

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE MEDICALE.

HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC.—M. CHS. A. VERGE.

### Considérations générales sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement. (1)

Les deux autres cas dont il me reste à vous parler et qui occupent les nos 30 et 49 de nos salles, présentent des symptômes qui appartiennent à une période plus avancée, caractérisée par la présence de cavernes bien circonscrites. A part tous les symptômes rationnels que présentent ces deux malades et sur lesquels je me dispense de revenir, à part la matité, la diminution du murmure respiratoire, l'expiration prolongée, le souffle bronchique et la bronchophonie qui occupent une partie plus ou moins notable des sommets, pour lesquels, soit dit en passant, le tubercule a une prédilection toute spéciale, vous avez, au n° 49, dans un endroit parfaitement circonscrit sous la clavicule gauche, et au n° 30, dans un endroit également circonscrit dans la fosse sus-épineuse, des craquements humides plus gros que ceux que nous avons observés jusqu'ici et qui donnent à l'oreille la sensation de l'agitation d'un liquide mélangé à de l'air : c'est le râle caveux ou *gargouillement* que vous pouvez entendre dans les deux temps de la respiration. Ce gargouillement dont l'intensité varie beaucoup suivant la quantité de liquide que renferme la caverne s'accompagne généralement, lorsque vous faites parler ou tousser le malade, de *voix* et de *toux caveuses*. La *voix* et la *toux* pénètrent directement dans l'oreille, semblent sortir en quelque sorte de la poitrine : c'est la *pectoriloquie*. Pour que ces signes se produisent, il vous faut une caverne circonscrite et pas trop volumineuse, qu'elle communique librement avec les bronches et qu'elle ne renferme pas trop de liquides. Si la caverne est remplie, tous ces signes feront défaut, et si elle est tout-à-fait vide, le gargouillement ne pourra naturellement se produire. De tous ces signes, appelés avec raison par Jaccoud *signes cavitaires*, le principal pour le diagnostic est sans contredit le gargouillement, puisqu'une simple condensation, soit pleurétique, soit pneumonique, soit tuberculeuse peut produire la *voix* et la *toux caveuses*. D'un autre côté, si la caverne est très considérable, vous pouvez avoir du *souffle amphorique* avec ou sans *tintement métallique*, ainsi que plusieurs d'entre vous ont pu le constater dans un remarquable cas que nous avons eu dans nos salles l'an dernier. La cavité occupait tout l'espace sous-claviculaire gauche. Vous vous rappelez que la percussion pratiquée au

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

niveau de cette cavité donnait un son tympanitique et le bruit de pot-fêlé lorsque la malade tenait la bouche largement ouverte pendant que l'on percute la poitrine. Le son tympanitique ici était nécessairement dû à la proximité de la cavité de la surface thoracique et à la minceur de ses parois. Le bruit de pot-fêlé à l'expulsion violente de l'air hors de l'orifice de la cavité; mais dans tous les autres cas, messieurs, le son donné par la percussion au niveau d'une cavité est généralement mat, à cause de la densité et de l'épaisseur de ses parois et du liquide qu'elle renferme en quantité plus ou moins considérable. Ce sont là, en somme, les seuls cas où vous pouvez affirmer la présence d'une cavité, à la condition toutefois que ces signes se trouvent réunis sur un point circonscrit, et à plus forte raison s'ils occupent un point circonscrit du sommet, siège le plus ordinaire de ces excavations.

Je vous ai fait remarquer que l'expectoration, à cette période, changeait de caractère. Les crachats plus franchement purulents se présentent sous forme de masses isolées, souvent arrondies, de forme noduleuse, opaques, privées d'air, suspendues au milieu d'un liquide muqueux, aéré, venant des bronches.

Un fait sur lequel j'attire toute votre attention, c'est la différence qui existe dans la marche de la maladie chez ces deux malades. Chez l'une, la maladie date de deux ans révolus, et à en juger par son *facies* vous seriez loin de soupçonner la gravité et l'étendue des lésions dont elle souffre. Cette fille a pu continuer à remplir ses devoirs de domestique jusqu'à son entrée à l'hôpital, il y a un mois à peine, et elle présentait alors, à peu de différence près, les mêmes symptômes que vous observez aujourd'hui. La fièvre n'a jamais été remarquable dans son cas, et chose assez exceptionnelle, elle a conservé un appétit tout à fait passable. Elle digère bien et n'a jamais présenté aucun symptôme dénotant une affection intestinale. C'est sans doute à cette intégrité des voies digestives et à l'absence de fièvre qu'il faut attribuer en grande partie la conservation de son appétit et d'un certain degré d'embonpoint malgré l'état avancé de sa maladie. Chez l'autre, au contraire, la maladie date à peine de six mois et déjà cette patiente a atteint la dernière phase de la phthisie. La fièvre est très excessive et s'est présentée comme un des symptômes les plus précoces, les transpirations pendant le sommeil sont abondantes, l'appétit est nul et une diarrhée épuisante, qui revêt depuis quelques jours la forme colliquative, achève de précipiter sa ruine. C'est vous dire que chez certains malades la phthisie pulmonaire se montre parfois dès le début sous la forme *phlegmasique*, et qu'en dépit de tout traitement elle marche rapidement vers une terminaison fatale, tandis que chez d'autres elle reste pour ainsi dire indéfiniment sans fièvre (*forme apyrétique*), et vous n'avez à combattre que des congestions ou des phlegmasies le plus souvent apyrétiques, cedant assez facilement à un traitement bien ordonné. Défiez-vous toujours, dans ces circonstances, de la bronchite, et ne manquez pas de la combattre à son début, car une phthisie jusque-là apyrétique peut subitement changer de caractère et revêtir la forme phlegmasique et même galopante. Fossagrives nous dit que la bronchite est aussi dangereuse par rapport à la tuberculose que l'est l'action de promener une bougie allumée au-dessus d'un baril de poudre, et il a peut-être raison, bien que tous les médecins ne partagent pas son avis. Nous avons eu l'an dernier un remarquable exemple de ce genre.

Marie B... servante âgée de 20 ans, après avoir présenté tous les symptômes et les signes physiques de la tuberculose pulmonaire à son début, cessa complètement de tousser, et depuis un an avait repris un remarquable degré d'embonpoint. Jugeant que l'air confiné de l'hôpital ne convenait plus à son parfait rétablissement, on lui avait conseillé de se loger dans une famille où, sans se donner trop de fatigues, elle pût respirer un air plus pur que celui de nos salles encombrées de malades. Elle sortit en effet, mais le choix qu'elle fit fut malheureux ; on l'avait contrainte de coucher dans une chambre glacée et de s'exposer bien souvent au froid sans être suffisamment vêtue. Quinze jours après, elle revenait à l'hôpital avec une bronchite généralisée, et de ce jour la fièvre ne la quitta plus ; la tuberculose continua à se développer, mais cette fois avec une rapidité prodigieuse, et trois mois plus tard elle succombait à une phthisie galopante que rien n'avait pu contrôler.

Maintenant, quels moyens avons-nous à opposer aux terribles ravages produits par la phthisie pulmonaire ? Sans entrer dans tous les détails d'un traitement qui laisse encore beaucoup à désirer, ni m'étendre sur des considérations théoriques que vous trouverez indiquées dans vos ouvrages de pathologie interne, je me contenterai de vous donner quelques indications générales qui pourront vous servir de guide dans la pratique journalière. Disons de suite que nous n'avons aucun spécifique à notre disposition, et bien que l'on ait prétendu assez récemment avoir découvert le germe de ce redoutable fléau, on n'a pas encore indiqué le remède destiné à le combattre. Notre traitement se résume donc jusqu'à nouvel ordre à traiter l'état général et un certain nombre de symptômes.

Puisque la tuberculose est la plus haute expression de la déchéance vitale, il s'en suit qu'il faut chercher par tous les moyens possibles à entraver sa marche envahissante en relevant les forces de l'économie à l'aide de toniques, de médicaments destinés à améliorer les fonctions digestives lorsqu'elles sont en souffrance, et à modifier la nutrition générale. Il faudra en conséquence traiter la dyspepsie si elle existe et conseiller l'administration de certains agents destinés à modifier la nutrition : les préparations ferrugineuses, (sirop d'iode de fer en particulier) associées ou non aux préparations de quinquina, l'huile de foie de morue, la glycérine lorsque l'huile est mal tolérée, les sirops d'hypophosphites avec ou sans strychnine, l'arsenic, tels sont les principaux. Je vous dirai qu'en général l'huile de foie de morue, les sirops d'hypophosphites ou de phosphates et l'arsenic ne conviennent qu'aux formes apyrétiques de la maladie tuberculeuse, et à la période initiale, que ces médicaments ne conviennent guère aux cas de phthisie aiguë, ni à la phthisie dite caséuse compliquée de dépôts abondants, de fièvre intense et de diarrhée. L'huile de foie de morue est généralement mal tolérée pendant la saison chaude et on la prescrit souvent à doses trop élevées. Si elle était toujours bien assimilée, il pourrait en résulter un effet favorable ; mais le plus souvent, si la dose est trop forte, une bonne partie de l'huile est éliminée par les selles, ce que démontre l'observation, et il en résulte une fatigue inutile des voies digestives. Commencez votre traitement par une cuillerée à thé, sauf à doubler plus tard cette dose, si cela était nécessaire ; et après l'avoir prescrite pendant un mois, laissez reposer pendant quelques semaines les voies digestives avant de reprendre son usage. Si l'huile fatiguait l'estomac

ou dérangeait l'appétit, il vaudrait mieux en suspendre complètement l'administration afin de ne pas nuire à la digestion qu'il faut respecter à tout prix. La glycérine convient non-seulement au début, mais aussi dans tout le cours de la maladie. Inférieure à l'huile de foie de morue lorsque celle-ci est bien digérée, elle sert à la remplacer avantageusement lorsque l'huile dérange l'estomac ou qu'il existe quelque contre-indication à son usage. Tous ces agents, messieurs, n'agissent pas directement sur la lésion pulmonaire, mais ils modifient l'état général et la nutrition du malade.

