par ses lymphatiques le liquide que l'exosmose vasculaire avait versé dans sa cavité.

Ce phénomène s'accomplit vers le quinzième ou le vingtième jour et ne peut s'effectuer qu'en autant que la surface interne de la plèvre sera en contact immédiat avec le liquide épanché et à la faveur d'une suractivité fonctionnelle siégeant dans cette dernière et qui lui permette de présider à l'accomplissement du processus. Que les parois de la plèvre soient tapissées par d'épaisses néo-membranes interposées entre la séreuse et l'épanchement, ou bien que tout travail phlegmasique ait cessé, que la fièvre ait disparu, la résorption est alors devenue impossible, l'épanchement n'est plus qu'un "*caput mortuum*" soustrait à toute influence physiologique.

La médecine ne nous fournit aucun moyen direct de provoquer la résorption de l'épanchement et si les médications dérivative et révulsive ont une action salutaire dans l'accomplissement de ce phénomène, ce n'est que d'une manière médiata et par l'influence qu'elles exercent sur l'acte morbide qui tient sous sa dépendance l'effusion pleurétique. En substituant à l'intensité de la phlogose locale une hyperémie artificielle dérivatrice, les diurétiques, les purgatifs, les diaphorétiques, diminuent la turgescence des vaisseaux de la plèvre et rendent plus libres les voies d'absorption. En modérant la violence et en abrégant la durée du processus inflammatoire, ils s'opposent à la formation exagérée de ces néo-membranes qui constituent, comme nous l'avons déjà dit, un des plus grands obstacles à la résorption de l'épanchement.

Puisque c'est en s'adressant à l'hyperémie pleurale que ces divers moyens thérapeutiques provoquent la résorption du liquide épanché, il est évident que leur action sera impuissante si l'hyperémie n'existe plus, que la fièvre ait disparu et que la phlegmasie soit éteinte. Tous vos efforts demeureront alors stériles; vous épuiserez le malade par des spoliations réitérées, mais l'épanchement persistera et il ne vous restera d'autres ressources que de recourir à la paracentèse de la poitrine.

Il est vrai que vous pourriez m'objecter ce qui se passe en d'autres parties du corps formées de tissus similaires à celui de la plèvre et où cependant des épanchements chroniques guérissent sans ponction et simplement par les révulsifs, par exemple, l'hydarthrose.

A ceci, mes amis, je me contenterai de répondre que vous vous préparerez bien des déceptions si vous accordez une confiance trop absolue à la méthode d'induction en pathologie. Les déductions "a priori" aboutissent ici parfois à des résultats en apparence bien contradictoires, je vous prie de le croire.

L'observation exacte des faits est le seul criterium acceptable malgré les mystères qu'elle pourrait susciter.

Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins certain que vous vous trouverez bien souvent dans l'obligation de recourir aux moyens que la chirurgie met à votre disposition pour débarrasser votre pleurétique d'un épanchement qui aura résisté à tous les autres modes de traitement. La paracentèse de la poitrine a définitivement acquis droit de cité dans le traitement des épanchements pleurétiques et je ne crains pas de dire que sa vulgarisation est, sans contredit, une des plus belles conquêtes de la thérapeutique moderne.

Mais dans quelles circonstances doit-elle être pratiquée?

D'abord, chaque fois que, par son abondance, l'épanchement gêne notablement la respiration et la circulation surtout, si, siégeant à gauche, il produit le déplacement du cœur. Dans ces dernières conditions, les jours du malade sont dans un danger immédiat et Trousseau et Dujardin-Beaumez citent des exemples dans lesquels la mort est survenue subitement, alors que le peu d'intensité de la dyspnée était loin de faire soupçonner une fin aussi prochaine.

La dyspnée, en effet, n'est pas toujours en rapport avec l'abondance de l'épanchement et je pourrais vous citer, entr'autres, le cas d'un pleurétique chez qui j'ai retiré par la thoracentèse deux pintes de liquide et qui cependant se plaignait si peu de gêne de la respiration que le médecin appelé en consultation hésitait à croire à l'existence d'un épanchement.

Ces faits, tout exceptionnels qu'ils soient, suffisent néanmoins pour vous démontrer qu'il faut chercher ailleurs que dans la gêne respiratoire les caractères d'une effusion pleurétique abondante. C'est l'examen physique de la poitrine qui vous fournira ces renseignements.

L'épanchement est abondant et réclame l'intervention de la thoracentèse, quand il existe de la matité, non seulement sur les côtés et en arrière, mais aussi et surtout à la partie antérieure du thorax : quand les vibrations thoraciques sont abolies dans toute l'étendue de la matité ; qu'il existe une sensation de tension à la main et de plénitude dans un côté de la poitrine ; enfin quand l'inspection et la percussion accusent le déplacement du cœur ou du foie et que par l'auscultation l'oreille constate une absence complète de tous bruits respiratoires.

La thoracentèse est encore indiquée quand l'épanchement aura résisté à tous les autres moyens que vous aurez mis en usage et qu'il persistera au-delà de la quatrième ou de la cinquième semaine. Il résulte, en effet, de l'étude des faits recueillis par Lemoine et Troussin qu'à partir de la quatrième semaine, plus on retarde la ponction et plus la mortalité est grande.

Comment devrez-vous pratiquer la thoracentèse ?

Un mot d'abord sur le choix de l'instrument. Sans vouloir contester les mérites de l'aspirateur de Dienlafoy, je crois devoir vous recommander celui de Potain comme étant plus portatif, moins fragile et d'un maniement plus facile. Vous le connaissez, il est inutile de vous en faire la description. Mais soyez particuliers sur le choix du réservoir dont vous devez vous servir pour recueillir le liquide de l'épanchement, sinon, il vous arrivera peut-être ce qui m'est arrivé, un jour, au moment où je me préparais à pratiquer la thoracentèse chez une de mes malades.

J'avais demandé qu'on m'apportât une bouteille quelconque. Le seul vase qu'on put mettre à ma disposition, fut un de ces petits flacons de verre blanc qui nous viennent de Hollande, remplis de gin. Je n'avais jamais remarqué la minceur extrême des parois de ces flacons. J'y adapte mon appareil, et je me mets à faire le vide avec une ardeur digne d'un meilleur sort. Tout-à-coup, une explosion... une détonation... se fait entendre. Je ferme instinctivement les yeux, et quand je les rouvris je m'aperçus qu'il ne restait plus du malheureux flacon que le goulot autour du bouchon ; le reste avait été littéralement pulvérisé par la pression atmosphérique. Ceci se passait à une époque où l'ère exterminatrice d'O'Dynamite Rossa n'avait pas encore vu le jour, sans quoi cet incident inoffensif n'aurait pas manqué de porter ombrage aux autorités et de provoquer une enquête.

Ne partez jamais, non plus, pour faire une ponction sans vérifier le jeu de vos robinets et la perméabilité de vos tubes. Tout l'instrument en outre, et surtout les canules et les trocarts, doivent être toujours entretenus dans un état de propreté des plus minutieux.

Votre appareil est prêt, armé de sa canule et de son trocart que vous avez plongés préalablement dans l'huile carbolisée, (les microbes, vous savez ?) le vide est fait dans le réservoir ; occupez-vous maintenant de la position que vous devez faire prendre au malade.

Il doit être placé sur le bord du lit, dans une position demi-assise, le côté opposé à celui où vous devrez pratiquer la ponction reposant sur des oreillers que vous aurez disposés à cet effet. Commandez-lui de croiser ses bras sur le devant de la poitrine et recherchez alors le lieu d'élection où vous devrez plonger votre trocart.

On vous recommande de choisir le septième ou le huitième espace intercostal, mais je vous engage à suivre la méthode indiquée par Dujardin-Beaumetz et qui consiste à pénétrer dans la poitrine en un point placé dans l'espace intercostal qui répond à l'angle inférieur de l'omoplate et un peu en dehors de cet angle lorsqu'il est dévié en dehors par le mouvement du bras porté en avant.

Déprimez avec l'indicateur de la main gauche l'endroit de l'espace intercostal où vous allez introduire le trocart. Saisissez ce dernier largement de la main droite en appuyant fermement son talon dans la paume de la main afin de vous opposer au mouvement de recul que lui imprimera la résistance de la paroi de la poitrine. Allongez l'indicateur jusque vers le milieu de la canule, afin de marquer les limites que vous devrez donner à la pénétration de l'instrument.

Pénétrez d'un coup sec et brusque et en un seul temps dans la cavité thoracique. Allez-y fermement et sans crainte; cette petite opération n'est pas douloureuse et n'offre aucun danger. Quant au risque de blesser l'artère intercostale, je vous conseille de repasser dans votre mémoire la topographie de la région et vous verrez qu'il est bien peu probable que ce vaisseau se présente sous la pointe de votre instrument.

Retirez alors lentement le trocart jusqu'à la petite ligne tracée près de sa pointe, fermez le robinet adapté à la canule, ouvrez celui du réservoir et vous verrez aussitôt le liquide s'écouler dans la bouteille.

Quelle que soit l'abondance de l'épanchement, ne retirez jamais à la fois plus de deux ou trois chopines de liquide; autrement, vous vous exposeriez à voir votre malade être pris, vers la fin de l'opération, de quintes de toux qui ne seraient pas sans vous causer quelque inquiétude.

Une fois l'opération terminée, tenez prêt un carré de diachylon que vous appliquerez immédiatement sur la petite ouverture, après avoir brusquement retiré la canule, car il est essentiel que, pendant tout le temps de l'opération, vous preniez les précautions nécessaires pour vous opposer à la pénétration de l'air dans la poitrine.

L'évacuation, par la thoracotomie, du liquide accumulé dans la cavité pleurale par le fait de la pleurésie, ne guérit pas cette dernière, mes amis, rappelez-vous le bien.

Que vous pratiquiez la paracentèse, après la disparition des accidents aigus, pour donner issue à un épanchement qui, par sa longue durée, menace de s'éterniser dans la poitrine, je conçois que là puisse se borner la nécessité de votre intervention; vous avez déblayé le terrain des débris que l'orage y avait laissés, vous avez guéri votre malade de ce qui n'était purement et simplement qu'une hydropisie de poitrine, un hydrothorax. Mais, il n'en est plus de même, quand vous avez été forcés de remplir une indication devenue urgente par les troubles menaçants apportés aux fonctions de la respiration et de la circulation, pendant l'évolution des phénomènes aigus de l'acte morbide qui domine la scène. Le processus inflammatoire qui se développe dans la plèvre malade continuera son cours après l'évacuation de l'épanchement. Le calme renaîtra momentanément, mais de nouveaux accidents analogues à ceux que vous venez de combattre ne tarderont pas à faire leur apparition si vous ne vous efforcez de supprimer la cause qui devra leur donner naissance.

C'est alors que les toniques et les stimulants trouveront leur emploi en aidant l'organisme à opérer la résolution de la phlegmasie.

C'est aussi, à cette époque, que les révulsifs et les dérivatifs seront plus particulièrement indiqués. Par leur intervention salutaire, ces divers moyens opposeront leur puissance au reste d'incendie dont la plèvre est le théâtre et vous permettront souvent de prévenir ou d'enrayer la formation d'un nouvel épanchement en détruisant l'hypérémie sécrétoire pathologique dont l'effusion pleurétique est le produit.

Dr COYTEUX PRÉVOST.

Ottawa, 19 avril 1883.

Hygiène et éducation physique de la deuxième enfance ;

par S. LACHAPELLE, M. D., St-Henri de Montréal.

Tel est le titre du sujet mis au concours l'an dernier par la Société Française d'Hygiène de Paris. Sur neuf mémoires présentés, cinq ont reçu les honneurs d'une digne récompense d'abord ; puis on a résumé les parties les plus importantes de leurs travaux que la Société a publiés sous forme de pamphlet et dont je viens de recevoir un exemplaire. Je résume à mon tour ce qui peut nous instruire dans cette publication.

On sait que la première partie de la deuxième enfance comprend cette période de temps de 2 à 6 ans. Voici les différentes questions les plus importantes que nous trouvons dans ce pamphlet, que l'on vulgarise là bas, et qu'ici l'on enseigne à peine dans nos universités.

Habitation.—La chambre des enfants doit être la plus vaste, le mieux exposée aux rayons du soleil levant ; plus que tous les autres membres de la famille, ils ont besoin d'air et de soleil. La poussière sera enlevée au moyen d'un chiffon légèrement humecté ; quand on lave le plancher, on choisira de préférence une journée chaude et sèche.

Air et lumière.—L'enfant sera habitué à l'air, où il vivra la plus grande partie de la journée ; le matin, de bonne heure, il sera envoyé dehors, seulement, on aura soin de le faire rentrer toujours avant le coucher du soleil ; les jours humides on le retiendra à la maison. Je crois que dans notre pays, la même liberté ne saurait être donnée à nos enfants dans la saison froide : l'on doit se souvenir qu'à deux ans encore, il y a moins de résistance au froid que chez l'adulte. La température de cet âge est, je crois, plus basse ; ici donc, il faudra attendre le haut du jour, quand le soleil est chaud, et dans la saison rigoureuse il vaut mieux priver complètement les enfants de toute sortie.

Température.—La température de la chambre ne sera pas de plus de 14 à 15 degrés centigrades et de pas moins de 10 ; elle ne sera donc ni trop chaude ni trop froide. L'air est empesté par l'huile minérale ordinaire, il faut choisir celle qui est la plus épurée, l'huile végétale ; l'huile d'olive est encore supérieure : l'éclairage est plus important qu'on ne le croit au point de vue de la santé de l'enfant. L'éclairage au gaz ne doit jamais être employé dans les chambres à coucher. Quelque soit le mode d'éclairage, habituez les enfants à s'endormir sans lumière.

Le coucher.—Un matelas et un oreiller de crin ou de matières végétales, telles que balle d'avoine, feuilles de maïs, fougère, varechs, une paillasse de paille, des draps de toile, le plus rarement possible de

laine, une couchette en fer, voilà le matériel des lits. Le meilleur vêtement consiste en une longue chemise fermée au cou et aux poignets, et dépassant les pieds de quelques pouces ; ce sac ne gêne en rien le mouvement de l'enfant, le protège contre le froid et l'empêche de prendre de mauvaises habitudes ; les enfants seront accoutumés à coucher tête découverte.

L'enfant se couchera de bonne heure, huit heures en été, sept en hiver, qu'il le désire ou non. De deux à quatre ans, douze heures chaque nuit sont nécessaires, de quatre à six, dix suffisent. Evitez les jeux excessifs avant le coucher, cela peut agiter le sommeil et rendre le repos moins efficace. L'enfant sera endormi dans son lit, non sur les genoux de la mère ou de la servante, ni aux sons d'une musique ou d'un chant quelconque. Avant d'aller se coucher une mère attentive doit toujours voir son enfant et le faire uriner, cette précaution donnera l'habitude de la propreté.

Les vêtements.—L'habitude de la flanelle est désapprouvée ; néanmoins je crois qu'elle a sa raison d'être parmi nous. Seulement la chemise en flanelle doit être changée plus souvent que les chemises en toile, parce que la flanelle s'imprègne plus facilement de sueur ; il est convenable d'en avoir une pour le jour et une pour la nuit. Rien ne doit serrer la taille, ni aucune partie du corps ; ainsi les pantalons seront attachés au corsage ; les bas tiendront à la ceinture par un cordon élastique, au lieu d'être serrés par les jarretières ; les cache-nez sont une mauvaise pratique, disposant plus facilement aux angines, par la chaleur qu'ils exagèrent et le refroidissement auquel ils exposent.

Il faut se souvenir qu'on ne se guide pas seulement sur les saisons pour les habits, il faut aussi tenir compte des variations de température dans une même saison : les couleurs pâles sont préférables pendant la chaleur.

Il est bon d'habituer les enfants à porter une coiffure légère et à se dispenser des cravates.

Chaussures.—Aussi longtemps que possible elles n'auront pas de talons ; les bouts pointus qui empêchent le développement des doigts seront proscrits ainsi que les talons qui exposent aux chûtes. Qu'on se souvienne que les pieds doivent toujours être secs.

Nourriture.—On connaît le régime qui convient aux enfants ; disons seulement que l'usage des fruits confits qui sont légèrement laxatifs, sera bon contre la constipation si fréquente dans le jeune âge. L'usage des stimulants est contraire, le vin, le thé, le café ne peuvent que surexciter sans nécessité le système nerveux. Le repas du soir doit être surveillé particulièrement : on y évitera les substances indigestes.

L'habitude de forcer un enfant à manger tout ce qui se trouve dans son assiette, quand on n'est pas sûr que c'est par caprice, est dommageable ; ces refus viennent souvent de répugnances invincibles de l'estomac.

Bains et toilette.—Un bain par semaine, pendant dix minutes, à l'eau tiède dont on abaisse graduellement la température, jusqu'à l'âge de six ans, doit être de rigueur, à part les lavages réguliers de chaque jour. On essuiera l'enfant avec un grand linge chaud, les parties génitales seront asséchées avec précaution.

Les ongles seront coupés de temps en temps et taillés carrément.

La chevelure sera toujours courte; il faut ici sacrifier la vanité maternelle à la santé de l'enfant qu'une longue et épaisse chevelure expose au danger des maladies cérébrales plus facilement développées.

Les premières grosses dents apparaissent vers quatre ou cinq ans; il est important d'y faire attention, de les nettoyer avec de la *craye lavée*.

HYGIÈNE ET ÉDUCATION DES SENS.

Le toucher.—La peau des mains est l'organe particulier du toucher; on doit accoutumer les jeunes enfants à se servir habilement de leurs doigts et de leurs bras; exercer les deux mains avec le même soin afin d'éviter autant que faire se peut la maladresse habituelle de la main gauche.

Le goût.—On évitera d'émousser le goût des enfants par l'usage de mets trop épicés ou trop salés, par l'usage de viandes faisandées et surtout des boissons alcooliques.

L'odorat.—Les rhumes de cerveau, accompagnés d'écoulements prolongés seront traités au moyen de lavages par la seringue, parce que la sensibilité de l'odorat souffre de ces affections trop longtemps prolongées.

L'ouïe.—Inutile d'insister sur la propreté extrême des oreilles; il faut enlever le *cerumen* qui s'y accumule par des injections d'eau de mauve, etc. L'ouïe est en rapport direct avec le cerveau; il faut éviter tout ébranlement fort ou trop brusque qui pourrait être le point de départ de la perte totale ou d'une perte partielle de cette fonction. Des cris aigus, des embrassements bruyants, etc., ont amené la surdité par la paralysie du nerf auditif ou, par la déchirure du tympan, ont causé des convulsions qui entraînent la surdité pour la vie. "Ce n'est pas sans danger que l'on tirera ou que l'on frappera violemment l'oreille d'un enfant."

La vue.—La lumière trop vive, la neige étincelant sous un soleil trop éclatant, le passage trop brusque de l'obscurité à un jour trop lumineux, tout cela peut épuiser promptement la sensibilité de l'œil; une lumière trop faible produira le même effet. On se souviendra qu'un lit mal placé vis-à-vis d'une fenêtre peut être une cause de loucherie.

Jusqu'à l'âge de sept ans, la portée de la vue est courte et l'enfant cherche à rapprocher de son œil les objets; si on ne surveille cette mauvaise habitude l'enfant deviendra myope; il faut donc l'accoutumer à regarder les objets à une distance de dix à douze pouces.

Les enfants des villes accoutumés à un horizon borné seront exercés dans les promenades à fixer les objets éloignés, de même que les enfants de la campagne prendront l'habitude de fixer les objets à une courte distance, exposés qu'ils sont à des coutumes contraires. De cette manière on préviendra la myopie et la presbytie, la première si commune dans la ville, la seconde si fréquente dans la campagne.

Grossesses étranges.—Une négresse âgée actuellement de 121 ans, et résidant en Georgie, a, depuis qu'elle a atteint sa centième année, donné naissance à plusieurs enfants. On ajoute que le cas est authentique!—(*Texas Med. and Surg. Record.*)

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De quelques-uns des effets thérapeutiques de la glycérine administrée à l'intérieur.—La glycérine dont Demarquay, l'un des premiers, a préconisé et propagé l'usage en France, a été pendant longtemps presque exclusivement usitée en chirurgie, comme élément de pansement, dans le traitement des maladies cutanées, des maladies des yeux, des oreilles, de la bouche et du nez, dans quelques affections des organes génito-urinaires, enfin comme excipient d'un grand nombre de médicaments. Cependant, avant la publication de l'ouvrage de Demarquay, quelques tentatives d'applications de la glycérine au traitement des maladies internes avaient déjà été faites par le docteur Jules Davasse, d'après les indications d'un médecin d'Edimbourg, Lander Lindray, et par le docteur Daudé deMarvejols.

Les essais de M. Davasse avaient porté sur des affections gastro-intestinales, sur des cas de cachexie ou de débilité dépendant d'affections chroniques et qui indiquaient l'emploi d'agents reconstituants et stimulants des fonctions nutritives. M. Daudé en avait particulièrement constaté de bons résultats dans les dyssenteries. Enfin, pour abrégé encore ce très court historique, un médecin de la Nouvelle-Orléans, le docteur Grawcourt, signala le premier les services que cette substance pouvait rendre dans le traitement de la phthisie tuberculeuse, comme succédané de l'huile de foie de morue.

De nouveaux essais dans cette direction ont été repris, dans ces dernières années, parmi nous, notamment par M. Jaccoud et par M. Ferrand.

Pour M. Jaccoud, qui a consacré quelques pages à la glycérine dans son livre sur la curabilité et le traitement de la phthisie pulmonaire (leçons faites à la Faculté, dont nous avons déjà parlé l'année dernière), cette substance serait douée d'une action entrophique qui la placerait effectivement à côté de l'huile de foie de morue, à laquelle il la substitue, lorsque par une cause quelconque cette huile cesse d'être tolérée. Il fait prendre invariablement l'un ou l'autre de ces médicaments, considérant cette alternance comme un véritable progrès thérapeutique.

M. Ferrand, de son côté, emploie journellement la glycérine dans son service à l'hôpital Laennec; c'est dans le service de ce savant praticien que M. le docteur Charles Tisné a recueilli les observations qui constituent le fond du travail que nous allons rapidement analyser et qui est intitulé: *De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques*. Sur les vingt observations que renferme ce travail, quinze ont été recueillies dans le service de M. Ferrand, sur lesquelles treize ont trait à la tuberculose pulmonaire; c'est de celles-là principalement que nous aurons à nous occuper. Les cinq autres recueillies dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, ont rapport à des affections des organes génito-urinaires. Elles pourront faire plus tard l'objet d'un examen à part.

Voici le résumé sommaire des observations que M. Ch. Tisé a relevées à l'hôpital Laennec. Elles avaient trait une fois à un rhumatisme chronique; une deuxième fois à un cas d'hémiplégie gauche avec constipation; douze fois à la tuberculose pulmonaire; une fois à un diabète sucré.

Le premier fait constaté est l'innocuité de la glycérine pour les surfaces cutanées ou muqueuses avec lesquelles on l'a mise en contact (à la condition d'un état de parfaite pureté). L'action locale de la glycérine sur la muqueuse digestive à son entrée dans l'organisme ne s'est trahie par aucun phénomène appréciable.

L'état des fonctions intestinales a subi des modifications plus importantes, au premier rang desquelles se place l'amendement de la constipation. Ce résultat a été constaté chez presque tous les malades.

Sans qu'il y ait rien de contradictoire avec cet effet, la glycérine, loin d'aggraver la diarrhée chez les malades qui en sont atteints, la modère au contraire.

Un autre effet que M. Tisé a constaté par l'emploi de cette agent, est la production d'un sommeil plus calme que d'habitude.

Enfin la glycérine possède un pouvoir reconstituant qui en a fait préférer l'usage à celui de l'huile de foie de morue, par plusieurs médecins, dans le traitement de la phthisie. On sait que M. le professeur Jaccoud la prescrit dans tous les cas où l'huile de foie de morue ne peut être tolérée. Il a constaté une augmentation appréciable du poids après quinze jours de traitement.

Dans l'un seulement des cas rapportés par M. Tisé, le poids s'est abaissé, mais il s'agissait d'un sujet albuminurique depuis longtemps. Trois fois il a resté stationnaire. Dans toutes les autres observations, on voit consignée une augmentation parfois très accusée sur les pesées antérieures.

Dans tous les cas, la glycérine, par ses propriétés reconstituantes, a produit non seulement une augmentation de poids, mais elle a imprimé à la nutrition une activité nouvelle dont ont témoigné les modifications de la qualité des urines.

Avec une amélioration aussi marquée de l'état général, on aurait pu croire que l'état du poumon devait, lui aussi, être amendé. Il n'en a été malheureusement rien. L'étude consciencieuse de ses observations a porté M. Tisé à croire que, dans la tuberculose, la glycérine n'a guère d'action sur la lésion anatomique du poumon. Dans deux cas où l'affection était tout à fait au début, il a bien noté une amélioration de l'état local, mais dans toutes les autres observations les signes physiques n'ont subi aucun changement. En revanche, quelques-unes des manifestations fonctionnelles de la maladie ont été très amendées.

La toux a été le plus souvent diminuée. La dyspnée a été profondément améliorée dans un cas. L'expectoration est le symptôme qui a été le moins influencé. Cependant, chez une malade, pendant la durée du traitement, elle n'a jamais été mêlée de sang, symptôme qui avait été observé avant l'emploi de la glycérine et qui a reparu après sa cessation.

L'amendement de la toux, qui avait déjà été noté par plusieurs observateurs, a eu lieu chez le plus grand nombre des malades. Dans trois cas seulement la toux n'a été modifiée que d'une manière insignifiante.

La dyspnée, dans un cas, a été profondément améliorée. Il s'agit d'une malade dont la dyspnée était au point de rendre le sommeil impossible. L'emploi de la glycérine a rapidement amendé ce symptôme et la malade a pu aller et venir ; il fallait un effort pour faire disparaître l'oppression.

Les modifications apportées par la glycérine au fonctionnement du système nerveux, à l'état de la nutrition et aux phénomènes thoraciques, ont paru imputables à l'action diffuse du médicament.

En résumé, il résulte des observations recueillies par M. Tisné que la glycérine peut-être donnée à l'intérieur à dose thérapeutique, sans provoquer d'accidents toxiques et répondre à des indications déterminées. Introduite dans les voies digestives, elle y est absorbée sans en offenser la muqueuse, à laquelle elle ne cause qu'une légère excitation motrice capable de combattre la constipation. Elle a une action évidente sur la nutrition ; elle modifie ou atténue les accidents de la cachexie (inappétence, diarrhée, sueurs, insomnie) ; son usage est suivi d'une augmentation de poids. Son action sur le foie se manifeste par l'augmentation de volume de cet organe et par un flux biliaire plus abondant. Enfin elle a une action sur les reins qui se traduit par une diurèse plus abondante et par une augmentation absolue et relative de l'urée, des chlorures et des phosphates que l'urine élimine. L'alcalinité des urines semble s'atténuer sous son influence ; la purulence, lorsqu'elle existe, est considérablement diminuée.—(*Gazette des hopitaux.*)

Traitement de la fièvre typhoïde à la clinique de Ziemssen.—

Au commencement de cette maladie, s'il y a constipation, on se sert du calomel à dose variant de 0.5 à 1.5 gramme (9 à 28 grains). Aussitôt que la température axillaire dépasse 39.5 c. (105° F) on a recours aux bains à la température de la chambre c.-à-d. 16° R. (65° F.)