Outre ce traitement constitutionnel, il existe un certain nombre de symptômes dont il faut tenir compte et qui exercent sur la marche de la maladie une influence des plus désastreuses si on néglige de les réprimer. Un des plus importants est sans contredit la fièvre. L'agent le plus puissant que nous possédions pour la combattre est le sulfate de quinine à haute dose. Vous savez que pour obtenir une sédation marquée sur la température et sur le pouls, il faut prescrire ce médicament à la dose de 20 à 30 grs. par jour.—Un autre symptôme c'est l'affection catarrhale qui provoque la toux et souvent l'insomnie. C'est dans ce cas que la créosote végétale fera quelquefois merveille. Vous pouvez utiliser la glycérine comme véhicule dans une formule donnée par Jaccoud : ajoutez à  $\text{ʒiiss}$  ou  $\text{ʒij}$  de glycérine comme dose quotidienne, de 3 à 10 m. de créosote végétale, avec une cuillerée à dessert de cognac ou de rhum et une goutte d'huile de menthe. Vous calmeriez la toux, lorsqu'elle est excessive ou qu'elle trouble le sommeil, par une pilule composée de poudre ou mieux d'extrait d'opium et d'extrait de belladonne.  $\frac{1}{2}$  gr de chaque pour commencer, sauf à doubler ou à tripler cette dose si cela est nécessaire. Tout en calmant la toux, cette pilule favorise le sommeil, mais vous serez quelquefois obligés de recourir à la morphine et à la codéine, au chloral ou autres anodins. Les sueurs nocturnes, lorsqu'elles sont abondantes, doivent être combattues, autant qu'il dépendra de vous de le faire. Si les sueurs dépendent de la fièvre, la quinine réussira peut-être à les calmer; dans les autres cas, les agents les plus recommandables sont l'atropine à la dose de  $\frac{1}{100}$  à  $\frac{1}{50}$  gr., une pilule composée de belladonne  $\frac{1}{4}$  gr., ou 3 grs. d'oxide de zinc, la strychnine, et c'est peut-être en partie à la présence de cette substance que le sirop de Fellows doit sa propriété de diminuer la transpiration. Une combinaison de codéine, d'atropine et de strychnine agit très efficacement sur la toux, sur les sueurs nocturnes et sur les vomissements dits réflexes qui, soit dit en passant, accompagnent la toux des phthisiques. Si la diarrhée n'est due qu'à un simple catarrhe intestinal, vous la combattez efficacement par un grand nombre d'agents auxquels on associe le plus souvent une préparation spéciale; ceux que vous m'avez vu employer le plus ordinairement sont le bismuth à la dose de 15 à 20 grs, la solution de Fowler à la dose de 2 à 8 gtt., l'acide sulfurique aromatique à la dose de 15 à 20 gtt. associée à une dizaine de gouttes de teinture d'opium. Malheureusement cette diarrhée dépend fréquemment d'ulcérations intestinales et alors elle déjouera tous vos efforts pour la vaincre.

Une formule qui m'a toujours donné des résultats satisfaisants, dans les formes apyrétiques, même à une période avancée de la maladie, alors que l'expectoration devenue franchement purulente, la fièvre hectique et les sueurs nocturnes contribuent puissamment à affaiblir le

malade, c'est la formule suivante : glycérine ʒij ss ; sirop d'iodure de fer, ʒss ; sulfate de morphine, gr. j. M.—Dose : une cuillerée à thé avant chaque repas et le soir au coucher. Vous trouverez que cette combinaison calme la toux, diminue l'expectoration ainsi que les sueurs nocturnes, et que loin de nuire à l'appétit, souvent elle contribue à l'améliorer.

Malgré l'importance de ce traitement général, il ne faudra pas négliger le traitement local que je considère comme très efficace. Comme il faut de toute nécessité combattre la congestion pulmonaire qui ne manque pas de se produire autour des tubercules, c'est par le traitement local surtout que vous y arriverez. Ne manquez donc pas de recourir à la révulsion par les irritants, depuis la teinture d'iode et le sinapisme jusqu'au vésicatoire volant, à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire. A la veille du ramollissement des tubercules surtout, ce que vous reconnaissez à la présence de craquements secs ou humides, ne négligez pas l'application de vésicatoires volants, de trois à quatre pouces de largeur sur deux ou trois de hauteur, appliqués sous la clavicule du côté affecté, puis au bout de huit jours sur l'omoplate correspondante, et, si les deux sommets sont malades, faites alterner vos vésicatoires de manière à produire une contre-irritation continue dans le but de continuer par là la congestion circumtuberculeuse. Ce moyen m'a toujours procuré un soulagement remarquable ; il calme la toux et l'oppression ; souvent il suffit seul pour faire cesser une hémoptisie persistante, suite de la congestion, et que l'administration interne de médicaments avait été impuissante à maîtriser. Si la congestion est intense, je n'hésite pas à appliquer un grand vésicatoire et c'est ce que vous m'avez vu faire avec beaucoup de succès à notre malade couchée au no. 49. La révulsion à la teinture d'iode et au sinapisme conviendra aux congestions plus légères ou pour continuer une contre-irritation après la disparition des symptômes les plus menaçants.

L'alimentation sera variée et substantielle, et les substances animales en constitueront la base : lait sous toutes ses formes, œufs également, viande sous ses formes usuelles quand l'estomac peut la digérer, et dans le cas contraire, ou s'il existe de la diarrhée, viande crue réduite à l'état de pulpe et donnée soit dans du bouillon tiède, soit assaisonnée avec du sucre au goût, ou préparée à l'eau de vie ou au whiskey si le malade le préfère. bouillons concentrés, certains poissons de digestion facile, huîtres etc. N'abusez jamais, messieurs, des boissons alcooliques dont on a voulu, il n'y a pas longtemps encore, faire le spécifique ou l'antidote de la phthisie. Elle ne feront du bien qu'en favorisant l'appétit et le mouvement de nutrition, et à la condition que l'estomac les digère facilement, autrement, elles seront nuisibles. A cela se résume le traitement que vous m'avez vu employer chez nos phthisiques.

Je n'ai pas eu l'intention dans ce rapide exposé de vous faire l'histoire de la tuberculose, tant s'en faut : il resterait encore beaucoup à dire sur cet intéressant sujet. J'ai voulu tout simplement fixer votre attention sur un certain nombre de symptômes et de signes présentés par nos phthisiques et que vous avez pu apprécier vous-même depuis quelque temps. les réunir et les classer en quelque sorte, de manière à vous en faire mieux saisir l'ensemble et la portée, tout en vous signalant les principales indications de traitement. Je me croirais amplement rémunéré de mon travail si je savais avoir atteint mon but.

## De l'Embryotomie ;

par N. E. DIONNE, M. D., Québec.

Le Révérend Père Eschbach, Supérieur du Séminaire français de Rome, a publié, en 1877 je crois, une étude sur l'Embryotomie au point de vue théologique et moral. Dans ce travail de première importance, tant à cause de la gravité de la question en elle-même que par la grande réputation du savant théologien qui l'a traitée, le R. P. Eschbach examine s'il est permis de tuer l'enfant pour sauver la mère. J'ai lu et relu cet opuscule, après avoir étudié cette question de l'embryotomie dans divers auteurs théologiques, et je ne crois pas qu'il soit possible de la résoudre plus clairement et surtout plus sainement. Comme on pourra s'en assurer par le résumé qui suit, l'auteur étudie le sujet sous toutes ses faces, il répond aux objections que sa thèse pourrait soulever. Enfin, il n'oublie rien de tout ce qui est de nature à jeter de la lumière sur un point théologique assez embrouillé jusqu'à ces derniers temps.

Dans son numéro de mai 1872, la *Revue des Sciences Ecclésiastiques*, sous le titre : *De l'Avortement Médical*, publiait un petit article de l'Abbé Cresson, sur le cas suivant, proposé en 1869 à la Sacrée Pénitencerie :

*“ Thomas sacerdos accessitur ad Juliam propter difficultatem partus graviter decumbentem. Cum fœtus nullo modo ejici queat, denunciat medicus mortem matris certo imminere, nisi fœtus, antea per instrumentum vivus discerptus, per forcipem extrahatur. Rem detestatur Julia ; sed urgente medico illa ratione scilicet quod præferenda est certa vita matris vite valde incertae fœtus, illa Thomam interrogat quid agendum sit. Quaeritur utrum in casu possit fœtus directe expelli? D. D. Kenrick advertit : Hunc esse usum et consuetudinem plerorumque medicorum qui putant matri omnino subvendum. (Theolog. Mor., Tract. III, C. IX, No. 128.)*

*“ S. Pœnitentiaria, perlectis expositis, dilecto in Christo oratori respondet : Consulat probatos auctores. Datum Romae in S. Pœnitentiaria, die 2 septembris 1869.”*

Le docte Canoniste, prié de donner là-dessus son avis aux lecteurs de la *Revue*, a répondu avec énergie : *Non licet* — “ Quelque générale que puisse être, dit-il, cette barbare coutume, nulle raison ne peut la justifier. Les médecins qui se permettent de la suivre sont coupables de meurtre, et, avec tout le respect qui leur est dû, ne craignons pas de le dire, ils méritent d'être rangés parmi les assassins.”

Le confesseur de la femme Julie a dû, avant de répondre, faire plus d'une distinction, surtout s'il voulait se montrer sage. Supposé que l'opération césarienne soit possible avec ses chances ordinaires de réussite, la mère se trouvera en face d'une double voie de salut. En consentant à être opérée, elle s'expose, il est vrai, à un danger dont la proportion est de 1 sur 2 ou 3 ; mais l'enfant sera conservé à la vie. Si, au contraire, ses lèvres d'abord hésitantes laissent enfin tomber ce mot barbare : tuez-le pourvu que je vive, l'enfant est immolé et l'exis-

tence de la mère elle-même ne laisse pas que d'être plus ou moins exposée. Cela étant, le doute théologique se pose comme suit :

L'embryotomie est-elle permise, si par l'opération césarienne on peut sauver la vie de l'enfant *certe* et probablement conserver la mère ?

*Autre hypothèse.*—L'opération césarienne est jugée impraticable et l'enfant irrévocablement condamné. Déjà l'homme de l'art constate que la vie commence à lui échapper : encore un peu et probablement le sein maternel ne recèlera plus qu'un cadavre. Sans doute, chaque minute qui passe avance la mère elle-même vers la tombe : cependant tout espoir de salut n'aura pas disparu pour elle, quand la mort aura frappé le petit être qui lui devait l'existence.

La question théologique en pareil cas peut s'énoncer ainsi : L'embryotomie est-elle permise si l'enfant doit bientôt mourir, et qu'en attendant sa mort naturelle il reste encore l'espoir probable de sauver la vie de la mère ?

Enfin, 3<sup>e</sup> *hypothèse.*—A l'impossibilité de faire avec succès l'opération césarienne peut parfois s'associer une probabilité ou certitude morale, qu'à laisser la nature à elle-même, la vie de l'enfant ne s'éteindra qu'au moment où l'heure suprême aura sonné pour la mère, et où toute espérance pour ce monde aura disparu. Le doute alors est le suivant : L'embryotomie est-elle permise, si elle seule peut sauver probablement la vie de la mère ?

Il est clair, pour tout moraliste digne de ce nom, qu'on ne saurait faire une même et identique réponse à cette triple question.

1<sup>o</sup> "Recourez à l'opération césarienne," dira-t-il dans le premier cas.

2<sup>o</sup> "Attendez que l'enfant ait cessé de vivre" dans le second.

3<sup>o</sup> Dans le troisième, il se peut qu'il hésite.

Aussi est-ce l'unique hypothèse que nous admettions dans la présente dissertation.

Quant aux disciples d'Hippocrate, pour la plupart peut-être et contrairement aux doctrines du Maître, ils répondront aujourd'hui dans les trois cas : "Immolez l'enfant et sauvez la mère."

Cette hardiesse complaisante à appliquer le fer homicide sur un être qui n'a pour toute défense que son innocence et sa faiblesse a-t-elle été en tout temps du caractère des praticiens ? Question intéressante, et dont on nous saura gré de dire un mot.

Notons d'abord que l'antiquité païenne reculait le plus souvent devant un acte empreint d'un certain caractère de cruauté. En Grèce, le père de la médecine, et à Rome, le médecin philosophe Celse, surnommé l'Hippocrate latin, n'autorisaient l'embryotomie qu'après la mort du fœtus.

Sous l'influence des mœurs chrétiennes, le sentiment contraire à la licéité de l'embryotomie sur un enfant vivant ne tarda pas à triompher. Les Arabes demeurèrent à peu près seuls à ne pas la condamner.

La science moderne reconnaît d'ailleurs que sur ce point elle se sépare de l'enseignement traditionnel : "Les praticiens les plus anciens, disent les docteurs Nœgélé et Grenzer, admettaient en principe qu'il ne faut faire l'embryotomie que sur les fœtus morts."

Aujourd'hui les médecins anglais sont d'avis qu'il faut sacrifier l'enfant toutes les fois qu'il peut être extrait par l'embryotomie : c'est l'Angleterre protestante qui la première a emboîté le pas ; l'Allemagne également protestante a suivi ; la France, après avoir résisté de longues années, se laisse enfin, elle aussi, entraîner par le courant.

Maintenant, sous l'empire de quelles idées cette doctrine a-t-elle envahi le corps médical ?

Les voici telles qu'en substance elles se sont produites dans des ouvrages spéciaux publiés en notre siècle : "L'embryon est un être vivant et non animé; un être qui diffère à peine de la plante; un parasite presque inerte, ne jouissant d'aucune faculté morale. L'embryon est déjà menacé de toutes parts; sa vie future est incertaine; c'est un être à peine ébauché, il ne tient au monde par aucun lien extérieur: son importance sociale est presque nulle." (Bichat, Velpeau, Simonart, Fodéré, Cozeaux.)

Tels sont les doctrines et les principes auxquels la craniotomie sur l'enfant doit son triomphe, de date récente, dans le monde médical. Ces principes sont-ils avouables au point de vue de la morale vraiment philosophique et chrétienne? Non, mille fois non. Aucune morale honnête ne saurait assimiler le fœtus vivant à un morceau de chair. Il y a là une âme raisonnable créée à l'image de Dieu et destinée à l'immortalité. Cette âme a, dès lors, des droits imprescriptibles.

Mais revenons au cas précis dont nous cherchons la solution. Il se résume en deux mots: la mère va certainement mourir si on ne sacrifie pas l'enfant; moyennant ce sacrifice on pourra peut-être la sauver: c'est là en toute hypothèse son unique planche de salut. *Denunciat medicus mortem matris certo imminere, nisi fœtus antea per instrumentum virus discerptus, per forcipem extrahatur.* "Nous connaissons la réponse de la science médicale, alors qu'elle aimait encore à s'élever au phare lumineux de la foi et de la théologie: "*Non licet interficere, disait-elle, sed implorato divino auxilio, medicamentis insistendum.*"

Mais les théologiens eux-mêmes ont-ils été unanimes à se prononcer en faveur d'une solution aussi radicale et à proscrire absolument et en toute hypothèse l'acte en question? L'importance de ce point d'histoire n'échappera à personne. Nous avons le droit et le devoir de nous écarter de leurs solutions, et si elles sont unanimes, la règle théologique nous ordonne d'y conformer les nôtres.

Spörer résume la doctrine des théologiens: *Sine dubio intrinsecè malum et mortale est diricte mortem procurare. Certissimum quoque apud omnes id nullo unquam casu vel causa licere etc.* Les théologiens de Salamance, Sanchez, le célèbre moraliste Diana, peu suspect de intolérance, s'accordent à dire que: *Si remedium sit ex sua natura mortiferum fœtui et hac ratione solum sanoticum quatenus est fœtui mortiferum, non potest licite adhiberi.*

Nul théologien donc n'avait encore jusqu'à nos jours autorisé un semblable moyen de subvenir au salut de la mère, et tous en ont proclamé la non-licéité.

Mais s'il en est ainsi, demandons-nous, n'y a-t-il pas au moins de la témérité à produire une solution contraire? Ne pourrait-on pas dire à celui qui aurait pareille témérité: *Concordem omnium theologorum scholæ de fide aut moribus sententiam contradicere si hæresis non est, at hæresi proximus est.* Ces paroles sont de St. Alphonse de Liguori.

Depuis Sanchez jusqu'à nos jours, le même accord a continué de régner parmi les théologiens: tout les écrits; jouissent de quelque considération dans l'Eglise, et l'unanimité des moralistes chrétiens s'est prononcée contre la licéité de l'embryotomie sur un enfant vivant, même quand elle serait l'unique ressource de salut pour la mère.

Trois objections principales ont servi jusqu'ici à étayer la thèse des embryotomistes qui ne peuvent, comme nous l'avons vu, invoquer en leur faveur aucune autorité théologique.

1<sup>o</sup> Il est permis en certain cas de négliger le léger reste d'une vie définitivement condamnée et près de s'éteindre—St-Alphonse ne craint pas de le proclamer : "*Potesl negligi parva vitæ jactura* : " or, dans notre cas, le petit enfant qui ne peut naître est condamné à mourir. En avançant la mort de quelques instants on sauvera la mère : sinon etc., etc., etc.

A ceci nous pourrions répondre en niant l'hypothèse. Elle suppose en effet, d'une part, que l'enfant ne peut manquer de mourir dans un instant ; d'autre part, que le sacrifier et hâter sa mort sera sûrement une cause de salut pour la mère etc. Or, en fait, c'est là un cas chimérique. On peut lui opposer le dilemme suivant : Ou bien la mère est proche de sa fin comme l'enfant, et alors l'embryotomie ne sera plus pour elle qu'un inutile tourment, capable de hâter sa mort ou bien de la délivrer ; ou bien elle a encore conservé toutes ses forces, et alors le petit instant que l'on suppose séparer l'enfant du trépas n'aggraverait pas sensiblement la situation, et l'on peut attendre la mort de ce dernier.

2<sup>o</sup> *Objection.*—Il est permis en certain cas de tuer indirectement un innocent pour sauver sa vie propre.

R.—C'est vrai, quand une cause légitime l'exige comme le bombardement d'une ville dans une guerre juste etc. L'intention comme on le sait, est la source de la moralité des actes humains. Dans la craniotomie ou la céphalotripsie, vous n'avez pas un acte unique, mais une série d'actes distincts dont les premiers ouvrent la voie aux seconds. La décollation est l'acte décisif, et le seul qui demande à être pris en considération. Après lui, le médecin n'agira plus que sur un cadavre. Or, quelle est la nature de ce premier acte ? Quels en sont les effets immédiats et directs ? Apporte-t-il quelque soulagement à la mère en même temps qu'il blesse l'enfant ? Non, non ! Ce premier acte ne produit pas par lui-même plusieurs effets : il n'en obtient qu'un seul qui est la perforation de la tête ; la pauvre mère demeure dans son triste état non moins qu'auparavant, si tant est, comme cela arrive, que sa situation ne soit pas plus compromise. Elle pourra bénéficier seulement des opérations qui suivront, et que la première aura rendues possibles. L'intention finale du praticien de sauver la mère ne suffit donc pas pour donner à l'embryotomie le caractère d'une action licite.

3<sup>o</sup> *Objection.*—En cas de parturition impossible, l'enfant est un vrai agresseur de la vie de la mère ; agresseur innocent, il est vrai, mais contre lequel celle-ci a le droit de se défendre, tout comme contre l'attaque violente d'un fou furieux, et par conséquent, si besoin est, de le tuer ou de le laisser tuer avec l'intention directe de se conserver la vie.

Nous admettons volontiers la proposition mineure affirmant qu'il est licite de se défendre contre un agresseur, même en lui donnant la mort si la conservation de sa vie propre en dépend. C'est le droit naturel. Reste à savoir si, en vérité, l'enfant renfermé dans le sein de la mère peut être légitimement considéré comme un agresseur inique s'efforçant d'enlever la vie à la mère.

Avant de répondre à cette grave question, il nous est agréable de céder la parole à un des plus célèbres professeurs de la faculté de médecine de Louvain, le Dr Hubert. Voici ce qu'il a écrit sur ce point, après les plus mûres réflexions :

« Nous ne le cachons pas, l'argument susdit a pendant un certain temps ébranlé notre conviction, et ce n'est qu'après y avoir longtemps réfléchi que nous croyons être parvenu à en découvrir les vices.

Pour le réduire à sa juste valeur, examinons : 1<sup>o</sup> En quoi consiste la légitime défense. 2<sup>o</sup> Si la mère et le médecin réunissent les conditions que requiert la morale pour opposer au fœtus une défense légitime.

Se défendre c'est repousser la force par la force. Aussi longtemps que par ses actes il ne l'a point aliéné, chaque individu a et conserve le droit de repousser toute agression corporelle par des moyens proportionnés à la gravité de l'attaque. Voilà le principe.