Le patient s'assoit dans le bain, tandis que l'on douche le cou, le dos et la poitrine. De cette manière la température diminue graduellement et la respiration devient plus profonde. La séance dure 15 minutes. Lorsque la circulation est très faible ou menace de le devenir on peut ne pas avoir recours au bain. Cependant on peut s'en servir en augmentant sa température de 22° à 25° R. (81° à 88° F.) que l'on diminue graduellement aussitôt que le patient est entré dans le bain. On donne un peu d'alcool avant et après le bain. Si l'hyperpyrexie continue, on administre les antipyrétiques ; la mixture de Roth est très souvent employée, elle se compose comme suit :

R--Acid. carbol.....	}	ââ gramme (m. xviii)
Spirit. vini.....		
Tr. iodi.....		gtt x
Tr. aconiti.....		1 gramme (m xviii)
Aquæ.....		50 " (xxv)
Syrupi.....		10 " (iii)
Ol. menthæ.....		gtt. ij

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

La quinine, il ne faut pas l'oublier, tient toujours la première place. On l'administre à haute dose : 15 à 30 grains tous les deux jours. Ce

n'est pas trop souvent répété. Si la diarrhée est abondante un enema d'amidon additionné de 20 gouttes de teinture d'opium agira bien. Le laudanum en outre tranquillise le malade, rend nos soins moins fatigants. On peut le répéter plusieurs fois par jour. La diète consiste en bouillon, lait et jaunes d'œufs. On se sert de vin dès le commencement de la maladie, augmentant sa qualité et sa force alcoolique suivant l'état de la circulation. La mixture de Stokes et l'extrait de bœuf fraîchement préparé conviennent bien pendant que la fièvre est très intense et qu'il y a menace de collapsé. On modifie la diète c.-à-d. on ne permet l'usage de farinacés, de viande facile à digérer, qu'un septennaire après que toute pyrexie est disparue. Il faut attendre même une semaine avant de revenir à la diète ordinaire.—(*Cincinnati Lancet and Clinic.*)

Sterilité chez l'homme.—Nombre de mariage stériles, dit le *Medical Age*, sont attribués à la femme seule, tandis que souvent l'homme seul est l'auteur de cette incapacité procréatrice. Depuis la découverte du microscope, l'idée erronée que l'éjaculation du sperme constituait nécessairement la virilité, est entièrement disparue. Donc, dans ces cas d'union stérile, l'on doit examiner et l'homme et la femme, et ne pas accuser indifféremment l'un et l'autre, si l'on ne veut pas s'attirer le discrédit. A l'appui de cette assertion nous citerons le cas suivant. Deux ans de vie commune n'avaient pas donné de famille à Mr. et à Mme X. On ne se gêna pas; on accusa madame de stérilité, et cette malheureuse alla de médecin à médecin, *subit* traitements sur traitements, si bien que sa santé en fut altérée. On ne soupçonna pas un seul instant que la faute en pût être au mari, qui était un homme parfaitement constitué en apparence. La femme, déconcertée, sans cesse tourmentée du désir d'avoir un enfant, vint nous consulter. Ayant constaté chez elle un système utérin parfaitement constitué, nous ne voulûmes pas nous prononcer avant d'avoir examiné le mari. Sûr de lui-même, celui-ci se soumit immédiatement et très volontiers à cet examen. Le microscope nous fit voir un liquide séminal pauvre en zoospermes dont les mouvements étaient forts lents, ce qui ne nous laissa aucun doute que la véritable cause de la stérilité dans ce cas devait être attribuée à l'homme. Plusieurs statistiques ont été faites à ce sujet. Gross (*Male Sterility*) rapporte 192 cas de stérilité dont 33, c.-à-d. 17 pour 100, étaient dus à l'homme. Manningham a trouvé une proportion de 1 sur 30; Pajot, 7 sur 80; Mondot, 1 sur 10; Kehrer, 14 sur 48; Courty, 1 sur 10; Noeggerath, 8 sur 14, et l'auteur de ces notes a constaté un rapport de 1 pour 8. On peut donc dire qu'en moyenne l'homme est stérile *une* fois, sur *six* cas de mariage infécond.

Traitement de la sciatique.—Au cours d'une leçon clinique sur cette intéressante mais rebelle névralgie, M. le professeur Pepper (*Philadelphia Medical Times*) préconise le traitement suivant :

Quand la douleur est vive, injection sous-cutanée ou même intramusculaire d'une solution contenant 1/6 gr. de morphine et 1/80 gr. d'atropine. L'effet est beaucoup plus marqué quand l'injection est pratiquée dans les tissus profonds. La piqûre est elle-même utile. Plus utile encore est l'introduction d'une petite quantité d'eau pure dans les tissus profonds. Le soulagement sera donc beaucoup plus

marqué si l'eau ainsi injectée tient en solution un principe anodin tel que la morphine.

L'acupuncture rend aussi des services dans ces cas. Pour moi, malgré que je vous recommande beaucoup les injections hypodermiques de morphine, je proteste énergiquement contre leur emploi dans le traitement des névralgies chroniques, parce qu'il n'y a pas une seule classe de cas dans laquelle les malades s'habituent plus facilement à l'usage des opiacés et ne contractent la passion de l'opium. Les attaques sont si fréquentes et si violentes que le malade devient bientôt la victime de cette malheureuse habitude. Dans ces cas, je préfère infiniment mieux recourir à d'autres moyens de soulager la douleur. Dans le cas présent, je n'hésite pas à employer la morphine parce que le patient n'en aura réellement besoin que durant quelques jours.

Il est tout-à-fait nécessaire d'exercer une contre-irritation quelconque sur le trajet du nerf douloureux. J'appliquerai d'abord un vésicatoire, et si le cas se montre rebelle, nous aurons recours au cautère actuel.

A l'intérieur, j'administrerai trente grains de quinine par jour, pendant deux ou trois jours. Je ne donne pas la quinine, ici, dans le but de guérir radicalement la névralgie, mais parce que le malade semble avoir déjà été affecté d'impaludisme. Mais même en supposant qu'il n'y ait aucune trace d'impaludisme, la quinine ne manquera pas de produire de bons effets par son action sur les vaisseaux de la partie malade, et sur le système nerveux en général. Dans quelques jours, nous diminuerons la dose de quinine, et lui associerons l'arsenic.

Quand nous en aurons fini avec les injections hypodermiques de morphine, je prescrirai la belladone et les préparations de fer. Dès aujourd'hui je prescris à ce patient cinq grains d'iodure de potassium quatre fois par jour.

Traitement de l'anasarque.—On sait que le traitement de l'anasarque par le drainage capillaire est parfois accompagné d'accidents, e. g., la formation d'abcès, d'ulcères, ou l'apparition d'érysipèle, d'érythème, &c. Deux causes peuvent, suivant le Dr. Adam, de Melbourne, être le point de départ de ces accidents. En premier lieu il y a la compression exercée sur les éléments de la peau par le sérum transsudé! Ensuite, l'irritation produite ainsi à la surface d'une peau mal nourrie par le liquide qui la baigne sans cesse. Le Dr. Adam voulant remédier à ces inconvénients, conseille d'appliquer une éponge au point d'introduction de chaque aiguille, afin que la sérosité y soit absorbée aussitôt et n'aille pas irriter les parties voisines. Les éponges doivent être changées souvent et soigneusement lavées à chaque fois. Elles sont maintenues en place au moyen de quelques tours de bande. Cette méthode de traitement rend des services spécialement dans l'anasarque liée à une affection du cœur. L'œdème dû à la maladie de Bright ne se prête pas si bien au drainage.—(*Dublin Journ. of Med. Science—Physician and Surgeon.*)

Coqueluche.—Le Dr. Witthauer recommande la formule suivante contre la coqueluche. R. Teinture d'eucalyptus, 3 parties; glycérine et sirop, de chaque 15 parties; eau, 100 parties. Dose: une cuillerée à dessert toutes les 3 heures. Pour les enfants de un an et demi à quatre ans, la dose est de cinq à huit gouttes toutes les trois heures. L'auteur recommande également des inhalations faites avec la teinture d'eucalyptus.—(*Amer. Practitioner.*)

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale—Leçon recueillie par M. P. POIRIER, interne des hôpitaux.—Messieurs il vous souvient sans doute de la peine extrême que nous avons eue, en étudiant les lésions traumatiques de l'encéphale, à tracer une symptomatologie rigoureuse de chacune de ces lésions. Or, en clinique, on a bien rarement affaire à une seule de ces lésions; plus souvent il arrive qu'elles se combinent, confondant leurs symptômes. Les difficultés du diagnostic en sont d'autant augmentées, l'embarras est extrême. La plus grande prudence devient donc nécessaire. Cependant, il vous sera parfois possible, si vous avez bien retenu les symptômes dominants de la commotion, de la contusion et de la compression, de dégager de l'ensemble symptomatique les traits principaux de l'une de ces affections. Bien plus, vous pourrez souvent, grâce aux recherches modernes, non seulement reconnaître la nature de la lésion, mais encore son siège.

Les symptômes principaux des lésions traumatiques de l'encéphale peuvent être groupés sous trois chefs principaux : A. Perte de connaissance, coma, résolution ; B. Agitation, délire, convulsions contractures ; C. Paralysies.

Les symptômes du premier groupe sont ceux qui dominent dans la commotion ; la contusion produit le plus souvent ceux du deuxième groupe ; et d'une façon tout à fait générale, la compression est caractérisée par des paralysies. Mais comme ils peuvent tous se présenter dans l'une quelconque de ces lésions, il importe d'étudier le moment de leur apparition, leur mode de succession, leur marche leur alternance. Nous trouverons certainement dans ces considérations des données suffisantes pour fonder un diagnostic probable dans nombre de cas.

La perte de la connaissance, du mouvement et de la sensibilité, la résolution musculaire, sans paralysie ni contracture, *apparaissant immédiatement après le traumatisme*, indiquent une *commotion cérébrale*. Si, ultérieurement, on assiste à une décroissance graduelle de ces symptômes et au retour plus ou moins rapide des fonctions, le diagnostic sera confirmé.

Ce cas le plus simple étant posé, il nous faut envisager les cas bien plus nombreux dans lesquels la commotion n'existe pas seule et où ses symptômes masquent une lésion concomitante.

Quand donc vous soupçonnerez par les conditions dans lesquelles est survenu le traumatisme (violence plus ou moins grande du choc, hauteur de la chute,) que la commotion pourrait bien être compliquée de quelque autre lésion, vous devrez réserver votre diagnostic jusqu'à l'apparition d'autres signes où jusqu'à la disparition des premiers.

Les symptômes des autres états morbides de l'encéphale, paralysies, convulsions contractures, stertor, etc., ont une signification fort différente suivant qu'ils apparaissent : 1^o Immédiatement après le traumatisme, conjointement avec les symptômes de commotion. 2^o Après un temps variable, mais alors que les symptômes de commotion n'ont pas encore disparu. 3^o Enfin, lorsque le sujet a repris connaissance et que les symptômes de commotion ont disparu.

Dans le premier cas, le coma avec résolution des quatre membres,

accompagné de stertor et de quelques convulsions, indique assez souvent un vaste épanchement de la base du crâne, ou une hémorragie intraarachnoïdienne. Si, en même temps que du coma avec stertor, le malade présente une hémiplégie ou une monoplégie, des convulsions ou des contractures localisées, seules ou alternant avec les paralysies, c'est qu'à la commotion s'ajoute soit une *contusion*, soit une *compression*. Essayons de distinguer auquel de ces deux états morbides nous avons affaire.

L'examen du point frappé nous permettra de reconnaître s'il s'agit d'une *compression* par un fragment enfoncé ou un corps étranger. Si cet examen reste négatif, vous aurez encore à prononcer entre la compression par un épanchement sanguin et une contusion.

Ici, le diagnostic devient difficile, cependant il peut être tenté : le siège de la blessure, les parties latérales du crâne, l'apparition progressive des symptômes de compression, leur grande étendue, le stertor, seront en faveur de l'hypothèse épanchement. Au contraire, la localisation des phénomènes à un groupe de muscles, leur apparition plus immédiate après l'accident, vous feront pencher vers la contusion.

Dans le deuxième cas, *quand les symptômes, paralysies ou convulsions, apparaissent deux ou trois jours après le traumatisme*, le coma persistant toujours, vous devrez immédiatement songer au début d'une encéphalo-méningite et vous aurez d'autant moins de chance de vous tromper que le malade aura de la fièvre, de l'agitation, du délire, et que la paralysie aura succédé à des convulsions ou à des contractures.

Si un épanchement très retardé, suivant la doctrine de J. L. Petit, peut, dans des cas très rares, déterminer à la même époque des phénomènes de compression, il ne s'accompagne pas de fièvre, de frissons, d'agitation, de délire, il vous est possible de le distinguer de la méningo-encéphalite.

De plus, l'examen du fond de l'œil peut vous fournir quelques indications. Dans la commotion, le fond de l'œil est normal. Dans la compression et dans la contusion, on observe souvent une infiltration sérieuse péripapillaire, des dilatations, des flexuosités, des thromboses, des veines rétiniennes. Dans l'encéphalo-méningite, c'est de la congestion avec œdème péripapillaire, de la dilatation des veines en dehors de la papille, des hémorragies rétiniennes.

Dans le troisième cas, c'est-à-dire quand les accidents signalés plus haut se montrent après que le coma s'est dissipé et que les blessés ont repris connaissance, la commotion cérébrale n'est plus en cause et vous ne pouvez hésiter qu'entre la compression, la contusion et l'encéphalo-méningite.

Pour ce qui est de la contusion qui, n'ayant point donné de signes immédiats, ne se révèle qu'au moment où l'inflammation s'empare des parties lésées, il est impossible d'établir à cette époque le diagnostic différentiel entre elle et l'encéphalo-méningite.

La question se trouve donc circonscrite entre la compression du cerveau et la méningo-encéphalite. Or, dans la compression, quel qu'en soit l'agent, si vous observez des paralysies, des contractures, des convulsions, vous n'observez pas en revanche l'élévation de la température, l'accélération du pouls, les frissons, le délire qui manquent si rarement dans l'encéphalo-méningite. Et encore, dans la compression, les symptômes sont plus constants, plus durables que dans l'encéphalo-méningite si remarquable par ses intermittences.

Détermination du siège des lésions.—Il y a 10 ans, Messieurs j'écrivais : " Les diverses tentatives de localisation des lésions cérébrales sont malheureusement jusqu'à présent restées sans résultats sérieux ; et j'admettais seulement la connaissance du siège de la localisation du langage. Aujourd'hui, le *desiratum* que j'exprimais alors est en partie rempli, grâce aux travaux de Broca, Hitzig, de Ferrier, de Charcot, de Pitres.

Je ne puis vous faire ici l'historique des localisations cérébrales ; vous savez que, de par l'expérimentation, contrôlée et quelquefois guidée par l'anatomie pathologique, la surface de l'encéphale a été divisée en un certain nombre de départements, représentant autant de centres fonctionnels distincts ; quelques-uns de ces points ont reçu le nom de moteurs ; et il n'est plus à prouver aujourd'hui que l'excitation de ces points détermine des convulsions dans les muscles auxquels ils commandent, que la destruction de ces mêmes points entraîne la paralysie de ces muscles.

La connaissance très exacte de cette topographie fonctionnelle de l'écorce cérébrale est absolument nécessaire au chirurgien, car elle lui permettra dans nombre de cas de préciser le siège de la lésion et d'aller à sa recherche, s'il y a lieu, sans risquer de s'égarer.

D'après Charcot et Pitres, la zone motrice du cerveau de l'homme comprend : les deux circonvolutions frontales ascendantes, le lobule paracentral et peut-être les pieds des trois circonvolutions frontales.

D'après les mêmes auteurs : Les centres moteurs pour les mouvements des deux membres du côté opposé sont dans les deux tiers supérieurs des circonvolutions frontales ascendantes et du lobule paracentral

Les centres pour les mouvements des muscles innervés par le facial inférieur sont dans le tiers inférieur des circonvolutions ascendantes.