Or, est-il soutenable, en morale pure, qu'ici il y ait attaque injuste de la part du fœtus ?

Toute attaque suppose une action. Un être passif ne saurait être considéré comme agresseur, à moins d'admettre une agression grossière, ce qui implique contradiction dans les termes. L'enfant est resté complètement étranger à sa conception, et, dans l'état de nos connaissances, il est impossible de dire s'il *prend* ou s'il *reçoit* les liquides et l'espace nécessaires à son évolution. Reconnaissons toutefois qu'il ne se comporte pas à la manière d'un corps inerte, qu'il jouit d'une certaine activité, qu'il se développe vitalelement en vertu d'une force propre, et que ce développement constitue un fait nuisible à la mère.

Si, forçant un peu la signification du mot, on qualifie ce fait du titre d'attaque, est-elle injuste aux yeux de la morale ?

L'injustice d'un acte doit s'envisager à un double point de vue. Au point de vue de celui qui le pose et au point de vue de celui qui s'en trouve lésé.

Au point de vue de celui qui le pose, l'acte n'est injuste que quand son auteur sort de la limite de ses droits : *nam qui suo jure utitur nemini facit injuriam*.

Si à l'enfant on reconnaît un seul droit, ce doit être avant tout celui de vivre et de se développer conformément aux lois de sa nature. À ce point de vue, son développement ne peut donc être considéré comme un acte injuste, et s'il constitue un mal, c'est un mal de *facti*, majeure, sans moralité aucune.

Pour celui qui se trouve lésé, l'acte est injuste dès qu'il y a empiétement sur ses droits et qu'il n'a rien fait pour légitimer cet empiétement. Or, dira-t-on, la mère a le droit de vivre, et le développement du fœtus porte atteinte à ce droit, et comme en concevant elle n'a fait qu'un acte naturel parfaitement légitime, elle doit conserver le droit de réagir contre le danger qui la menace.

Ce raisonnement serait peut être juste, si le danger procédait d'un tiers envers lequel elle ne serait liée par aucune espèce d'obligations. Mais en concevant librement, la mère a pris envers son enfant un de ces engagements que l'on désigne sous le nom de quasi-contrat, c'est-à-dire qu'elle a posé un de ces faits volontaires d'où résultent pour elle des obligations réelles, positives, et pour lui des droits naturels contra latifs.

En vain dira-t-on que si la mère a pris l'engagement tacite de nourrir le fruit de ses entrailles, c'est uniquement dans la pensée qu'elle le pourrait sans s'exposer à un danger aussi grave que celui de l'opération césarienne. Ce serait prétendre que la morale n'oblige que quand sa pratique est facile; ce serait prétendre que le milicien enrôlé volontairement et chargé de la défense d'un pont, peut abandonner son poste sous le prétexte qu'en s'engageant il n'a pensé courir que les chances d'une guerre ordinaire. Pour lui, cependant, il ne s'agit que de l'omission d'un devoir, tandis que pour la mère, il s'agit en outre de la violation d'un droit, d'un fœticide par *commission*.

Remarquons, d'autre part, que c'est elle-même qui a mis l'enfant dans une position qu'il ne pouvait refuser, qu'il ne peut changer et dans laquelle il se conforme aux lois de sa destinée, de sorte que, en provoquant sa ruine, elle écarte un péril dont elle est en réalité l'auteur et la cause première. Or, s'il est permis de se défendre contre ses propres actes, c'est, nous semble-t-il, à la condition que ce ne soit pas au détriment d'un être innocent.

Si l'enfant ne sort pas un seul instant de la sphère de ses droits, si son attitude à l'égard de sa mère ne présente nullement les caractères d'une agression injuste, si le mal qu'il constitue est un mal sans moralité, de force majeure, et si, comme fait matériel, ce mal dérive de la mère elle-même, on ne peut soutenir qu'en le repoussant par un fœticide celle-ci réunisse les conditions voulues par la légitime défense.

L'embryotomie ou le fœticide conclut M. le Dr Hubert, n'est donc pas justifiable; c'est la violation des droits d'un tiers, c'est un mal positif, *malum ab intrinseco*, que la fin ne peut légitimer.

Que l'on nous permette de compléter ces raisonnements, marqués au coin du bon sens et de la saine raison, par l'observation suivante:

Quelles causes physiques produisent d'ordinaire ces terribles conjonctures où, malgré tous les efforts de l'art le plus consommé, la mort n'est jamais qu'à demi-vaincue, si elle ne triomphe pas complètement? Viennent-elles de la mère? Viennent-elles de l'enfant ou des deux à la fois? Hélas! c'est habituellement la mère seule qui porte en elle-même la raison d'être de la triste impossibilité de la parturition.

L'enfant, la plupart du temps, a suivi dans la marche et le développement de son existence toutes les règles voulues par l'auteur de la nature, mais alors qu'il a le droit de franchir la porte de son obscure prison et de paraître au grand jour, la mère lui oppose une barrière infranchissable et le condamne à mourir avant qu'il ait eu le bonheur de naître. S'il y a ici autre chose qu'un malheur, si on veut à tout prix y trouver le fait d'une agression, n'est-ce pas plutôt, nous le demandons, la mère qui est l'agresseur et qui attente à la vie de l'enfant? C'est elle qui presque toujours pose physiquement l'obstacle; elle seule que la nature accuse et trouve en défaut. Or, quelle morale a jamais songé, pour cela, à permettre aux défenseurs de l'enfant—et ces défenseurs peuvent avoir, parfois, le plus grave intérêt à la conservation de son existence—de traiter cette mère malheureuse ou agresseur inique? De quel droit alors voudrait-on infliger cette marque à l'innocent petit être qu'elle porte dans son sein? Non, la thèse embryotomiste ne saurait s'appuyer sur une base pareille. Aussi bien, la science médicale elle-même, malgré son penchant naturel vers l'embryotomie, n'a-t-elle jamais permis à cet argument de se naturaliser chez elle. Au commen-

cement du siècle dernier, un chirurgien de Francfort, le docteur Heister, avait essayé de le faire valoir : il eut quelques rares disciples. et la chose en resta là.

Le naturalisme et le matérialisme contemporains ont seuls pu faire accréditer un acte qui ne cessera pas par cela d'être un assassinat.

Ainsi donc, en résumé :

1<sup>o</sup> La pratique de l'embryotomie sur un enfant vivant est de date fort récente parmi les médecins chrétiens et catholiques ; elle a été introduite et généralisée sous l'influence des doctrines naturalistes ou matérialistes que l'Église réproouve énergiquement.

2<sup>o</sup> Parmi les théologiens moralistes des siècles passés et du temps moderne, jouissant tant soit peu de quelque autorité, il ne s'en est pas trouvé un seul qui ait jamais permis de tuer l'enfant, alors même qu'il serait constaté que dans l'embryotomie réside l'unique ressource pour la mère, et que sans elle les deux vies périraient infailliblement.

3<sup>o</sup> On ne saurait assigner aucun principe communément reçu dans l'enseignement théologique d'où l'on puisse conclure à la licéité de l'embryotomie dans le cas susdit.

Inscrivons donc en tête de nos manuels de l'art obstétrical ces mots : " L'enfant dans le sein de sa mère est un homme, vous le respecterez et vous ne le tuerez pas, *non occides*—ou encore, ces autres du médecin de Castro : *Puer vivus nulla ratione dissecari debet... Sed, implorato divino auxilio, medicamentis insistendum* "

Québec, 21 avril 1884.

**De la chorée**, par M. HÉNOCII.—La chorée est le résultat d'une irritation du centre, encore inconnu, de coordination du cerveau. Cette irritation peut être due :

1<sup>o</sup> A des causes matérielles directes : chorée symptomatique :

2<sup>o</sup> A des irritations de nature obscure, que nous désignons par le terme de *dynamiques* : causes physiques chez les hystériques, causes réflexes chez les enfants et les femmes enceintes, etc. ;

3<sup>o</sup> A des états spéciaux du sang (diminution des corpuscules rouges) : chorée des anémiques, chorée des maladies infectieuses ;

4<sup>o</sup> Au rhumatisme.—Il ne s'agit pas d'une manifestation rhéumatisique dont le point de départ serait dans les lésions cardiaques du rhumatisme, mais bien d'une manifestation nettement rhumatismale, sans qu'il soit possible d'en spécifier la nature.—*Abeille méd.*

**Traitement des ascarides vermiculaires par les lavements d'huile de foie de morue.**—Il est fort souvent difficile de faire disparaître complètement les ascarides vermiculaires, parce qu'on ne les atteint pas tous, et qu'ils repullulent avec la plus grande facilité. M. le Dr Szerlecki, de Mulhouse, rapporte une observation dans laquelle il obtint un succès rapide et complet en employant des lavements d'huile de foie de morue, deux fois par jour, avec six cuillerées à soupe d'huile pure. Il y avait en même temps un intertrigo opiniâtre qui disparut également.—*Paris médical.*

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**Paralyse agitante.**—Clinique de M. le prof. CHARCOT à la Salpêtrière.—Je vais profiter de ce que je possède, dans mon service, un certain nombre de femmes atteintes de paralyse agitante, pour vous parler aujourd'hui de cette affection qui, bien qu'elle laisse vivre, est implacable et se rit de la thérapeutique. Bien décrite par Parkinson, elle appartient à la classe des névroses et a pour éléments fondamentaux une rigidité et un tremblement particulier. Il ne faudrait pas croire toutefois que ces deux symptômes se rencontrent toujours en même temps chez un même individu. Ils peuvent, il est vrai, exister en même temps ; mais comme il arrive fréquemment que l'un des deux prédomine et que le tremblement, par suite, peut très bien ne pas se montrer, j'ai proposé depuis longtemps de remplacer le mot de paralyse agitante par celui de maladie de Parkinson qui a, en outre, l'avantage de ne pas être compris des malades qui ne se considèrent pas comme paralysés, puisqu'ils ont encore une certaine force. La rigidité et le tremblement pouvant, comme nous venons de le dire, exister ensemble ou séparément, il en résulte que cette affection peut se présenter sous trois formes différentes. Dans la première, les deux symptômes auront la même intensité ; tandis que dans les deux autres, l'un des deux éléments fera défaut.