Le centre pour le mouvement isolé du membre supérieur du côté opposé est dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante.

Le centre du langage articulé dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

M. Ferrier, par des expériences d'ailleurs bien conduites, a été amené à préciser davantage la situation de ces centres, qu'il a décomposés ; de plus, il a signalé les centres de la vision et de l'audition, plaçant le premier dans la région du pli courbe, le second dans la première et la deuxième circonvolutions temporales.

Localisations relatives au bulbe et à la protubérance.—Une dyspnée intense, un ralentissement considérable de la respiration et du pouls, la paralysie des quatre membres, des convulsions généralisées avec perte complète du sentiment et de l'intelligence, la paralysie simultanée de plusieurs nerfs crâniens, une mort très rapide, sont autant de signes probables d'une lésion bulbaire.

La paralysie alterne indique une lésion de la protubérance. Vous soupçonnerez encore une lésion de la protubérance avec une paralysie faciale du même côté que la paralysie des membres, si l'hémiplégie faciale est complète, c'est-à-dire si elle s'accompagne de paralysie de l'orbiculaire des paupières avec abolition des mouvements réflexes et de la contractilité musculaire de ce côté de la face.

La paralysie des deux faciaux, le strabisme, la paralysie des muscles d'un œil coïncidant avec une hémiplégie de l'autre côté du corps ; le

nystagmus, la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête, la polyurie, la polydipsie, la glycosurie, sont autant de signes propres à appeler votre attention sur une lésion bulbo-protubérantielle.

Les lésions du cervelet ont en propre : l'hémiplégie, tantôt directe, tantôt croisée, incomplète et irrégulière, l'incoordination des mouvements, les impulsions irrésistibles en avant ou en arrière, les mouvements giratoires, des troubles de la sensibilité, une douleur occipitale vive et tenace, l'amaurose ou l'ambliopie, la surdité plus ou moins complète, les érections, les éjaculations involontaires, les vomissements.—(*Progrès médical.*)

La lumière, électrique en chirurgie.—Leiter, le célèbre fabricant d'instruments, de Vienne a enfin résolu le difficile problème des endoscopes électriques. L'éclatante lumière projetée par l'anse métallique chauffée à blanc n'avait pu recevoir jusqu'ici une application bien pratique au diagnostic à cause de la quantité de chaleur développée par le courant électrique. Le polyscope de Trouvé, de Paris, rend de bons services pour l'éclairage des fosses nasales, du pharynx, du larynx etc, mais son action est nécessairement intermittente, puisqu'il faut interrompre le courant électrique pour laisser refroidir l'instrument. Le diaphanoscope de Bruck, qui n'est guère employé, est construit sur le principe que Leiter vient de perfectionner, et qui se résume à faire circuler un courant d'eau froide autour du fil de platine incandescent pour en absorber la chaleur. Pour cela le fil est renfermé entre les branches d'un tube de verre recourbé en U et dans lequel circule l'eau froide. Il est facile de supposer les difficultés mécaniques à vaincre pour appliquer ce principe si simple et pour l'adapter à des instruments faciles à manier et pouvant être introduits dans les cavités profondes, telles que l'estomac, la vessie etc, aussi n'est-ce qu'après deux années d'un travail acharné que Leiter y est arrivé. On comprend la grande importance pratique de l'appareil de Leiter, qui permet d'éclairer l'urètre, la vessie, l'oreille, la bouche, l'œsophage, l'estomac, le vagin, le rectum, etc. Jusqu'à l'automne dernier il n'existait que trois de ces appareils en Amérique, un à New-York, le second à San-Francisco et le troisième au Michael Reese Hospital de Chicago : nul doute que le nombre en sera bientôt augmenté. Le Dr Roswell Parko, de Chicago, donne de l'appareil de Leiter, une description détaillée, avec planches, dans les *Annals of Anatomy and Surgery de Brooklyn*, de mars 1883.

Réduction des hernies étranglées par les injections sous-cutanées de morphine.—M. le docteur Lombard (de Terrasson) transmet, sur ce sujet, la communication suivante : à la *Gazette des Hôpitaux*.

« J'ai essayé le procédé du docteur Philippe pour la réduction des hernies étranglées : injections sous-cutanées de morphine au niveau de l'étranglement. Sur huit cas, j'ai obtenu six réussites. Le taxis et tous les moyens ordinaires avaient été employés sans succès et la kéléotomie semblait la seule ressource. Deux fois la réduction a été impossible et les malades ont succombé n'ayant pas voulu tenter les chances de l'opération. Ce moyen est précieux, à la campagne surtout, où l'opération de la hernie étranglée est souvent repoussée par le malade et par la famille, où les aides font souvent défaut. L'injection,

si elle échoue, n'est pas un obstacle à une intervention plus active et n'enlève aucune chance de réussite.

Appelé par un de mes confrères pour pratiquer l'opération à laquelle le malade était parfaitement décidé et pour laquelle tout était préparé, je proposai une injection de morphine; j'en employai 2 centigrammes, et un quart d'heure après je réduisais facilement la tumeur; elle était récente et de petit volume.

J'ai été quelquefois forcé d'attendre un peu plus longtemps et d'employer un taxis, non pas forcé, mais plus énergique.

Une autre fois,—et c'est le seul cas où l'efficacité de la méthode puisse paraître contestable,—l'injection de morphine suspendit les vomissements et le taxis ne put faire rentrer la hernie; l'opération ne pouvait être pratiquée que le lendemain. Avant d'y procéder, dix-huit heures après l'injection, un taxis vigoureux réduisit la tumeur. J'attribue à la morphine une certaine part dans cette heureuse terminaison; d'autres pourront la contester, mais c'est le seul cas qui puisse servir de base à une discussion.

En résumé, j'ai employé huit fois la méthode du docteur Philippe; j'ai réussi six fois, cinq au moins. Ces chiffres me paraissent avoir leur éloquence."

Phlyctènes dans les fractures.—Les conclusions suivantes terminent une thèse récente du Dr. Giraud :

1o. Les phlyctènes peuvent se rencontrer dans plusieurs variétés de fractures. C'est principalement dans les fractures de jambe qu'on les rencontre, et surtout quand les deux os de la jambe sont fracturés simultanément, ou qu'il y a un déplacement notable des fragments.

2o. Nous considérons la présence des phlyctènes dans les fractures comme la manifestation d'un trouble trophique qui résulte de la contusion des filets nerveux profonds ou superficiels, cette contusion pouvant être d'ailleurs causée par le traumatisme qui a déterminé la fracture ou par la pression de l'appareil (de dehors en dedans); ou bien par les fragments osseux (de dedans en dehors).

3o. Elles constituent un signe précieux de fracture très utile à connaître dans un moment où l'état de gonflement des parties molles rend parfois le diagnostic très difficile. Cependant il peut se faire qu'à la suite d'une simple luxation, il se produise des phlyctènes. Mais, dans ce cas même, la phlyctène permettra toujours d'affirmer le traumatisme du squelette osseux.

4o. Au point de vue pronostique, elles sont souvent sans conséquences. Mais comme elle peuvent suppurer et amener des complications graves, il faut les panser régulièrement. Enfin, les phlyctènes étant des troubles trophiques, leur présence peut annoncer une plus longue durée probable dans la consolidation de la fracture.—(*Revue de Thér. Méd. Chir.*)

Cholecystotomie.—Le professeur Langenbeck, de Berlin (*Klin. Woc.*) a récemment enlevé la vésicule biliaire dans un cas d'affection calculuse chronique de cet organe. Il pratiqua une incision sur le bord externe du muscle rectus droit et une seconde à angle droit au niveau du rebord des côtes. La cavité abdominale fut ouverte, une ligature jetée sur le conduit cystique, après quoi la vésicule fut enlevée. Les suites furent exemptes de tout accident.—(*Canada Lancet.*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De l'opération des fistules vésico-vaginales, recto-vaginales et uréthro-vaginales.—Je ne veux pas, Messieurs, vous faire aujourd'hui l'étude des lésions que je viens d'énumérer au point de vue de leur étiologie, de leur diagnostic et de leur symptômes. Ces considérations se trouvent dans la plupart des livres classiques. Longuement exposées dans notre second volume des tumeurs du ventre et du bassin, elles sauraient d'autant moins me retenir que notre malade ne présente absolument rien de particulier à ces différents points de vue. Mais, insistant sur certains détails de médecine opératoire, je tiens surtout à vous démontrer que l'opération dite américaine n'est pas aussi minutieuse à pratiquer qu'on pourrait se l'imaginer et qu'il est facile en modifiant différents temps de la méthode classique, même à un chirurgien peu expérimenté, d'arriver rapidement à un résultat très satisfaisant, voire à une guérison complète. J'énumère sommairement les symptômes de la jeune femme que nous allons opérer. Elle est atteinte, Messieurs, d'une fistule vésico-vaginale consécutive au séjour trop prolongé de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne. Ce qui me permet de vous dire, en passant, que dans les accouchements je ne dis pas laborieux, mais lents, lorsque le col est entièrement dilaté depuis plusieurs heures, lorsque la tête engagée cesse de progresser par suite de l'inertie utérine, lorsque la femme enfin se plaint de besoins incessants d'uriner et surtout commence à rejeter des urines sanguinolentes, il ne faut plus seulement s'inspirer du bon état de l'enfant et de la mère. L'application du forceps est indiquée, et le médecin serait vraiment coupable de ne pas la faire immédiatement.

Quoi qu'il en soit, notre malade, soignée par une sage-femme de province, a été privée de ces secours et les tissus mortifiés n'ont pas tardé à s'éliminer, laissant une fistule dont vous pouvez maintenant constater les symptômes. Située dans la région du bas-fond vésical, elle laisse suinter l'urine goutte à goutte à mesure qu'elle arrive dans le réservoir urinaire. Une injection d'eau colorée dans la vessie montre que cette eau s'écoule immédiatement dans le vagin. Enfin un certain degré d'érythème apparaît à la face interne des cuisses déterminé par le contact du liquide dont la malade est continuellement souillée.

Ai-je besoin d'insister, Messieurs, sur les inconvénients d'une pareille lésion, de vous exposer les inconvénients multiples et pénibles qu'elle présente pour la malheureuse qui est en affectée? Assurément non, et vous comprenez comme moi combien il importe de la guérir à quelque prix que ce soit. Nous allons donc procéder à l'opération dite américaine que je vais vous décrire, mais en insistant plus particulièrement sur diverses modifications que depuis longtemps je préconise dans ces cliniques et dont l'importance ne saurait vous échapper.

La malade endormie, car il importe de n'être incommodé en aucune façon par les mouvements qu'elle ne pourrait manquer de faire si on la laissait éveillée, est placée dans la position que nous appelons, en France, obstétricale. Vous savez, en effet, qu'en Angleterre les femmes accouchent sur le côté et qu'il n'y a guère que les accoucheurs de notre pays qui reçoivent l'enfant les cuisses de la mère écartées et flé-

chies, la vulve tenue en haut et en avant, position d'ailleurs bien plus commode pour l'accoucheur et pour la patiente. Je recommande aux aides d'exagérer le mouvement de flexion des cuisses et de les ramener jusque sur le ventre de l'opérée. Dans cette état, en effet, l'immobilisation est complète et la région se présente à nous de la façon la plus heureuse.

Après avoir lavé avec une solution phéniquée très diluée la vulve et la région périnéale, j'applique le spéculum univalve qui me permet de mettre à nu le pertuis minuscule par lequel l'urine suinte. Pour éviter toute cause d'erreur et ne m'exposer à aucune méprise, je fais, dans la vessie, une injection de liquide coloré. Le liquide ressort, vous le voyez, par la fistule. C'est donc bien l'orifice pathologique à obturer que nous avons sous les yeux.

Pour faciliter le premier temps de l'opération, Messieurs, je vais amener, pour ainsi dire, cet orifice au dehors et me mettre dans des conditions spéciales et bien supérieures à celles des autres opérateurs. Je l'entoure, en effet, de quatre ou cinq pinces hémostatiques placées à quatre centimètres de la fistule. Ces pinces saisissent solidement la muqueuse vaginale et, grâce à elles, je puis, non seulement attirer l'orifice à la vulve, mais, avec l'aide d'un de mes assistants, je le tiendrai sous ma main pendant tout le temps de l'opération.

Je commence l'avivement des parties. Pour cela, enfonçant mon bistouri à 1 centimètre du pertuis, je taille, autour de ce pertuis, un lambeau en biseau qui place, comme vous le voyez, l'orifice au centre d'un véritable entonnoir, d'un cratère dont le bord est incliné de dehors en dedans, de la muqueuse vaginale à celle de la vessie. Ce temps est le plus délicat de l'opération. En effet, il importe que l'avivement soit bien complet; autrement, l'adhérence ne pourrait avoir lieu. D'autre part, il faut que le biseau soit bien régulier pour que les parties cruentées se juxtaposent de la façon la plus complète. En le faisant régulièrement circulaire, en plaçant la ligne supérieure à 1 centimètre des bords de la fistule vous arrivez facilement au résultat désiré.

Alors commence le temps de suture. Je me sers, vous le voyez, d'un porte-fil spécial, mais des aiguilles fines tenues avec des pinces hémostatiques remplaceraient, au besoin, cet instrument. J'enfonce le fil à 1 centimètre encore du bord de l'avivement, je le fais passer à la partie moyenne de la surface cruentée et je vais le faire sortir à 1 centimètre du bord opposé.

Je ne crains pas de multiplier les sutures. La fistule que vous me voyez opérer est très petite, néanmoins, je place sept fils ayant soin d'en mettre surtout aux deux angles supérieur et inférieur, les points, vous le savez, où l'adhérence est particulièrement difficile à obtenir. Une pince hémostatique est fixée provisoirement sur chaque paire de fils, de façon que les deux chefs ne se brouillent pas. Tous ces fils passés, je procède au rapprochement des surfaces cruentées et je fais des sutures entortillées. Vous le voyez, le rapprochement est parfait et exécuté de façon telle que la crête se trouve du côté de la vessie; Disposition importante, car si cette crête se trouvait du côté du vagin l'urine baignant dans le cratère vésical ne pourrait manquer de nuire à l'adhérence des parties et de troubler considérablement la marche de la lésion.

Certains chirurgiens coupent leurs fils au ras du vagin et ne les lais-

sent en place que six ou sept jours. Je procède d'une façon différente. Les chefs sont respectés et réunis en un faisceau qu'une bande de diachylon va maintenir uni. De cette façon quand nous devons les retirer nous sommes certains de tous les retrouver. De plus, nous guidant sur le fil, nous arriverons beaucoup plus facilement à en couper un des chefs au ras du vagin. J'ajoute que le vagin ne sera pas irrité par leur contact puisque je ne laisserai aucune pointe dans l'organe. Enfin n'ayant pas à redouter cette irritation je pourrai les laisser dix ou douze jours en place.

Dernier détail, je préfère à la sonde de Sims que vous connaissez tous, une sonde en caoutchouc vulcanisé que j'immobilise au moyen d'un gros bouchon dans lequel je la fais passer à frottement dur. La sonde est introduite de quelques centimètres dans la vulve; le bouchon est fixé sur la vulve au moyen de quatre chefs, que je maintiens à l'aide d'un bandage de corps appliqué au dessous du bassin. L'extrémité externe suffisamment longue va porter enfin l'urine dans un vase à col étroit laissé entre les jambes de la malade.

Telles sont, Messieurs, les quelques modifications que je ne saurais trop préconiser dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Il me serait facile de vous prouver, statistique à l'appui, que j'ai tout lieu de m'en féliciter et qu'elles me donnent les résultats les plus heureux.

Ce que je viens de dire pour la fistule vésico-vaginale, je pourrais le répéter pour les fistules uréthro-vaginales et recto-vaginales. Dans tous ces cas, n'oubliez point le grand précepte, celui qui domine la marche consécutive de l'opération: faites en sorte que la crête consécutive au rapprochement des parties cruentées se trouve du côté des liquides irritants et capables d'entraver la cicatrisation. De cette façon, et en vous servant heureusement des pinces hémostatiques comme je vous l'ai indiqué vous obtiendrez toujours les succès les plus satisfaisants.—*Revue Médicale Franç. et Etrang.*

Présentations du sommet en position occipito-iliaque postérieure.—Dans ces cas, généralement si difficiles, dit le Dr. Patmore Sheehy, au cours d'un article publié dans le *British Medical Journal* du 24 mars dernier, j'ai depuis quelques temps adopté la méthode de Smellie qui consiste à élever la tête et à la ramener en 1^{re} variété, (occipito-iliaque antérieure) avant de commencer les tractions avec le forceps. Du 26 novembre au 22 décembre 1882 j'ai rencontré, dans ma clientèle privée, quatre cas de ce genre, mais depuis cette époque, je n'en ai eu qu'un seul, dans la clientèle d'un ami. Dans mes trois premiers cas, le travail restant stationnaire et l'intervention avec le forceps étant absolument requise, la position fut rectifiée par la méthode de Smellie: dans le quatrième, les forces de la nature et les manipulations réussirent à ramener la tête en bonne position. Dans les trois premiers cas les malades furent anesthésiées: chez la première, multipare à son huitième enfant, la tête était placée en quatrième variété, (1) le forceps appliqué de la manière ordinaire ne put ramener la tête de l'enfant; en l'élevant je réussis à lui imprimer un mouvement de rotation qui la ramena en variété antérieure et je pus facilement terminer l'accouchement en quelques secondes.

(1) La plupart des auteurs n'admettent que trois variétés, antérieure, transverse, postérieure.

Chez la deuxième, multipare aussi, on avait toujours été obligé de terminer l'accouchement avec le forceps; je l'avais moi-même accouchée en septembre 1881, avec le forceps sans difficulté, mais cette fois, le 14 décembre 1882, le forceps fut insuffisant. La même méthode fut appliquée, la tête ramenée en deuxième variété et l'accouchement terminé en peu de temps avec facilité.

La troisième était une primipare âgée de 27 ans, la tête de l'enfant étant en quatrième variété qui fut ramenée en première et toute difficulté cessa. Il est nécessaire d'être très précis dans le diagnostic et de s'assurer si l'occiput est en troisième ou quatrième position, sans quoi on s'expose à mal effectuer la rotation; de plus il est préférable d'appliquer le forceps de manière à ce que sa concavité regarde le périnée, et d'en placer les branches sur les oreilles du fœtus avant de faire la rotation, sans quoi on s'expose à un double danger, à savoir: le bord antérieur du forceps appliqué de la manière ordinaire peut blesser ou détruire un œil ou les deux. (j'ai eu un cas de ce genre dans ma clientèle il y a deux ans), ou bien si les manches du forceps sont ramenés en avant trop tôt ou trop en avant au dessus du pubis, l'extrémité opposée déchirera le périnée quand la tête sera arrivée sur le plancher du détroit inférieur. Il est vrai qu'il est plus difficile d'appliquer le forceps de la manière que j'indique, mais cette difficulté n'est pas telle qu'elle puisse constituer une objection sérieuse. Je suis convaincu que si on savait la facilité avec laquelle ces positions occipito-iliaque postérieures peuvent être modifiées, la méthode de Smellie serait beaucoup plus souvent employée, les déchirures du périnée seraient bien moins fréquentes, la craniotomie serait rarement nécessaire, et on n'aurait pas si souvent besoin de recourir à de puissants instruments du genre du forceps de Tarnier.

Dans la livraison suivante (31 mars) du même journal, le Dr Wyllys émet les opinions suivantes sur le même sujet:

Sur 1400 accouchements consécutifs, j'ai rencontré la présentation du sommet en position occipito-iliaque postérieure vingt-six fois, dix fois chez des primipares et seize fois chez des multipares; sur ce nombre j'ai terminé l'accouchement au moyen du forceps vingt-quatre fois et deux fois par les manipulations seulement. Dans tous les cas l'enfant est né vivant et sans blessures, le périnée n'a jamais été déchiré. Depuis quelques années j'ai pour habitude d'essayer de ramener les cas de troisième ou quatrième variété en première ou deuxième au moyen des manipulations, mais je n'ai pas souvent réussi. En plusieurs occasions cependant, j'y suis arrivé avec le forceps, mais la rotation n'est pas toujours le moyen le plus facile d'amener la délivrance. Dans les cas où il y a eu de fortes douleurs pendant plusieurs heures, la forme de la tête peut s'être adaptée aux parties dures au point de rendre l'expulsion avec la face au pubis le procédé le plus sûr et le plus court. Dans les cas de ce genre je préfère de beaucoup le forceps droit qui permet de faire la rotation des deux côtés sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'expédient gauche et incommode suggéré par M. Sheehy qui applique le forceps concave *sens devant derrière*, chose qui n'est possible d'ailleurs que lorsque la tête est bien descendue.

PÆDIATRIE.

De l'albuminurie chez les enfants.—Par HENRI LEROUX, chef de clinique de la Faculté.—Divers mémoires ont été publiés dans ces derniers temps au sujet de l'albuminurie chez les individus bien portants et notamment chez les enfants. Je viens donner à mon tour le résultat des recherches que j'ai entreprises à l'hospice des Enfants assistés, dans le service de M. le professeur Parrot.

Je crois devoir indiquer quelques détails sur la manière dont j'ai procédé pour obtenir ma statistique.

J'ai un jour examiné les urines de tous les enfants demeurant dans les divisions; c'est-à-dire de tous ceux qui forment le dépôt et ne présentent aucune maladie à leur entrée dans la maison. Cet examen a été pratiqué dans l'après-midi, entre une et trois heures; depuis ce jour, tous les garçons âgés de plus de cinq ans ont eu leur urine examinée le matin à huit heures et demie, avant leur entrée dans les divisions. Enfin j'ai terminé mes recherches quelques semaines plus tard par un nouvel examen, dans l'après-midi, de tous les enfants inscrits au dépôt. Il y a donc eu, par suite, des enfants examinés deux ou trois fois, en sus de ceux chez lesquels, l'albuminurie ayant été une fois constatée, des examens quotidiens ont été pratiqués pendant une période de durée variable, comme le montrent les observations ci-dessous.

Un mot maintenant sur la distribution des repas à l'hospice des Enfants assistés; l'indication des heures a sa valeur, puisque des opinions contradictoires ont été émises sur la fréquence des albuminuries passagères à tel ou tel moment de la journée. Furbringer, par exemple, cité par M. Lépine dans sa revue générale de l'albuminurie, signale l'albuminurie comme plus fréquente le matin que l'après-midi ou le soir. Johnson, au contraire, pense qu'elle se rencontre deux fois plus souvent après un repas, qu'avant, ou après un exercice, et n'attache pas de valeur à la question de l'heure matinale prise d'une manière absolue.

Les enfants levés sur les six heures ont un petit déjeuner à sept heures, un déjeuner plus substantiel à onze heures, un dîner à cinq heures. Parmi les enfants chez lesquels j'ai constaté l'existence de l'albuminurie, on peut établir deux catégories; tous ceux qui étaient atteints d'une albuminurie intense, dosable et chez lesquels la quantité d'albumine s'élevait à 1, 2 et 3 grammes par litre, présentaient cette altération qualitative de l'urine, aussi bien dans la matinée que dans l'après-midi. Il n'en a pas été de même pour ceux qui n'avaient que des albuminuries passagères; c'est dans l'après midi, entre une heure et trois heures, c'est-à-dire après un fort repas, que les réactifs ont le plus souvent décelé un nuage plus ou moins accusé, tandis que l'urine du matin, fraîche également, ne donnait que des résultats négatifs. Je suis donc amené à regarder l'opinion de Johnson comme plus fondée que celle de Furbringer et à accorder une certaine importance au repas qui a précédé l'examen de deux à trois heures.

J'arrive aux résultats statistiques recueillis dans la suite de mes recherches. J'ai examiné 118 filles sur lesquelles plusieurs ont été observées à diverses reprises, soit 139 examens, et 212 garçons qui m'ont donné 292 examens; soit un total de 330 enfants et de 431 examens.

Voici le tableau d'après les âges :

	Garçons.	Filles.	Total.		Garçons.	Filles.	Total.
Au-dessous de 2 ans..	4	5	9	A 10 ans.....	31	22	53
À 4 ans.....	1	3	4	à 11 ans.....	17	3	20
à 5 ans.....	7	4	11	à 12 ans.....	20	11	31
à 6 ans.....	15	5	20	à 13 ans.....	14	4	18
à 7 ans.....	24	19	43	à 14 ans.....	16	1	17
à 8 ans.....	24	13	37	à 15 et 16 ans..	11	1	12
à 9 ans.....	28	27	55				

J'ai constaté la présence de l'albumine chez 19 enfants, 9 garçons et 10 filles, dont voici le tableau :

	Garçons.	Filles.	Total.	Total général.
A 6 ans.....	0	1	1	20
à 7 ans.....	1	1	2	43
à 8 ans.....	0	1	1	37
à 9 ans.....	0	1	1	55
à 10 ans.....	3	1	4	55
à 12 ans.....	1	3	4	31
à 13 ans.....	2	2	4	18
à 15 ans.....	2	0	2	12
	9	10	19	

La moyenne totale serait donc à peu près un cas d'albuminurie sur 17 enfants, un sur 11 filles et sur 23 garçons.

Mais il s'en faut de beaucoup que la présence de l'albumine dans les urines ait dans tous les cas que j'ai observés la même signification et je crois devoir insister sur les catégories que j'ai mentionnées plus haut. Il faut établir une distinction très nette entre les cas d'albuminurie transitoire, occasionnelle, durant quelques jours, parfois moins encore, toujours peu accusée, et ceux au contraire où les réactifs employés ont précipité un dépôt plus ou moins notable d'albumine que j'ai pu doser à plusieurs reprises avec l'acide picrique et l'albuminimètre d'Esbath.

A ce point de vue, les 19 cas peuvent se décomposer comme il suit : pour les filles, albuminurie légère 7 cas, grave 3 cas ; pour les garçons, albuminurie légère 7 cas, grave 2 cas. Il est bien évident d'ailleurs que cette division si tranchée est quelque peu factice et que, entre les cas types, il y a des gradations plus ou moins marquées.

La difficulté principale dans l'interrogatoire de ces enfants était l'étude de l'étiologie ; aucun d'eux n'était couché dans un des lits de l'infirmerie ; tous menaient dans l'hôpital la vie de leurs camarades, exposés aux mêmes refroidissements, soumis au même régime pour la nourriture, le travail et les exercices, et je n'ai pu avoir que des renseignements très incomplets sur les maladies antérieures qu'ils avaient pu contracter, sur l'état de salubrité ou d'humidité de leurs logements, sur la santé de leurs parents.

Dans plusieurs cas, la rougeole a été notée dans les antécédents éloignés. Un des garçons qui a présenté une albuminurie persistante, portait un mal de Pott à la région dorsale ; deux enfants m'ont présenté le facies strumeux assez caractérisé, avec adénite cervicale chronique : c'était le frère et la sœur. Une observation surtout me paraît intéressante : c'est celle d'un garçon vigoureusement constitué et chez lequel mon attention avait été attirée par la coloration brune, couleur de bière, de l'urine. Dans un état de santé parfait, ne présentant aucune trace d'œdème, ayant un excellent appétit, il fut pris de vomissements, de fièvre, et me présenta tous les signes d'une congestion pulmonaire

généralisée avec un point de pneumonie. Un traitement énergique conjura le danger, et la fièvre ainsi que la congestion disparurent avec une singulière rapidité.

Les divers réactifs auxquels j'ai eu recours ont été l'acide nitrique, versé dans le verre à pied d'après les indications de Gubler, l'acide picrique et la chaleur avec l'acide acétique.—(*Revue de Médecine.*)

La diarrhée chez les enfants.—Clinique de M. JULES SIMON à l'hôpital des Enfants Malades.—La diarrhée est extrêmement fréquente chez l'enfant, qui le plus souvent est surmené du côté des voies digestives. Mais tout d'abord, qu'est-ce que la diarrhée chez les petits enfants ? Une selle liquide ? Non, cela ne suffit pas pour caractériser la diarrhée ; toute selle liquide n'est pas forcément de la diarrhée, et vous savez que l'enfant en bas âge, l'enfant au-dessous d'un an, a trois selles fluides par jour. Mais il y a diarrhée quand la fluidité et le nombre des selles sont sensiblement augmentés et dépassent notablement la normale ; en un mot, lorsque les selles sont plus fréquentes que d'habitude ou lorsqu'elles sont altérées dans leurs qualités physiques et chimiques.

La diarrhée peut être primitive ; elle peut être consécutive, ou mieux, secondaire, apparaissant par exemple pendant le cours ou à la fin d'une maladie, telle par exemple qu'une pneumonie, une rougeole, etc. Elle est légère, intense ou grave ; je n'ai pas besoin d'insister là-dessus ; sa gravité dépend de la résistance des forces du petit malade.