Ceci dit, considérons la rigidité qui existe chez la malade que je viens de faire amener et, afin de l'étudier avec méthode, nous allons successivement passer en revue les différents phénomènes qui existent lorsque la malade est assise, de façon à ce que vous soyez déjà fixés, lorsque je la ferai lever et marcher. Cette immobilité est si grande qu'elle nous fait croire à un affaiblissement des fonctions intellectuelles, ce qui n'est pas, comme vous le verrez plus tard.

La tête est légèrement inclinée en avant et la malade ne la tourne ni à droite, ni à gauche, pour regarder les assistants, parce qu'il existe une certaine rigidité dans les muscles du cou. Il ne faut pas en conclure, cependant, que la malade est dans l'impossibilité de faire des mouvements. Elle ne bouge pas, en général, parce qu'il lui faut faire un certain effort pour vaincre cette rigidité, et cela est tellement vrai, que je n'ai qu'à la prier de tourner la tête à droite, ou à gauche, pour qu'elle m'obéisse immédiatement. Il y a aussi un retard considérable entre la volition, qui dépend du cerveau, et le mouvement, qui est sous l'influence des muscles. La parole est scandée, saccadée.

Cette immobilité, affectant aussi les traits de la face, fait que la physionomie de la malade respire l'hébétément. Son regard est fixe, parce que les muscles des yeux sont eux aussi rigides et qu'il faut faire un certain effort pour vaincre cet élément. Les clignements sont, de plus, excessivement rares, et tous ces symptômes sont tellement caractéristiques, qu'ils suffisent à eux seuls pour établir le diagnostic. Je vous dirai que, pour ma part, j'ai vu entrer dans mon cabinet un certain nombre de ces malades et que, chaque fois, quoique je les écoutasse

avec bienveillance, mon diagnostic était fait d'avance. Il ne me reste plus pour en avoir fini avec la tête et la face, qu'à ajouter qu'il est très fréquent de voir les malades porter leur mouchoir à leur bouche, afin de recueillir la salive qui est rejetée à l'extérieur, parce que la déglutition se trouve aussi un peu en retard.

Si nous considérons maintenant les membres supérieurs, nous trouvons qu'ils sont rigides et dans la demi-flexion au niveau du cou et du poignet. Cette rigidité, qui n'empêche pas toutefois les mouvements, se fait suivant certaines lois. Aux mains, il existe une déformation d'un genre particulier, qui tient à la prédominance de la flexion des phalanges sur le métacarpe et qui rappelle l'attitude de la main lorsqu'on tient une plume pour écrire. Les membres inférieurs sont, eux aussi, rigides, mais la malade est capable de marcher. Cette rigidité est quelquefois assez marquée pour simuler la paraplégie spasmodique, conséquence d'affections spinales qui ont pour siège spécial les faisceaux pyramidaux. La meilleure manière de faire un bon diagnostic, et de ne pas confondre ces deux maladies, est de s'assurer de l'état des réflexes rotuliens. Dans la paraplégie, il y a une exagération, tandis que dans la paralysie, où on n'observe pas de trépidation spinale lorsqu'on redresse la pointe du pied, ils sont normaux.

Voilà ce qui concerne l'analyse des différents phénomènes que l'on peut reconnaître quand la malade est assise; nous allons maintenant la faire lever et nous remarquerons qu'elle est légèrement penchée en avant, la tête regardant la poitrine et le tronc incliné sur le bassin. Les membres inférieurs et supérieurs sont fléchis et les mains sont appliquées quelquefois sur la base du thorax et quelquefois sur l'abdomen.

Cette attitude n'appartient qu'à la paralysie agitante et si nous faisons marcher la malade, elle détache péniblement du sol les membres l'un après l'autre et a une tendance à la festination; c'est-à-dire qu'elle est comme entraînée et que si on ne l'arrêtait dans sa marche, elle ne tarderait pas à courir et à tomber. Se retourner dans un petit rayon étant une chose extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, les malades font en général des routes considérables afin d'avoir un circuit plus grand. Ils ressemblent, comme l'a très bien dit Parkinson, à des automates. Si on les pousse, ils marchent, et, si on les tire, on est forcé de les arrêter. Leur marche rappelle celle de l'éléphant ou de l'hippopotame.

Il existe encore le phénomène de la rétroimpulsion, que notre malade connaît, car elle m'a dit que si son corps venait à se pencher en arrière, elle allait à reculons, mais que beaucoup de malades possèdent sans en avoir conscience, et qu'on est par suite obligé de provoquer. Il suffit alors de tirer légèrement cette femme par derrière pour la voir partir à reculons et ne s'arrêter que lorsque vous vous interposerez. Avant d'en finir, je vous dirai qu'on rencontre ces malades un peu partout. J'en ai vu en Espagne, en Italie et principalement dans les villes d'eau, où on les promène dans de petites voitures.

Étudions maintenant le tremblement, que beaucoup d'auteurs ont considéré à tort comme chose absolument essentielle, puisqu'il peut très bien, comme vous venez de le voir, ne pas exister, et n'en disons que quelques mots, parce que nous serons obligés d'y revenir quand nous aborderons le diagnostic. Je vous ferai remarquer que ce sont de petites oscillations très courtes, qui occupent en général les extré-

mités et qui n'envahissent le tronc que par communication. Il y a, à ce sujet, une grande discussion entre moi et quelques auteurs. Ces derniers m'ont sans doute mal compris ; car en avançant que la tête ne tremblait pas, j'ai simplement voulu dire qu'elle ne tremblait pas par elle-même, mais seulement par communication. Dans les mains, ce sont les doigts qui s'agitent. Ils se fléchissent tous en même temps vers la paume de la main et se redressent de même. Quant au pouce, il est indépendant et semble rouler une boulette. Pour les pieds, c'est la même chose.

Nous avons donc affaire à un tremblement rythmique qui n'a que très rarement de grandes oscillations et qui existe tout aussi bien dans l'état de repos que dans celui de mouvement. C'est donc une agitation perpétuelle qui ne cesse qu'au moment où le malade s'endort et qui, n'étant modifiée que très rarement par les excitations volontaires, permet cependant aux malades de prendre un verre rempli d'eau, de le porter à leur bouche et d'en boire le contenu, sans trop renverser de liquide.

Comparons maintenant ce tremblement à celui de la sclérose, de la chorée et de l'athétose. Dans la sclérose en plaques, les mains placées sur les genoux ne bougent pas ; mais si vous faites prendre à la malade un verre rempli d'eau, et que vous le lui fassiez porter à sa bouche, les oscillations seront d'autant plus intenses qu'elle arrivera au but. Il y a là, quoique le mot ne soit pas français, un tremblement intentionnel.

Dans la chorée les oscillations sont bien différentes. Elles existent, comme dans la paralysie agitante, dans l'état de repos et dans celui de mouvement, mais elles en diffèrent en ce qu'elles décrivent des courbes tout à fait fantaisistes. Si l'on donne un verre rempli d'eau à cette jeune fille, elle ne peut pas arriver à boire. Elle le promène à droite, à gauche, en haut ou en bas, et gesticule, selon Sydenham, comme un charlatan.

Quant au tremblement de l'hémichorée post-hémiplégique, il ne cesse pas, et si la main gauche de cette malade ne bouge pas, c'est parce qu'elle l'appuie fortement sur son genou. Détachez-la du membre inférieur et vous allez la voir prise de gesticulations tellement insensées que, si je prie la malade de porter l'index à son nez, elle se donnera une giffle.

Reste l'athétose, où il n'y a pas de repos et où, comme le signifie du reste le mot, il y a impossibilité de maintenir une position fixe. Les doigts maintenus, tantôt dans la flexion et tantôt dans l'extension, s'agitent comme les tentacules d'un poulpe et sont incapables de tenir quelque chose.

Ceci dit, je reviens maintenant à la paralysie agitante. Les malades ont des crampes. Il faut les changer de place à chaque instant : ce sont, par suite, de véritables cauchemars pour les filles de salle. Ajoutez qu'ils ont un sentiment de chaleur excessive, qui n'est en rapport avec aucune modification de la température centrale et qui fait qu'on est obligé de les découvrir, même en hiver.

Passons maintenant à l'étiologie et citons, au nombre des causes occasionnelles puissantes, la peur. Pendant la commune, un certain nombre de gens qui avaient manqué d'être fusillés sont revenus pris de paralysie. Il en fut de même pendant le siège de Strasbourg, où la paralysie se développa chez plusieurs personnes qui avaient été effrayées plusieurs jours auparavant par les bombes qui tombaient comme

de la pluie. Ce n'est peut être là qu'une apparence qui demande une prédisposition, comme l'arthritisme, et principalement l'hérédité nerveuse. Le père de la malade qui nous a servi de type est mort fou, et sa sœur s'est tuée en se jetant par la fenêtre dans un accès de fièvre typhoïde.

Quant au pronostic et à la marche de l'affection, il n'y a rien de plus fâcheux. La maladie ne s'arrête jamais, et aucun traitement n'est susceptible, non pas de la guérir, mais même de l'enrayer pour quelque temps.—*Praticien.*

**Traitement de la pneumonie et de la fièvre entérique par les bains tièdes.**—Le Dr Bozzolo préconise l'emploi des bains tièdes dans le traitement de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Sur 64 cas de pneumonie, 27 furent soumis à cette méthode, dont un seul mourut, tandis que sur les 34 cas non traités par les bains, six furent fatals. Les malades traités par les bains séjournèrent à l'hôpital environ 19 jours; les autres durent y rester 26 jours en moyenne. Rarement on remarqua un abaissement de la température après un bain d'une heure seulement, mais après les bains ayant duré deux ou trois heures, l'abaissement était marqué; en général il l'était d'autant plus que le bain se prolongeait davantage, les plus longs étant de cinq heures. La température restait ainsi abaissée plus longtemps après le bain tiède qu'après le bain froid, mais la sensation de bien-être éprouvée par le malade après un bain froid ne survenait pas aussi vite après un bain tiède.