Quant aux différentes formes qu'elle peut revêtir, je dirai que :

1^o. Elle peut être cholériforme, c'est-à-dire simulant le véritable choléra, lequel est rare chez l'enfant, tandis que la maladie, connue sous le nom de choléra infantile ou diarrhée cholériforme, est, au contraire, très fréquente en été.

2^o. Elle peut être dysentériorforme et non dysentériorforme, —il ne faut pas confondre les deux termes, —dysentériorforme, c'est-à-dire que la diarrhée s'accompagne d'un petit flux de sang sans qu'il existe aucune ulcération du gros intestin. Il se fait là du côté de l'intestin une de ces fluxions sanguines analogues à l'épistaxis, fluxions qui n'ont pas moins le don de semer l'effroi dans la famille ; aussi les parents d'accourir pour vous dire : Mon enfant a la dysenterie, il rend du sang depuis plusieurs jours en allant à la selle.—Non, ce n'est pas de la dysenterie, cette affection est très rare chez les petits enfants, tandis que la diarrhée dysentériorforme, au contraire, est très fréquente.

3^o. Diarrhée cérébrale.—La diarrhée peut affecter la forme cérébrale, c'est-à-dire qu'elle peut s'accompagner de certains phénomènes cérébraux, de convulsions éclamptiques, chez certains enfants, alors même que la diarrhée est légère. Elle peut être comateuse à la suite d'un flux abondant. Elle peut être méningée, simuler la méningite par l'intensité des phénomènes cérébraux. Mais ce n'est point là la méningite qui ne guérit pas ou qui peut au moins laisser des traces après elle ; c'est la diarrhée méningitique, sorte de pseudo-méningite qui guérit très bien. Beaucoup de ces méningites ont guéri qui n'étaient autres que des pseudo-méningites, des diarrhées cérébrales simulant la méningite. Le diagnostic, dans cette forme, est des plus importants pour le pronostic à émettre et le traitement à instituer. On peut donc rencontrer, dans ce que j'appelle la diarrhée cérébrale,

trois formes : a. la forme convulsive, éclamptique ; b. la forme comateuse : c. la forme méningée ou fausse méningite.

Quant au choléra asiatique, je l'ai déjà dit tout à l'heure, il est extrêmement rare chez l'enfant : aussi n'ai-je pas à y insister ici.

Voilà pour les diverses formes sous lesquelles la diarrhée peut se présenter chez les enfants.

Si maintenant on veut étudier la diarrhée au point de vue de son origine, on peut établir la division suivante :

Diarrhée *sine materia*, sans lésion, c'est-à-dire la diarrhée lientérique ou catarrhale. On l'observe notamment chez l'enfant à la mamelle comme résultant soit de l'altération du lait, que l'allaitement ait lieu par la mère ou par une nourrice étrangère, ou qu'il soit artificiel, c'est-à-dire par le biberon ; soit d'un sevrage prématuré, soit encore de la présence de corps étrangers dans le tube digestif, tels par exemple que des vers intestinaux. Elle peut encore résulter de l'abus des purgatifs ou de certains médicaments, de l'huile de foie de morue, etc., etc. En dehors de ces causes, la diarrhée lientérique ou catarrhale peut encore être produite par l'impression du froid, de même que par les chaleurs excessives qui règnent dans la saison d'été. Des troubles nerveux, une émotion un peu vive, peuvent encore en être la cause, de même que des douleurs vives, une brûlure intense. Enfin cette diarrhée se rencontre parfois aussi, à la fin d'une maladie, comme un phénomène critique. A ce propos, je puis vous citer le fait qui s'est passé il y a quelques années à l'École Militaire, où je fus appelé pour un jeune enfant pris tout-à-coup, à la fin d'une pneumonie, de tels accidents diarrhéiques qu'il était plongé dans un état de faiblesse extrême et que les parents le regardaient comme perdu. Et de fait, au premier abord, la situation paraissait des plus graves pour quiconque n'était pas prévenu de l'apparition possibles de semblables phénomènes. Mais jugeant ce flux intestinal comme une diarrhée critique, une de ces diarrhées terminales que l'on rencontre parfois à la fin de certaines maladies, je rassurai bien vite la famille. Peu de jours après, l'enfant était complètement guéri.

Cette diarrhée sans lésion du tube digestif, *sine materia*, comme je le disais tout à l'heure, s'observe encore dans le cours de la dentition, non pas que celle-ci en soit la cause directe, mais parce que le travail de l'éruption des dents amène un peu de prurit, une salivation exagérée, de la dyspepsie et des troubles digestifs complexes, d'où la diarrhée.

Enfin une éruption exanthématique peut produire également les mêmes accidents lientériques.

Tel est en quelques grandes lignes le tableau résumé de la diarrhée chez les petits enfants.—(*Gazette des hôpitaux.*) *A suivre.*

Examen des urines.—M. Rommelaere prétend que dans les affections de nature maligne la proportion d'urée dans l'urine diminue progressivement jusqu'à 180 grains en 24 heures. Cette hypo-azoturie n'existe pas dans de tumeurs bénignes.

—**Emploi local de l'acide boracique.**—(*B. Frou.*)—Le Dr King conseille l'acide boracique en poudre ou solution dans la glycérine contre la vaginité des petites filles, la leucorrhée, l'ozène, la pharyngite, etc.—*N. Y. Med. Record.*

FORMULAIRE.

Cathartiques efficaces chez les enfants.—

1o. R—Ext. sennæ fl.....	ʒi
Sod. sulphat.....	ʒss
Spt. limon.....	ʒi
Syrupi.....	q.s. ad ʒiv

M.—Dose ; De une demie à une cuillerée à thé toutes les deux ou quatre heures suivant l'âge.—(Dr J. Cooperider.)

2o. R—Sennæ.....	} ââ ʒvi
Glycyrrhizæ.....	
Sulphur.....	ʒiii
Sacchari.....	ʒxviii

M—A donner, en infusion théiforme épaisse, à dose de 20 à 40 gouttes aux enfants, une, deux ou trois fois par jour suivant le besoin.—(Dr M. R. Morden.)

3o. Le Dr. W. R. Smith recommande le phosphate de soude granulé à dose de 15 grains, 3 fois par jour.—(Medical Age.)

Purgatif au séné et au chloral.—Ce purgatif agirait promptement, d'après le Dr Bonnatti, et n'aurait pas de goût désagréable.

Voici les deux formules indiquées par l'auteur :

1o Séné.....	6 gr
Faire une infusion dans eau.....	300 "
Ajouter hydrate de chloral	1,50 à 3 gr
Sirop simple	30 gr
M. S. A.	

2o Séné	ʒiii
Faire infuser dans eau.....	ʒixss
Ajouter hydrate de chloral.....	ʒi grs v à ʒiiss
Sirop simple.....	ʒi
M. S. A.	

Ces préparations ont donné des effets purgatifs dans des cas où l'administration du jalap et même l'huile de croton s'était montrée inefficace.

Incontinence d'urine.—M. le docteur Ribes conseille les pilules suivantes, à la dose de une par jour, en augmentant ensuite graduellement, chez les enfants qui ont des incontinenances d'urine :

R—Extr. alcoolique de noix vomique.....	gr i
Ethiops martial.....	ʒi grs xv

Faire trente pilules.

Rhumatisme articulaire aigu.—(Hôpital Rosevelt.)

R—Sol. acid. salicylic. (40 grains à l'once).....	ʒii
Tinc gaultheriæ	ʒi
Aquæ	ʒiv

Une cuillerée à soupe toutes les 4 ou 6 heures.

Potion tonique.—(Dr. Baer.)

R—Hydrarg. corrosiv. sublim.....	gr i
Tr. ferri muriat.....	ʒiv
Acid. hydrochloric dil.....	ʒiv
Sol. arsenici chlorid.....	ʒi
Syrupi.....	ʒii ss
Aquæ.....	q.s. ad ʒvi

M.—Dose : Deux cuillerées à thé après les repas.—(*Medical Herald.*)

Pansement des engelures ulcérées.—(H. Vigouroux.)

R—Chlorure de chaux.....	ʒss
Borate de soude.....	ʒii
Axonge récente.....	ʒi

F. S. A. une pommade.

Poudres à priser à employer dans les cas de coryza aigu.—(Beverly-Robinson, de New-York.)

R—Sulfate de morphine.....	gr i
Sous-nitrate de bismuth.....	ʒiii
Gomme arabique en poudre.....	ʒi

M. S. A.

(Yvon.)

R—Sous-nitrate de bismuth.....	ʒv
Poudre de benjoin.....	ʒiiss
Tannin en poudre.....	ʒi
Chlorhydrate de morphine.....	gr ii

M. S. A.

E R.

Application trois fois par jour sur un linge fin, après lavage préalable avec la décoction de feuilles de noyer.

Guérison des verrues.—(Hyde.)

R—Extrait de chanvre indien.....	gr i
Acide salicylique.....	grs xx
Collodion.....	ʒi

M. S. A.

Badigeonner chaque jour les excroissances avec ce mélange.

Nitrate de plomb dans le cancer du col.—M. Chéron (*Revue des maladies des femmes*) prétend avoir obtenu de bons résultats de l'application locale du nitrate de plomb pulvérisé sur le col ulcéré. Après avoir préalablement touché la surface ulcérée avec de la glycérine, il injecte environ une pinte d'eau froide contenant à peu près une drachme et demie de teinture de perchlorure de fer puis il assèche les parties avec du coton absorbant, puis il applique la poudre suivante au moyen d'une seringue pour injecter les poudres :

R—Plumb. nitr. pulv.....	ʒss
Lycopod. pulv.....	ʒi

M.—La poudre est retenue en place par un tampon d'ouate. Ce traitement diminue considérablement la suppuration et la mauvaise odeur. L'hémorrhagie n'est pas aussi abondante; dans certains cas elle est même entièrement supprimée.—(*Cin. Lan. & Clinic.*—*Quarterly Epitome.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MAI 1883.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

Acte d'Anatomie.

Nous publions ci-dessous l'Acte d'Anatomie tel qu'adopté à la dernière session de la Législature Provinciale et sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur-en-Conseil :

Acte pour amender et refondre les divers actes concernant l'étude de l'anatomie.

SA MAJESTÉ, par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. Pour les fins du présent acte, la Province de Québec sera divisée en deux sections qui seront nommées "section de Québec" et "section de Montréal;" lesquelles sections comprendront, respectivement, les districts judiciaires qu'il plaira au lieutenant-gouverneur en conseil de fixer.

Il sera loisible au lieutenant-gouverneur en conseil de nommer, sous bon plaisir, un inspecteur d'anatomie pour chacune de ces sections et un sous-inspecteur d'anatomie pour chaque district judiciaire, excepté pour ceux de Québec et Montréal, où cette charge sera remplie par l'inspecteur d'anatomie; mais les inspecteurs ainsi nommés ne pourront être liés à aucune université ou école de médecine.

2. Le cadavre de toute personne trouvée morte et exposée publiquement, ou de celle qui, immédiatement avant son décès, était à la charge de quelque institution publique recevant une subvention du gouvernement provincial, sera livré, par l'intermédiaire de l'inspecteur ou du sous-inspecteur d'anatomie, aux universités ou écoles de médecine en cette province, pour servir à l'étude de l'anatomie et de la chirurgie, à moins que ce cadavre ne soit réclamé pour l'inhumation, dans les vingt-quatre heures après le décès, par des personnes affirmant solennellement devant l'inspecteur ou sous-inspecteur, à la discrétion de ces officiers, qu'elles sont parentes du défunt jusqu'au degré de cousin germain inclusivement.

3. Tout surintendant ou administrateur d'une institution publique, ainsi subventionnée, où sera décédé un des patients à sa charge, devra dans les quarante-huit heures du décès, en donner avis à l'inspecteur ou au sous-inspecteur d'anatomie du district.

Tout coroner, qu'il fasse ou non une enquête sur un cadavre trouvé publiquement exposé, devra aussi en donner immédiatement avis à tel inspecteur ou sous-inspecteur.

Dans tous les cas, un cadavre non réclamé comme ci-dessus ne sera livré que sur l'ordre de l'inspecteur ou du sous-inspecteur d'anatomie, et à la personne qui sera mentionnée dans tel ordre, excepté dans le cas de mort par maladie contagieuse constaté par un médecin.

4. L'avis donné à l'inspecteur ou au sous-inspecteur d'anatomie, en vertu de la section précédente, indiquera les noms et prénoms, (s'ils sont connus), le sexe, l'âge, l'état, la religion, la nationalité, l'occupation, la date du décès et la maladie ou cause de mort du défunt.

Le sous-inspecteur devra : 1^o transmettre sans délai à l'inspecteur de la section à laquelle il appartient, l'avis qu'il a reçu, ainsi que le cadavre qui lui a été remis, et 2^o ne livrer les cadavres qui sont à sa disposition qu'à l'inspecteur d'anatomie de sa section seulement, sous peine d'une amende de cinquante piastres pour chaque cadavre livré autrement.

5. Chaque inspecteur d'anatomie devra :

1. Tenir un registre dans lequel il transcrira au long les avis qu'il recevra en vertu de la section trois du présent acte, ainsi que le nom de l'université ou de l'école de médecine à laquelle il aura livré le cadavre ;

2. Distribuer impartialement les cadavres qui auront été mis à sa disposition aux universités ou aux écoles de médecine, à tour de rôle et en proportion du nombre d'élèves inscrits sur les registres de chaque telle institution ;

3. Ne faire la distribution de ces cadavres qu'aux universités ou écoles de médecine de cette province, conformément aux dispositions du présent acte, sous peine d'une amende de cinquante piastres pour chaque cadavre livré autrement ;

4. Visiter soigneusement les chambres de dissection au moins une fois par semaine et ordonner, qu'après dissection, les restes de chaque cadavre soient enlevés et inhumés décentement dans un cimetière de la croyance du défunt.

6. Le surintendant ou administrateur de toute université ou école de médecine devra aussi tenir un registre dans lequel il entrera les noms

et prénoms (s'ils sont connus,) le sexe et la date de la réception du cadavre qui lui sera fourni par l'inspecteur d'anatomie, la date à laquelle tel cadavre sera remis au dit inspecteur pour l'inhumation et le nom du cimetière où les restes ont été inhumés après dissection.

7. Chaque université ou école de médecine paiera à l'inspecteur d'anatomie, en sus des frais de transport et d'inhumation, une somme de dix piastres pour chaque cadavre livré, et l'inspecteur paiera au sous-inspecteur pour chaque cadavre que ce dernier lui livrera, une somme de cinq piastres, en sus des frais de transport.

8. Tout surintendant ou administrateur d'une institution publique recevant une subvention du gouvernement, ou tout coroner qui omettra ou négligera ou refusera de se conformer aux dispositions du présent acte, ou toute université ou école de médecine qui recevra des cadavres dans ses chambres de dissection, ou qui laissera disséquer dans son établissement des cadavres qui ne lui auront pas été fournis par l'inspecteur d'anatomie, ou qui n'auront pas été reçus avec son autorisation conformément au présent acte, sera passible, sur plainte portée à cet effet devant un juge de paix, par l'inspecteur ou le sous-inspecteur d'anatomie, d'une pénalité de pas moins de cent piastres et de pas plus de deux cents piastres pour chaque infraction; et le montant de ces pénalités et les frais d'action seront retenus par le trésorier de la province, sur la subvention la plus prochaine que devra recevoir telle institution, université ou école de médecine; ou seront retenus sur les émoluments qui deviendront dûs à tel coroner, suivant le cas.

9. Lorsque, suivant les dispositions du présent acte, un cadavre aura été livré avant son inhumation, à une école de médecine ou à une université, l'inspecteur ou sous-inspecteur d'anatomie qui l'aura livré, sera tenu sous un délai de huit jours, de se présenter dans la localité où le décès a eu lieu, devant le curé, prêtre ou ministre de la religion à laquelle appartenait la personne décédée, et de faire inscrire sur le registre de l'état civil, un acte de décès qui aura le même effet que l'acte de sépulture et qui en tiendra lieu; et à défaut par lui de se présenter ainsi, il sera passible, pour chaque omission, d'une pénalité n'excédant pas cinquante piastres.

Cet acte mentionnera le jour du décès, les noms et prénoms, l'état, l'occupation, l'âge du défunt, le nom de l'institution où il est décédé ou de la place où il a été trouvé, et il sera signé par l'inspecteur ou sous-inspecteur d'anatomie suivant le cas, et par la personne qui l'aura inscrit.

10. Chaque inspecteur d'anatomie fera au secrétaire provincial, le premier d'octobre de chaque année, un rapport général de ses opérations.

11. Toutes les dispositions du chapitre soixante-seize des statuts réformés du Canada relativement à l'anatomie, et celles des actes de cette province, trente-six Victoria, chap. vingt-neuf, trente-huit Victoria, chapitre trente-six, quarante-et-un Victoria, chapitre huit, sections deux, trois et cinq, et quarante-deux-quarante-trois Victoria, chapitre trente-huit, sont par le présent abrogées.

12. Le présent acte viendra en force le jour de sa sanction.

Conseils Pratiques.

Les examens qui viennent de se terminer dans les facultés de médecine de nos universités ont doté le pays de près de cent nouveaux médecins qui, actuellement, ont tous ou presque tous choisi d'une manière définitive la localité dans laquelle ils veulent tenter fortune et répandre autour d'eux les bienfaits de l'art de guérir. Plusieurs d'entre eux se sont dirigés vers les Etats-Unis où les chances de succès et d'avancement leur ont paru plus nombreuses. Quelque part qu'ils soient, nous souhaitons à nos jeunes amis tout le succès qu'ils ont lieu d'espérer et qu'ils sont en droit d'attendre après les fortes études qu'ils viennent de faire et qui leur ont valu le diplôme si longtemps rêvé et si chèrement conquis.

Mais ne voulant pas borner à des souhaits stériles ou à de banales félicitations l'accueil que nous voulons faire aux nouveaux confrères, nous nous permettons de leur donner à tous—la plupart nous liront,—quelques conseils en rapport avec les besoins de l'heure présente, conseils que nous les prions de vouloir bien recevoir aussi cordialement que nous les leur offrons. C'est, croyons-nous, le Dr. Clark qui a dit : "Quiconque veut occuper un rang éminent parmi ses confrères doit beaucoup lire, beaucoup penser et beaucoup écrire." Nous ajouterons : "Beaucoup voir."

Il n'est certes pas donné à tous de parvenir au premier rang ni d'occuper les premières places, mais tous doivent avoir à cœur de ne pas rester en arrière, de suivre pas à pas les découvertes multiples de chaque jour, afin de pouvoir se tenir au courant des immenses progrès que fait incessamment dans le domaine de la pratique comme dans celui de la théorie la science si complexe de la médecine.

Pour en venir là et atteindre un but si légitime, le jeune médecin doit se bien convaincre que les trois ou quatre années d'étude qu'il vient de passer sur les bancs de l'école n'ont fait que le préparer aux enseignements bien autrement ardues de l'expérience. La science n'est chez lui qu'à l'état d'embryon, et celui-ci n'aura chance de se développer qu'à la condition expressée qu'on lui fournisse les matériaux de sa nutrition. Il en est de la nourriture de l'intelligence comme des aliments corporels. Elle doit être prise en quantité suffisante, et chaque jour, sans de trop longues intermissions.

C'est pour le médecin en particulier que l'alimentation intellectuelle et scientifique doit être continue. S'il lui arrive de négliger pendant quelques mois l'étude de ses auteurs ou la lecture de ses journaux, il ne met pas de temps à s'apercevoir qu'il a perdu du terrain et qu'il se trouve maintenant en pays inconnu. Nous croyons donc devoir insister particulièrement sur le fait que, à sa sortie de l'Université, le jeune médecin doit lire beaucoup et consacrer à la lecture la plus grande partie de ses loisirs. Parmi les auteurs, les plus récents devront être choisis de préférence, parceque le médecin doit toujours être au courant du *dernier mot*. Sous ce rapport, les journaux et revues de médecine lui seront d'un inestimable secours, et les premiers dollars que lui procurera la pratique devront être employés à payer un abonnement à un journal de médecine. Le journal est l'écho du progrès de chaque jour. Les leçons cliniques professées dans les

hôpitaux, les cours donnés à l'Université, les notes lues aux sociétés médicales, les reproductions empruntées aux différentes revues étrangères, tout cela y est réuni, condensé, de manière à offrir au lecteur tout ce qu'il y a de plus *actuel* tant sous le rapport théorique qu'au point de vue pratique.

Ceux qui se seront fixés dans un centre où il y a une société médicale feront très-bien de s'y joindre, si cela leur est possible. Là, ils entendront discuter des questions d'actualité et sauront s'instruire de l'expérience et des manières de voir de leurs aînés. Mais l'avantage le plus précieux offert à ceux qui veulent se créer une clientèle en ville est la fréquentation des hôpitaux et l'assiduité aux leçons cliniques qui s'y donnent tous les jours. L'hôpital est le véritable champ où se glane la science du praticien. "Voyez des malades, disait Trousseau, encore des malades, toujours des malades." Et n'est-il pas vrai qu'il y a encore plus à voir à l'hôpital que partout ailleurs? Mais là ne se borne pas l'avantage qu'il y a pour le jeune médecin de pouvoir suivre le service des hôpitaux. L'enseignement clinique qui s'y donne d'un bout à l'autre de l'année est peut être plus précieux encore, et nous croyons inutile d'insister bien longuement sur un point incontestable et incontesté. Qu'il nous suffise d'attirer l'attention sur le fait que durant l'année dernière, cinq ou six *polycliniques* (post-graduates courses) ont été établies dans les principales villes des États-Unis, à l'instar de ce qui se faisait déjà en Europe, et que les leçons purement cliniques qui y ont été données ont été suivies régulièrement par un nombre très-considérable de jeunes gradués. Ceci vient à l'appui de notre thèse, que le jeune médecin, à sa sortie de l'école, devrait se faire un devoir de consacrer encore un an, sinon deux ou trois, aux études cliniques dans les hôpitaux. Il est à notre connaissance personnelle qu'ici, Montréal, un mouvement assez prononcé se fait dans ce sens, et nous serions très-heureux de voir quelque-une de nos universités établir une polyclinique analogue à celles qui viennent d'être fondées à New York, Philadelphie, Chicago, etc., et qui ont déjà donné de si beaux résultats. On fait à un grand nombre de médecins le reproche de manquer d'esprit d'observation. A coup sûr l'esprit d'observation est exercé dans la plupart des cas. Chaque médecin l'apporte pour ainsi dire avec lui dès lors qu'il se consacre à l'étude de son art. Mais ce talent se développe considérablement par le travail, et ce qui contribue le mieux à l'accroître est l'habitude contractée à bonne heure de prendre des notes et de rédiger les observations de chaque jour. Comme il y a beaucoup à dire là-dessus, et que cet article dépasse déjà les limites que nous nous étions tracées, nous remettons à plus tard l'examen de cette dernière question.

Maltine.—Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur les préparations de maltine dont on peut voir l'annonce plus loin. L'usage de la "maltine" et ses heureuses combinaisons s'est tellement répandu depuis quelques années que bien peu de praticiens en ignorent les propriétés et les indications. C'est là, croyons-nous, une des rares préparations non officinales destinées à survivre à l'engouement du début et à la réclame.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BECK. (Dr. G.)—*Therapeutischer Almanach*, 10 Janrgang. 1883.

GUNN.—(Dr Moses) *The Doctorate address* delivered at the fortieth annual commencement exercises of Rush Medical Collège.

GLAZIER.—(Dr W. C. W.) *Trichinæ: Their microscopy, development, death and the diagnosis and treatment of Trichinosis.*

Report of Proceedings of the Illinois State Board of Health. Quarterly meeting. Chicago, April 12, 14, 1883.

Nécrologies.—LASÈGUE.—La Faculté de Médecine de Paris vient de faire une perte réelle en la personne de Charles-Ernest Lasègue, professeur de clinique médicale, décédé le 20 mars dans sa soixante-septième année.

En 1867, il succéda à Andral dans la chaire de pathologie et de thérapeutique générales. Il fut nommé professeur de clinique en 1869. Elu membre de l'Académie de Médecine en 1876 Mr Lasègue a longtemps dirigé les Archives de Médecine; de ses travaux il faut citer sa thèse d'agrégation sur la paralysie générale, son traité des angines, un grand nombre d'articles sur les maladies nerveuses et mentales.—(*Gazette de Médecine de Paris.*)

—VAN BUREN.—Le célèbre professeur William Holme Van Buren, M.D., LL.D., est mort à New-York le 25 mars dernier, à l'âge de soixante-quatre ans moins quelques jours.

Le célèbre chirurgien américain étudia successivement à Yale, à l'Université de Pennsylvanie et à Paris. Chirurgien militaire de 1840 à 1845, il devint ensuite professeur de clinique médicale sous Valentine Mott, à l'Université de New York; professeur d'anatomie dans la même institution et professeur de chirurgie, de syphiligraphie et de chirurgie des organes génito urinaires au Bellevue Hospital Medical College. Il était membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris. Ses principaux travaux sont: "Contributions to Practical Surgery," 1865; "Lectures on Diseases of the Rectum," 1870-1882; "Genito Urinary Surgery," 1824; "Inflammation," publiée dans l'Encyclopédie de Chirurgie de Ashurst.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les réflexions auxquelles je me suis livré l'autre jour au sujet de l'esprit de *charité* qui anime beaucoup de nos médecins de la ville, et qui les pousse à soigner *gratis et pro Deo* un nombre illimité de malades n'ont pas, paraît-il, eu le don de plaire à tout le monde. On m'a taxé d'exagération. Je prierai ceux-la qui trouvent que j'exagère de vouloir bien se transporter à la consultation du midi dans le premier hôpital ou le premier dispensaire venu; ils auront ample sujet d'édification. Une dame fort bien mise se présente: chapeau à la mode de demain, fourrures de prix, bagues aux doigts, et le reste à l'avenant.—Docteur, je voudrais vous parler en particulier.—Madame, (montrant les élèves

ébahis), ici la consultation est publique et ces messieurs ont le droit de tout entendre.—Eh bien ! docteur, j'ai mal dans le dos, dans les reins, ici, là, je tousse beaucoup—ou bien—je crains avoir une tumeur, etc, etc. Le médecin examine, ausculte, palpe, percute et finalement émet son opinion en disant ce qu'il faut faire ; on donne même une ou deux prescriptions. Exit la malade, faisant de grandes révérences, mais oubliant à la fois de dire merci et de payer. Mais non ! elle n'oublie rien. Elle est venue à la consultation de l'hôpital parce qu'elle sait que la consultation y est gratuite, et qu'elle veut se faire traiter pour rien. Elle a déjà son médecin à qui elle paie un tribut annuel fort bien gagné sans doute, et pas du tout exagéré ; mais elle se dit qu'elle serait bien sotté de solder la note de celui-là quand elle a sous la main, à deux pas de chez elle, un hôpital ou un dispensaire où l'on n'a à payer que les remèdes. Avouons qu'elle n'a pas tout-à-fait tort. Il est vrai qu'elle a été obligée de s'exhiber devant MM. les élèves, et de s'asseoir sur le banc de la salle d'attente, en compagnie des vrais pauvres, mais qu'est-ce que cela fait ? On ne meurt pas pour une minute d'humiliation. La voilà donc partie, et elle va se présenter à la pharmacie de l'établissement pour y faire exécuter les ordonnances qu'on lui a remises. Là, elle étalera une liasse de billets de banque et demandera peut-être la monnaie d'un billet de cinq dollars pour payer le petit écu qu'on réclame d'elle pour prix des médicaments. Cependant le docteur consultant se frotte les mains, très-satisfait de lui-même, et se réjouit d'avoir fait un bon diagnostic, tandis que le médecin ordinaire qui a besoin de tous ses clients et de tous ses revenus pour pouvoir se tenir à flot et faire vivre sa famille, n'a plus d'autre ressource que de se demander avec inquiétude : " C'est drôle ! Je ne vois plus Mme X..... Vais-je encore perdre celle-là ? "

* * *

On crie bien fort de ce temps-ci contre l'alcoolisme chronique, *vulgo* l'ivrognerie, et l'on cherche à droite et à gauche les moyens d'enrayer les progrès de ce mal effrayant. Ce n'est pas une petite affaire. On semble d'accord sur un point, c'est qu'il faut obvier tout d'abord aux causes premières du fléau : *Principiis obsta*, a dit Ovide. Les autorités ecclésiastiques et civiles sont à se concerter à ce sujet, et il faut espérer qu'on en viendra à la découverte de quelque mesure pratique. Ne serait-il pas temps que les médecins fissent, de leur côté, un petit retour sur eux-mêmes pour se demander s'il n'y aurait pas un moyen quelconque d'arrêter les progrès d'un autre abus qui fait chaque jour des progrès parmi notre population ? Je veux parler de la *morphéomanie*. Ça n'y paraît peut-être pas, mais nous avons au milieu de nous un bon nombre de morphéomanes, ou, si on le préfère, d'opiophages. Ils se recrutent surtout parmi les femmes, comme on le sait, et depuis l'invention de la seringue hypodermique leur nombre a augmenté d'une manière effrayante. Et à qui la faute ?..... La plupart du temps au médecin. Voyez ce que dit à ce propos le chirurgien de l'*Union Médicale* de Paris :

" Comment vient cette habitude ? Mon Dieu... comme toutes les habitudes. Un jour vous avez une névralgie, vous envoyez chercher votre médecin ; il vous fait une injection de morphine et vous êtes calmé. Mais la douleur revient, vous redemandez votre médecin ;

nouvelle injection; nouveau calme; nouveau retour de la douleur, puis du médecin et de la morphine. Un jour le médecin ne peut venir, et cependant vous souffrez beaucoup. Alors vous priez le médecin de vous laisser sa seringue. 'Docteur, je me ferai bien cela moi-même, c'est si simple!' Mais bientôt, aidé toujours par cette simplicité, vous arrivez à ce raisonnement tout aussi simple: 'Pourquoi attendre que la douleur vienne?' Et alors, au moindre élancement, crac! comme dit M. Daudet, dans la jambe... ou ailleurs. Une fois que vous en êtes arrivé là, vous êtes pris par l'habitude. La morphine est aussi tenace que le tabac et que l'alcool. Si personne n'est là pour vous retenir, si votre volonté est impuissante, vous voilà morphiomane pour jusqu'à la fin de vos jours!"