Dans la fièvre typhoïde, les bains tièdes ne sont pas aussi utiles que les bains frais ou froids qui ont une influence manquée sur la stupeur, le délire et autres symptômes analogues.—*Cincinnati Lancet and Clinic.*

**Traitement de la spermatorrhée et de l'impuissance (1).**—Le prof. Frank H. HAMILTON est d'avis que si les pollutions ne se montrent qu'occasionnellement et n'affectent pas la santé générale, aucun traitement ne doit être institué; ce n'est que quand la santé générale et les facultés intellectuelles sont en souffrance qu'il institue un traitement essentiellement tonique: diète nutritive, toniques minéraux, bains froids, exercice à l'air libre, etc. Il proscrit l'usage des alcooliques et du tabac. Pour prévenir les pollutions, qui, le plus souvent, ont lieu la nuit ou vers le matin, alors que le malade dort profondément, il recommande aussi de lui donner un repas léger le soir, l'usage d'un lit dur, peu de couvertures, miction avant le coucher et durant la nuit si possible, enfin, sommeil sur le côté. Si le malade dort sur le dos, l'urine renfermée dans la vessie comprime les vésicules séminales et expose à une éjaculation de sperme. Contre l'irritation du col de la vessie, Hamilton préconise, à l'instar de Lallemand, les cautérisations au nitrate d'argent; seulement, il rejette la porte-caustique de cet auteur pour y substituer un cathéter non fenêtré mais muni de plusieurs petites ouvertures à travers lesquelles la solution est appliquée au moyen d'une petite éponge fixée au mandrin de la sonde. Il emploie d'abord une solution de 5 grains à l'once, augmentant jusqu'à 10 ou 20 grains au besoin.

Tous ces moyens peuvent rester sans effet. Le mariage au contraire

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

constitue un moyen presque infaillible. Une amélioration marquée se fait sentir dès les premières semaines ou les premiers mois, et, dans la plupart des cas, la guérison est obtenue au bout d'une année ou deux.

La ligature des artères spermaticques ou des vaisseaux déférents et la castration sont des moyens curatifs que l'auteur n'emploie que dans les cas de manie et d'onanisme excessif.

Le prof. A. C. POST fait aussi de la médication reconstituante et de la médication locale. Avant d'employer le nitrate d'argent, il tente de faire disparaître l'irritabilité uréthrale par l'introduction de sondes d'acier tous les deux ou trois jours. Il a eu quelques succès avec l'ergot à la dose de 30 minimes (extrait fluide 3 fois par jour, et continué pendant quelques semaines. Il considère important que les intestins soient tenus toujours libres. Les diurétiques stimulants (cubèbe, copahu, térébenthine, etc.) lui ont donné quelques bons effets. Il ne néglige pas l'hygiène.

Le Dr J. C. HURCHINSON, de Brooklyn, outre les mesures hygiéniques, recommande spécialement l'ergot. Contre l'hyperesthésie de l'urèthre il applique, au moyen d'un cathéter ouvert, un onguent altérant et astringent à la fois :

R—Cupri sulph..... gr ¼  
 Adipis..... ʒi

Il s'est servi avec succès de suppositoires d'acide phénique (¼ gr) qu'il introduit dans l'urèthre où il les laisse fondre. Il a mis de côté le porte-caustique de Lallemand. A bout de ressources, il prescrit le mariage. Si l'impuissance est marquée il administre la teinture de cantharide (m. xv) avec la strychnine (gr ⅓), ou le phosphore (⅓ gr.)

Le Prof. Theo. A. MCGRAW, de Détroit, ne croit pas qu'une seule émission par jour puisse affecter la santé, puisque, dit-il, on voit nombre de maris se livrer au coit plus d'une fois par nuit et cela sans trouble appréciable. Il ne traite donc pas la spermatorrhée légère. Une ou deux éjaculations involontaires par mois ou par semaine constituent, suivant lui, une nécessité physiologique que l'on rencontre chez tous les jeunes gens qui fréquentent un peu le monde ; il faut que le trop plein de la nature se déverse. Il défend spécialement la lecture des nombreux pamphlets écrits sur la spermatorrhée, pour que le malade ne s'exagère pas la gravité de la maladie et qu'une inquiétude continuelle n'affecte pas son moral, et dans cette tranquillité d'esprit, il lui conseille le *conjungo*.

ACTON, de Londres, met en pratique les règles hygiéniques, la morale, les toniques généraux et la cautérisation.

GANT partage les vues d'Acton.

HUMPHREY considère dangereux l'état du malade qui a deux, trois ou quatre émissions par semaine. Son traitement ne diffère guère de ceux cités plus haut.

Des indications fournies par les causes, par H. HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.—Elles n'existent que dans les cas où la cause est persistante ; celle dont l'action est momentanée et cesse du moment où la lésion a commencé à se développer échappe nécessairement à toute intervention thérapeutique ; il en est évidemment ainsi du refroidissement qui a déterminé la pneu-

monie ou la sciatique, du traumatisme qui a produit une contusion, une fracture ou une luxation, du coup de soleil qui a provoqué des troubles cérébraux ; la prophylaxie et l'hygiène permettent d'éviter l'action de ces causes, mais du moment où elle est produite, on n'a plus aucune prise sur elles.

L'action sur la cause déterminante a une importance capitale ; elle peut suffire à enrayer la maladie. S'il s'agit d'une maladie parasitaire, la destruction de l'animal ou du végétal qui s'est développé dans l'organisme a souvent pour résultat la disparition des accidents épileptiformes causés parfois par le ténia, des éruptions liées à la présence dans la peau de l'*Acarus scabiei*, du tricophyton ou du microsporon, de la diarrhée provoquée par l'anguillule stercorale ; dans toutes les maladies infectieuses on doit tenter de même d'agir sur l'élément animé qui en est la cause prochaine ; on y réussit souvent dans la fièvre intermittente à l'aide du sulfate de quinine, et dans le chancre simple à l'aide de la solution de nitrate d'argent ou du tartrate ferreo-potassique, dans la pustule maligne à l'aide du fer rouge ou du sublimé en poudre. Il est d'observation que les médicaments auxquels les cliniciens ont attribué la plus grande efficacité dans le traitement des maladies infectieuses sont précisément des parasitocides. Nous citerons en première ligne le mercure et l'iodure de potassium employés dans la syphilis ; nous avons soutenu en 1878, contre l'opinion de maîtres éminents, que ces agents font disparaître les manifestations de la maladie, non par une action antiplastique et dénutritive qu'ils n'ont pas, mais en détruisant l'élément infectieux qui les détermine ou en faisant de l'organisme un milieu défavorable à son développement ; on sait qu'il suffit d'une très minime proportion de sublimé dans une solution pour empêcher la plupart des fermentations de s'y produire.

Si la maladie n'est pas guérie par ces médicaments, elle est toujours améliorée ; ne sait-on pas d'ailleurs qu'il faut plusieurs mois de traitement pour détruire les champignons d'une teigne ? faut-il s'étonner que les agents infectieux de la syphilis ne puissent être facilement détruits en totalité ? le bacille de la tuberculose paraît être encore plus résistant. M. H. Martin a constaté récemment qu'il résiste à tous les parasitocides connus ; cependant c'est encore à des agents de cette nature que les médecins ont recours pour traiter cette maladie ; ce sont les sulfureux et les préparations arsenicales ; on est donc arrivé, par l'expérience clinique, à instituer, pour cette maladie comme pour la syphilis, la médication que les notions récemment acquises sur leur nature permettent de considérer comme la plus rationnelle ; ici encore l'empirisme a devancé la science.

La créosote, introduite dans la thérapeutique par MM. Bouchard et Gimbert dans le but d'agir sur l'infectieux de la tuberculose, paraît donner de bons résultats.

De même Liebermeister assure avoir enrayer l'évolution de la fièvre typhoïde au moyen du calomel, et les antipyrétiques qui semblent agir favorablement sur elle sont également des parasitocides.

On enrayer le développement des pustules varioliques en les recouvrant d'un emplâtre mercuriel.

On ne peut se dissimuler qu'il est fort difficile d'aller détruire les microbes dans le sein de l'organisme ; les chirurgiens réussissent beaucoup mieux à les empêcher de pénétrer qu'à les poursuivre chez le

sujet infecté. Néanmoins les résultats obtenus dans la fièvre intermittente et dans la syphilis permettent d'espérer que le problème n'est pas insoluble, et que l'on arrivera à tuer l'agent infectieux sans nuire au malade.

Les poisons doivent être également détruits, expulsés au dehors ou transformés en substances inoffensives. On n'a d'action réelle sur eux que dans les cas où ils sont encore contenus dans les voies digestives; on peut alors les expulser à l'aide de vomitifs ou de purgatifs, ou en annihiler le pouvoir toxique en faisant ingérer au malade des substances qui forment avec eux des combinaisons inoffensives. Quand le poison a été absorbé et transporté dans les tissus, tous les efforts du médecin doivent tendre à en favoriser l'élimination qui peut se faire surtout par la peau et par les reins.

Il faut se garder de croire que la disparition de la cause déterminante soit toujours suivie d'une guérison complète; trop souvent des lésions irréparables se sont produites; d'autres continuent à progresser après que l'influence pathogénétique a cessé de se faire sentir; la cirrhose alcoolique persiste et s'aggrave alors que les malades ont depuis longtemps cessé tout excès; le tremblement mercuriel et les paralysies saturnines peuvent durer indéfiniment; il en est de même d'une hémiplegie syphilitique, bien que la néoplasie qui l'a produite n'ait eu qu'une existence temporaire: une artère a été oblitérée, un département du cerveau, privé de sang, s'est ramolli, c'est là une lésion définitive qui nécessairement survivra à sa cause; on peut de même voir des paralysies diphthériques passer à l'état chronique.

La thérapeutique doit s'adresser également aux causes internes; chaque fois qu'une diathèse est en jeu, le traitement général peut avoir une importance égale ou supérieure à celle du traitement local; l'air marin et les préparations iodées agissent puissamment sur les manifestations de la scrofule; dans les maladies infectieuses, le traitement peut n'avoir d'autre objet que de diminuer ou d'annihiler la réceptivité de l'organisme; les résultats heureux de l'emploi des excitants contre les teignes ne peuvent être interprétés différemment; M. E. Besnier pense même que telle est aussi l'action des parasitocides. La suralimentation et le séjour dans les montagnes semblent rendre l'organisme peu favorable au développement de la tuberculose.

On a attribué à certains médicaments une action sur la diathèse elle-même, et l'on donne, dans ce but, de l'arsenic aux herpétiques et des alcalins aux arthritiques, sans que l'efficacité de ces moyens soit bien démontrée. On peut combattre avec plus de succès la prédisposition que constitue l'asthénie, particulièrement celle des convalescents; c'est ici le triomphe de la médication tonique et des reconstituants.—  
*Bulletin de thérapeutique.*

### Du prurit comme symptôme de la maladie de Bright.—

1<sup>o</sup> Dans le cours du mal de Bright, on rencontre, en dehors de toute éruption à la peau, un prurit pouvant envahir toute la surface tégumentaire.

2<sup>o</sup> Ce symptôme peut se présenter sous trois différents aspects :

- a. sous forme de prurit pur et simple ;
- b. sous forme d'horripilation ;
- c. sous forme de fourmillement.

3°. Ces sensations accompagnent souvent la maladie de Bright; les malades les accusent à différentes périodes, soit au début soit dans le cours de l'affection.

4°. Observées au commencement elles constituent un symptôme important et d'une grande valeur séméiologique. A cette période, elles coïncident avec la pollakiurie, les crampes, les palpitations, troubles de l'ouïe, épistaxis, etc., et peuvent précéder l'apparition de l'œdème et de l'albuminurie, ce qui est d'un grand service pour le médecin qui peut ainsi poser son diagnostic en l'absence de tout autre signe.

5°. Survenant à une période ultérieure, ces mêmes sensations ne deviennent plus qu'un signe additionnel et ordinaire de la maladie.

6°. On en est encore à bâtir des hypothèses sur la nature pathologique de ce prurit. Il indique un désordre quelconque dans la sphère sensorielle, dû, probablement, à l'iritation des extrémités périphériques des nerfs par les matières excrémentielles retenues dans le sang par suite du défaut d'action des reins.—*Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Des injections intravésicales.**—Extraits d'une clinique de M. le professeur Guxon à l'hôpital Necker. — Si j'avais d'une manière générale à formuler mon opinion à l'égard des injections intravésicales, je commencerais par vous dire que *j'en pense beaucoup de bien et beaucoup de mal.* Comme la plupart des moyens thérapeutiques dont l'efficacité n'est plus à démontrer, elles sont entre les mains du médecin une arme à double tranchant. Excellent instrument pour qui sait bien s'en servir, instrument dangereux pour qui n'en a pas l'expérience nécessaire. Mal faites, en effet, les injections font souvent éclater des accidents graves : hématuries, prostatites, cystites, néphrites même, accidents qui tiennent beaucoup plus, je dois vous le déclarer dès maintenant, à la manière dont le liquide est poussé, qu'à sa nature et à sa composition pharmaceutique.

Les injections intra-vésicales peuvent se pratiquer dans les conditions les plus diverses et viser des résultats essentiellement différents. C'est ainsi qu'elles poursuivent tantôt une simple *action mécanique*, tantôt une *action dynamique modificatrice*. Dans l'un et l'autre de ces cas, elles peuvent être dirigées sur la vessie elle-même ou sur son contenu.

L'*action mécanique sur le contenu de la vessie* a pour but de provoquer l'évacuation des substances que sont en suspension dans l'urine, lorsque cette évacuation ne se fait pas spontanément pendant l'acte de la miction. Parfois il s'agit de petits calculs ou de graviers, d'autres fois de caillots sanguins et surtout des produits de la sécrétion pathologique des reins ou de la vessie, qu'ils soient ou non altérés par leur mélange avec l'urine.

L'*action mécanique sur les parois de la vessie* a pour but de dilater cet organe lorsqu'il est revenu sur lui-même, et rétréci en quelque sorte à la suite d'une altération quelconque, soit de ses propres parois, soit du système nerveux. La dilatation progressive de la vessie par des injections semble être dans ces conditions l'équivalent de la dilatation du canal rétréci par des bougies graduées.

L'action modificatrice sur les parois vésicales pourra être utilisée lorsqu'elles seront plus ou moins profondément altérées par le fait de l'inflammation. Les solutions astringentes, cathérétiques ou caustiques ne conviennent pas moins à la vessie malade qu'à la plupart des autres organes, l'œil, l'oreille ou la gorge.

Enfin l'action modificatrice sur le contenu de la vessie vise le moyen de prévenir ou de combattre par des substances antiseptiques la transformation ammoniacale de l'urine, transformation qui vient et souvent compliquer divers états pathologiques et concourir dès lors à les entretenir et les aggraver.

J'ajouterai, pour terminer, que les injections sont un très puissant auxiliaire pour le chirurgien dans le cours de plusieurs opérations importantes, telles que la lithotritie et la taille.

Vous le voyez, messieurs, ce simple énoncé des circonstances dans lesquelles on peut utiliser les injections vous montre déjà combien est vaste le champ qu'elles offrent à notre étude.

Je vous parlerai tout d'abord de celles qui agissent mécaniquement sur les substances étrangères contenues dans la vessie pour en favoriser l'expulsion. On pourrait les appeler : *injections évacuatrices*. Ce sont de véritables lavages.

Le contenu à évacuer consiste parfois en *graviers* ou *débris de calcul* ou tout autre corps étranger comparable. D'autres fois, il s'agit de *masses purulentes* ou *glaireuses* qui, par le fait de leur poids ou de leur viscosité, ne peuvent s'échapper en même temps que l'urine. Dans la vessie, comme dans un verre à pied ou un bocal, elles se déposent et gagnent les parties déclives. Aussi, lorsque les urines sont purulentes, voit-on généralement la proportion de pus augmenter à mesure que la miction s'avance. Les dernières gouttes sont souvent constituées par du pus en nature. Pour peu que la vessie ne se vide pas, c'est donc du pus et non de l'urine, ou tout au moins une urine très fortement mêlée de pus, qui stagne dans la vessie. Or, s'il est, à l'heure actuelle, un principe universellement admis en chirurgie, c'est la nécessité de soustraire toute surface qui suppure au contact incessant de ses produits de sécrétion. Le drainage des plaies n'a pas d'autre but, ce drainage qui occupe une si belle place dans les progrès modernes de la chirurgie, et sans lequel aujourd'hui encore les méthodes antiseptiques seraient incomplètes. De même, les injections détersives sont indiquées toutes les fois que l'urine contient du pus. Elles le sont surtout quand ce pus a pris naissance dans la vessie et ne provient pas d'une affection rénale. En effet, lorsque le pus vient du rein et que la vessie est encore saine, son épithélium la protège en quelque sorte contre ce contact irritant. Et cependant, ne voyons-nous pas souvent la peau rougir et s'ulcérer au voisinage des abcès dans les points déclives exposés au contact du pus qui s'écoule ? Quoi qu'il en soit, c'est surtout lorsque la vessie elle-même est la source du pus qu'il est utile de pratiquer de temps en temps des lavages et de garantir ainsi contre ses propres produits de sécrétion la muqueuse que l'inflammation a privée de sa protection naturelle. Les injections sont alors d'autant plus nécessaires que les urines subissent très fréquemment la fermentation ammoniacale. Sous cette influence le pus s'altère, il se transforme en une gelée épaisse, visqueuse, alhérente, que le liquide injecté a souvent beaucoup de peine à désagréger. Il n'en est que plus utile de

déterger la vessie, car c'est alors précisément que les produits de sécrétion, aussi bien que l'urine, acquièrent leurs propriétés les plus irritantes. Indépendamment des graviers et du pus, la vessie peut contenir encore des *caillots sanguins* plus ou moins abondants, dont il est souvent très difficile d'obtenir la fragmentation et l'expulsion.

Dans tous ces cas, les injections pourront rendre les plus grands services; quelquefois même, elles sont absolument nécessaires. Mais je m'empresse de vous dire que vous ne devez jamais y recourir sans vous être assurés qu'il n'existe pas de *contre-indications*. Celles-ci sont fréquentes, et c'est parce qu'on n'en tient pas en général assez compte qu'on voit si souvent les injections donner, au lieu des bons effets annoncés, des résultats fâcheux. Parmi ces contre-indications, se place en première ligne la *douleur*. Pour peu qu'elle soit vive, vous vous abstenrez de toute injection. Ce mode de traitement ne saurait être mis en œuvre sans provoquer un certain degré de distension, ce qui ne tarderait pas à aggraver les accidents. J'ai trop longuement insisté, dans une récente leçon, sur les effets de la distension, pour avoir besoin d'y revenir aujourd'hui. Je n'ai plus rien à vous apprendre désormais ni sur le rôle physiologique, ni sur le rôle pathologique de toutes les manœuvres qui entraînent, à quelque degré que ce soit, la distension douloureuse de la vessie.

Les lésions rénales sont encore, après la douleur, une véritable contre-indication aux injections. Je veux parler surtout des *lésions rénales aiguës*, car si on voulait s'abstenir de lavages toutes les fois qu'il existe des lésions chroniques, on arriverait presque à supprimer ce mode de traitement. L'expérience a montré du reste que, prudemment faites, les injections n'avaient pas alors de conséquences fâcheuses.

Lorsqu'il n'y aura pas de contre-indication et que les injections vous paraîtront nécessaires, comment devrez-vous les pratiquer? À quelle règle obéirez-vous pour décider de la forme et du volume de la sonde, de l'instrument à l'aide duquel vous pousserez l'injection, de la position que vous ferez prendre au malade, de la nature et de la quantité de liquide que vous pourrez introduire en une fois? Ce sont autant de questions, vous le comprenez, au sujet desquelles il importe d'être nettement fixé.

Le *volume de la sonde* dépendra en premier lieu des dimensions du canal, et ensuite de la nature du contenu de la vessie qu'on se propose d'évacuer. Plus l'abondance des débris calculeux ou des produits de sécrétion rendra les lavages nécessaires et plus une sonde volumineuse offrira d'avantages. Il est bon toutefois de ne pas arriver aux dimensions extrêmes. Même après la lithotritie, je n'emploie jamais de sonde dépassant le n° 25. Le n° 21 suffit même dans bien des cas. Quant aux grosses sondes n° 30 et au-dessus, employées en Amérique, elles exposent à des lésions graves de l'urèthre et je ne puis vous les recommander.

La *courbure de l'instrument* varie forcément avec la substance dont il est fait. Lorsqu'on emploie une sonde métallique, et il ne faut y recourir en général que pour l'évacuation des fragments après la lithotritie, on peut se servir avec avantage d'une sonde presque droite, comme Bigelow, ou de faible courbure, comme Thompson. J'ai démontré que la sonde à grande courbure des chirurgiens français était un bon instrument d'évacuation et qu'il fallait le préférer toutes les fois que la

prostate était difficile à franchir. Mais je fais usage habituel d'une sonde à petite courbure analogue à celle d'un lithotriteur n° 2.