Dans une étude publiée récemment dans l'*Encéphale*, Mr. le Dr. Zambaco traite cette question de main de maître et formule les conclusions suivantes:

Les injections sous-cutanées de morphine répétées tous les jours, et employées pendant longtemps, conduiront fatalement au morphinisme;

Pour prévenir la morphéomanie, on ne doit jamais autoriser les malades, leurs parents ou serviteurs à pratiquer ces injections;

Les médecins ne doivent prescrire les injections de morphine qu'avec beaucoup de circonspection et pas trop souvent, pour ne pas favoriser la production du morphinisme;

Les injections ne doivent être tout d'abord que de quelques milligrammes, car quelques centigrammes employés d'emblée peuvent déterminer chez certains individus des accidents graves;

Les malades qui ont atteint les degrés les plus élevés de la morphéomanie n'ont plus ni volonté ni libre arbitre, lorsqu'il s'agit de se servir de la morphine ou de se priver de leurs injections habituelles;

Il y a en effet une ivresse et un délire morphiniques comme il y a une ivresse et un délire alcooliques;

On ne doit jamais supprimer brusquement l'usage des injections chez les morphéomanes, car de même que pour les dipsomanes, l'abandon immédiat de la matière enivrante occasionne des troubles graves du système nerveux et même l'explosion de la manie la plus violente;

Que chacun regarde un peu dans sa conscience et dise son *meá culpá* s'il y a lieu!

* * *

Nos confrères de la république voisine ont le sens de l'odorat très développé. L'un d'eux a prétendu diagnostiquer la variole—avant la sortie de l'éruption, à la seule odeur exhalée par le malade. On fait mieux encore à Mobile. Le *Pacific Medical Journal* nous apprend qu'un médecin y diagnostique de la même façon la syphilis!

Quand ce moyen sera mis en usage pour aider au diagnostic de l'aliénation mentale—et cela ne saurait manquer d'arriver si l'on continue de ce train-là—il ne restera plus qu'à tirer l'échelle.

* * *

Les universités américaines appréciées par un étudiant japonais. Celui-ci écrit à un de ses amis de Yeddo: "Il y a ici deux clubs de régattes appelés Yale et Harvard. Quand il pleut, les membres passent leur temps à lire!"

Ces Japonais ne sont pas si bêtes qu'ils en ont l'air.

* * *

Québec fait une rude concurrence à Montréal, par le temps qui court, comme en fait foi l'annonce suivante publiée par le *Nouvelliste*, et que me communique un de mes amis :

GRAND AVANTAGE OFFERT A QUEBEC.

On n'a jamais rien vu de pareil !

Tout le monde pourra maintenant se guérir en allant à Québec, 38 rue du Pont, St. Roch, chez M. E. RACICOT, frère du Dr. (sic) A. Racicot, de Montréal.

Si vous êtes Dyspeptique, Hydropique, Diabétique : allez vite ment là.

Si vous avez la maladie de Foie, les Bronchites, la Catarrhe, la Névralgie, les Rhumatismes, la Toux, allez encore là.

Si vous avez des Plaies quelconques, des Maladies Secrètes, la Migraine, la Pituïte, les Brûlements d'Estomac, les Ecouelles, la Jaunisse, la Perte d'Appétit, l'Assoupissement, la Faiblesse, la Constipation, la Maladie de Rognons, la Diarrhée, le Choléra, le Frisson, les Boutons à la figure et sur tout le corps, des Démangeaisons, le mal de Dents, des Panaris, etc., etc., allez toujours là.

Certes, ce Monsieur a des Pilules (Pilules Magiques), pour purifier et nettoyer le sang qui sont sans égales sur le Globe entier.

L'ami à qui je suis redevable de cet intéressant document ajoute que le susdit Racicot (de Québec) donne des consultations, purge, saigne (?) débite de la *sawiyane* et du chien-dent, etc, et cela à la barbe des médecins et de la loi qui est censée protéger ceux-ci. Je plains sincèrement les Québécois, mais si le malheur d'autrui peut les consoler dans leur infortune, je leur dirai qu'ici, nous avons non pas un, mais deux Racicot—le père et le fils—who font le même commerce que leur parent de Québec, et cela de la façon la plus naturelle possible. Le Bureau des Gouverneurs ne semble guère s'en inquiéter. Allez donc ! Est-ce qu'on s'arrête à de semblables bagatelles ? Les membres du Bureau ont bien autre chose à faire qu'à tenter une poursuite contre le premier Racicot venu. D'ailleurs, pourquoi faire de la peine et causer de l'embarras à quelque pauvre charlatan innocent ? C'est peut-être un septième fils, porteur d'une *fleur de lys* quelque part, et par conséquent doué de la vertu merveilleuse de tout guérir. Il n'y a pas de mal à ça, hein ? Il est vrai que le nombre des charlatans augmente chaque jour, que, à peu près sûrs de l'impunité, ils lèvent la tête plus impunément que jamais, que bientôt nous verrons nos meilleurs clients se diriger vers ces guérisseurs mirabolants, mais qu'est-ce que cela fait ? Il n'est pas plus défendu à Racicot de débiter ses conseils et ses tisanes qu'il n'est interdit à Mme. Berthiaume de vendre son onguent anti-rhumatismal, ou à Albert C. Dionne de battre monnaie avec le Vrai sirop de merisier, pour la toux, &c. Au reste, je ne suis pas trop surpris de voir que le Bureau des Gouverneurs ne songe pas à faire amender la loi médicale de façon à nous protéger davantage contre ce déluge de remèdes patentés ! Il est des médecins qui ne sont pas éloignés de croire qu'il y a du bon dans tout cela. J'en ai connu un qui prescrivait la *Végétine*, un autre qui recommandait

l'Huile électrique de Thomas; un troisième enfin qui, atteint d'otite externe aiguë, se versa de *l'Huile de St. Jacob* dans l'oreille et fut gratifié. en retour (faible récompense), d'une jolie petite perforation du tympan. Ami Québécois, qu'en pensez-vous? MAX.

Le Dr J. B. A. TANGUAY, de Providence, R. Isl. E. U. a été admis membre de la Société médicale du Rhode Island, après un brillant examen.

ON DEMANDE un médecin à Ste-Sophie de Terrebonne.

IL Y A à Paris une souscription ouverte dans le but d'élever une statue à Bouillaud.

LE MARYLAND *Medical Journal* de Baltimore, E. U., est devenu un journal hebdomadaire et a légèrement modifié sa toilette depuis le 3 mai courant. Il paraîtra dorénavant tous les jeudis.

MR DE LAMIRANDE.—Mr C. E. de Lamirande, Agent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, a transporté son bureau au No 63, rue St-Gabriel, Montréal.

JUGEMENT.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens a obtenu jugement, à Arthabaskaville, contre un célèbre charlatan du nom de Ferdinand Rousseau, demeurant à l'endroit ci-dessus, l'individu a été condamné à \$50.00 et les frais, au dernier terme de la Cour de Circuit.

RÉSIGNATION.—M. le Dr. Wright vient de donner sa démission comme professeur de Matière Médicale à l'Université McGill et comme chirurgien du *Montreal General Hospital*. On dit que M. le Dr. F. J. Shepherd remplacera probablement Dr. Wright à l'hôpital.

EXPOSITION HYGIÉNIQUE DE BERLIN.—“Comme quelques médecins se proposent de visiter l'Exposition Hygiénique de Berlin, nous appelons leur attention sur la policlinique de Berlin, dans laquelle des cours spéciaux d'otologie, de rhinoscopie, de dermatologie, de syphilologie, d'électrothérapie et d'ophtalmologie, etc., sont tenus régulièrement. Chaque cours commence le premier du mois et dure trente jours. La policlinique de Berlin se trouve: Louisenstrasse 51 vis-à-vis l'Hôpital de la Charité.”

NAISSANCE.

DUBÉ.—A Menominee, Michigan, E.-U. le 20 mars, la dame du Dr P. C. Dubé. une fille.

MARIAGES.

DESMARIS-MIGNAULT.—A Acton Vale, le 12 avril, Mr. Alfred Desmarais, courtier de Montréal, fils de Mr. le Dr. Desmarais de l'Assomption, à Dlle. Alice Mignault, fille de Mr. le Dr. P. E. Mignault.

JENNENS FLESHER-GAUDET.—A Medford, Mass., E.-U., le 20 avril, M. Jennens Flesher à Mlle Dorcina fille aînée du Dr H. E. Gaudet de Ste-Thérèse de Blainville.

DESROSIERS-LASALLE.—AUX Trois-Rivières, le 24 avril, H. E. Desrosiers, Ecr., M.D., Professeur à l'Université Laval, Montréal, à Mademoiselle Marie-Joséphine Lasalle, seconde fille de G. Lasalle, Ecr., Percepteur du Revenu Provincial.

DECÈS.

GARCEAU.—A Boston, Mass., E.-U., à l'âge de 18 ans, Ernest, fils du Dr T. Garceau, autrefois de Montréal.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Foucher. — De la cataracte, 193. — Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, par le procédé à lambeau postérieur unique; par D. Marsil, M.D., St. Eustache, 198. — Lettres aux deux Wilfrid, (Troisième Lettre) 202. — Hygiène et éducation physique de la deuxième enfance; par S. Lachapelle, St. Henri de Montréal. 208	vaginales et uréthro-vaginales, 221. — Présentations du sommet en position occipito-iliaque postérieure. 223
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES. — De quelques-uns des effets thérapeutiques de la glycérine administrée à l'intérieur, 211. — Traitement de la fièvre typhoïde à la clinique de Ziemssen, 213. — Stérilité chez l'homme. — Traitement de la sciatique, 214. — Traitement de l'anasarque. 215	PEDIATRIE. — De l'albuninurie chez les enfants, 225. — La diarrhée chez les enfants 227
PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale, 216. — La lumière électrique en chirurgie. — Réduction des hernies étranglées par les injections sous-cutanées de morphine, 219. — Phlyctènes dans les fractures 220	FORMULAIRE. — Cathartiques efficaces chez les enfants. — Purgatif au séné et au chloral. — Incontinence d'urine. — Rhumatisme articulaire aigu, 229. — Potion tonique. — Pansement des engelures ulcérées. — Poudres à priser à employer dans le cas de coryza aigu. — Guérison des veilles 230
OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE. — De l'opération des fistules vésico-vaginales, recto-	BULLETIN. — Acte d'anatomie, 231. — Conseils pratiques, 234. — Maltine 235
	BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. — Beck. — Gunn. — Glazier. — Report of Proceedings of the Illinois State Board of Health. — Nécrologies: Lasègue. — William Holme Van Buren. 236
	CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — Chronique, 236. — Le Dr J. B. A. Tanguay. — On demande un médecin. — Souscription ouverte à Paris. — Maryland Medical Journal de Baltimore, E.-U. — M. de Lamirande. — Jugement — Résignation — Exposition hygiénique de Berlin 240
	Naissances. — Mariage. — Décès 240

Avis aux Médecins !

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE - PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

Veillez mentionner l'UNION MEDICALE DU CANADA.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

BUREAU DE MÉDECINE PROVINCIAL

Assemblée Semi-Annuelle

L'ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE du Bureau des Gouverneurs (Bureau de Médecine Provinciale), du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, aura lieu

Mercredi, le 9 Mai prochain, à 10 hrs. A.M., à l'Université Laval, Montréal.

Les candidats à l'examen ou à la Licence devront faire parvenir, au moins dix jours avant la date de l'Assemblée, à l'un ou l'autre des Secrétaires soussignés, leurs certificats et attestations (y compris le certificat d'admission à l'étude) ainsi que la somme de \$20 pour droits du collège. Les candidats à la Licence devront être présents et produire leur diplôme sur demande.

A. G. BELLEAU, M.D., QUÉBEC.

Montréal, 24 Mars 1883.

F. WAYLAND CAMPBELL, M.D., MONTRÉAL.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

BUREAU DE MEDECINE PROVINCIAL

EXAMEN PRELIMINAIRE pour L'ADMISSION à L'ETUDE de la MEDECINE

L'EXAMEN pour l'admission à l'étude de la Médecine aura lieu

VENDREDI, le 4 MAI prochain, à 10 hrs. A.M., dans la Cité de Montréal, à l'Université Laval.

Les certificats de moralité et une somme de dix piastres (\$10) devront être remis, au moins dix jours d'avance, à l'un ou l'autre des Secrétaires soussignés.

A. G. BELLEAU, M.D., QUÉBEC.

Montréal, 24 Mars 1883.

F. WAYLAND CAMPBELL, M.D., MONTRÉAL.

PHARMACIE ST. JACQUES

646, Rue Ste. Catherine, 646

MONTRÉAL.

Le soussigné désire appeler l'attention de MM. les Médecins de la Province sur la qualité de ses Drogues et la modération de ses prix. Il fait une spécialité de remplir leurs commandes et s'applique à donner à tous la plus grande satisfaction.

Les commandes peuvent être envoyées par la poste, pour les endroits éloignés, et elles seront remplies aussi promptement que possible.

S. LACHANCE

PHARMACIEN

646, Rue Ste Catherine, 646