Les sondes métalliques doivent être à peu près exclusivement réservées pour l'évacuation des débris calculeux, aussi choisirez-vous le plus souvent une sonde en gomme ou même en caoutchouc vulcanisé. Ce dernier instrument est celui dont vous vous servirez de préférence dans le catarrhe de la vessie qui succède si fréquemment à l'hypertrophie de la prostate et qui représente, parmi toutes les affections des voies urinaires, celle qui réclame le plus utilement le traitement par les injections. Un n° 20, souvent même un n° 18, sera suffisant, vous pouvez, si le canal est sensible, descendre au n° 16, bien que la lumière en soit assez étroite, pour effectuer sûrement un bon lavage. Si toutefois vous étiez en droit de penser, d'après l'abondance du pus, le degré de l'alcalinité, les sensations éprouvées par les malades, qu'il existe dans la vessie des masses glaireuses trop épaisses pour traverser de telles sondes, vous pourriez en prendre d'un peu plus volumineuses : vous pourriez même recourir, mais à titre absolument exceptionnel, aux sondes métalliques dont la lumière est beaucoup plus large.

Prendrez-vous un instrument à un seul ou à deux yeux ? Lorsque vous vous servirez de sondes en caoutchouc vulcanisé vous n'aurez pas à vous adresser cette question. Elles n'ont généralement qu'une seule ouverture et cela suffit pour les besoins ordinaires, c'est-à-dire tant que le contenu à évacuer consiste simplement en dépôts purulents non glaireux. Mais si vous êtes amenés à employer des sondes en gomme et surtout en métal, vous ferez bien de les prendre avec deux ouvertures. M. le Dr Desnos a dû faire de nombreuses expériences pour élucider les conditions mécaniques de l'aspiration des fragments. Ses recherches très ingénieuses et conduites avec une grande perspicacité clinique ont démontré que la sonde à deux yeux avait une supériorité incontestable et devait être préférée, non seulement après la lithotritie, mais même pour de simples lavages dans une vessie malade.

Quelle est, en effet, la première condition pour obtenir une évacuation complète ? C'est que le liquide soit soumis à une agitation aussi complète que possible, de manière à soulever les parcelles qui, par leur poids, tendent à gagner les régions déclives. Or, un seul œil ne donne qu'un seul courant et ne produit qu'un remous très insuffisant, surtout quand cet œil est tourné en haut, comme dans la sonde aspiratrice de Bigelow. Avec deux yeux latéraux, au contraire, on produit de chaque côté deux courants qui se rencontrent, se brisent et produisent dans le liquide un mouvement considérable.

Avant d'en finir avec le choix des sondes, il est nécessaire de nous demander s'il n'y aurait pas avantage à se servir de sondes à double courant. Tour à tour abandonnées et reprises, elles n'ont pas encore aujourd'hui, dans la pratique, une place bien définie. Cependant l'observation clinique m'a depuis longtemps démontré qu'elles rendaient assez peu de services et je les ai complètement abandonnées. Mais il n'en était pas moins utile de soumettre ces instruments au contrôle d'une expérimentation rigoureuse. C'est encore M. le Dr Desnos que j'ai chargé de ces recherches. Il les a conduites avec son habileté ordinaire et a parfaitement élucidé ce point intéressant. Les conclusions auxquelles il a été conduit sont assez peu favorables aux sondes à double courant. Leurs avantages sont très hypothétiques et leurs inconvénients très sérieux et absolument incontestables.

Parmi ces derniers, je relèverai tout d'abord la *réduction considérable de calibre* qu'entraîne le principe même de leur construction. Pour laisser au canal de retour les plus grandes dimensions possibles et faciliter ainsi l'évacuation, on a voulu ramener aux proportions les plus faibles le canal d'aller. Mais alors on ne peut plus produire dans la vessie une agitation suffisante, cette agitation n'étant possible qu'd si le liquide est lancé avec un certain volume et une certaine puissance. La sonde à double courant de Voillemier, qui représente le modèle le moins defectueux, offre, pour un n° 25, un canal de sortie équivalant à peine à un n° 15. Se servir d'un semblable instrument, c'est évidemment se placer dans de mauvaises conditions pour l'évacuation. Et si l'on veut obtenir un canal de sortie ayant les dimensions d'un n° 25, l'instrument doit représenter au moins un n° 30 dont le calibre énorme expose à des dangers sérieux.

Le second reproche que j'adresserai aux sondes à double courant c'est de n'avoir qu'un *œil d'arrivée* et par conséquent de ne produire dans la vessie qu'un seul courant. Au début, ce courant suffit pour déterminer une certaine agitation dans tout le liquide. Mais bientôt, à cette agitation générale succède un courant continu. Puis les parcelles en suspension sollicitées par la force centrifuge et la pesanteur abandonnent le courant et gagnent peu à peu les parties déclives où existe un repos relatif. Pour produire un remous continu et général, il faut changer à chaque instant la position de la sonde, ce qui ne peut se faire sans inconvénients pour le canal. Cependant je dois dire que la sonde de Voillemier, malgré la présence d'un œil unique, a donné d'assez bons résultats. Cela tient à ce que l'orifice d'arrivée regarde la paroi inférieure de la vessie où s'accumulent les produits de sécrétion, aussi bien que les débris calculeux, tandis que l'orifice de sortie regarde la paroi antérieure. Cette disposition permet de provoquer une action continue précisément dans la région où les conditions physiques ramènent les particules en suspension qu'il s'agit d'évacuer.

En troisième lieu, *l'attraction qui s'exerce à l'orifice de sortie est insignifiante*. La puissance d'arrivée ne s'y fait sentir en aucune façon; elle est employée à produire un courant qui suit en s'affaiblissant les parois vésicales. Aussi le liquide de l'injection revient-il en bavant pour ainsi dire. Si l'on veut obtenir un jet, il faut soumettre la vessie à une pression considérable, et encore ce jet ne s'établit-il que peu à peu, augmentant ou diminuant d'intensité d'une manière lente et graduelle. Il en résulte que les particules à évacuer pénètrent difficilement dans l'orifice de sortie, qu'elles s'arrêtent aisément dans le canal en l'engorgeant, enfin et surtout que l'augmentation de la pression intravésicale, seule capable d'accroître la puissance du jet de sortie, exige une distension dont vous connaissez tous les inconvénients et les dangers. Cette distension serait d'autant plus fâcheuse que, dans la plupart des cas où les lavages sont indiqués, la vessie est le siège d'une affection plus ou moins sérieuse qui la prédispose à des poussées congestives et inflammatoires avec toutes leurs conséquences.

Ces nombreux inconvénients des sondes à double courant ne sont compensés par aucun avantage. Aussi ferez-vous bien de choisir, pour effectuer vos lavages, des sondes à courant simple qui donnent d'excellents résultats.—*Annales des maladies des organes genito-urinaires.*

(à suivre).

**La fièvre du cathétérisme.**—A la suite d'une étude approfondie sur cette question, le Dr CLARKE, médecin du *London Hospital*, en vient aux conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Chez les gens d'âge moyen et d'apparence saine, sans autre maladie apparente qu'une augmentation de densité de l'urine, au commencement de la période durant laquelle on pratique le cathétérisme, survient parfois une fièvre rémittente, pouvant avoir une issue même mortelle, sans qu'on trouve, à l'autopsie, de lésions de structure expliquant ce résultat néfaste.

2<sup>o</sup> On sait que chez les personnes atteintes d'affection du rein avec goutte chronique, ou de dégénérescence organique générale avec altération de structure, la fièvre due au sondage peut revêtir un caractère grave; cet état de pyrexie, sans désordre anatomique, prouve que l'étude de cette question n'a pas été poussée aussi loin que les autres points ayant trait à la chirurgie.

3<sup>o</sup> Cette fièvre n'est, à vrai dire, ni urémique ni pyohémique; elle emprunte à ces espèces quelques-uns de leurs caractères, sans ressembler complètement à l'une ou à l'autre. Elle semble commencer par un trouble réflexe, portant d'abord sur les changements moléculaires organiques généraux, et ensuite sur les organes sécréteurs et surtout les reins. Là, les altérations structurales sont inappréciables à nos moyens actuels d'investigations; il est probable que le sang, qui est essentiel pour que les cellules du rein accomplissent leurs fonctions sécrétoires, ne possède plus ses propriétés dynamiques. A ces troubles nerveux vient s'ajouter l'absorption septique.

4<sup>o</sup> Il y a de grandes raisons de croire que la connaissance complète de cette fièvre, les conditions de son origine, de sa persistance, de son accroissement, de ses divers modes de terminaison, pourraient amener à diminuer la mortalité causée par elle. En considérant la pratique du cathéter comme une chose sérieuse, en renchérissant encore sur les précautions prescrites par Thompson, en insistant sur l'importance de l'alimentation et les stimulants, du repos et de l'atmosphère chaude autour du malade, des diaphorétiques et des laxatifs, par l'administration hardie de l'opium, et peut-être la désinfection préventive employée par Lister et Harrison, l'ensemble de ces moyens, dis-je, pourra permettre de sauver des existences qui, sans ces précautions, auraient été sacrifiées.—*Med. Times and Gaz.*

**De l'entorse considérée particulièrement au point de vue de son traitement.**—Nous venons développer dans cette courte étude quelques vérités depuis longtemps exposées, mais aujourd'hui tombées dans le plus grand oubli. Puisse notre travail faire revivre des idées utiles et injustement laissées de côté. Puisse surtout notre effort avoir pour effet de faire connaître au praticien honnête les nombreux moyens dont il dispose pour la thérapeutique de l'entorse, moyens particulièrement connus d'ailleurs d'un bon nombre d'empiriques et qui trop souvent leur permettent de réussir et d'obtenir immédiatement un amendement sérieux, alors que le médecin diplômé a demandé plusieurs jours d'absolu repos.

Et d'abord, que devons-nous entendre par une entorse? Un déplacement non permanent des surfaces articulaires avec ou sans déchirures vasculaires, avec ou sans ruptures ligamenteuses. Ces dernières com-

plications caractérisent le degré de l'affection mais respectent sa nature. S'il n'y a plus seulement rupture, au contraire si le point d'insertion du ligament est arraché avec une parcelle osseuse plus ou moins considérable, ce n'est pas une entorse mais une fracture que l'on est obligé de traiter.

La première chose donc à faire avant d'instituer aucune thérapeutique, c'est d'établir réellement s'il y a entorse ou fracture par arrachement. Ce point a été autrefois l'objet d'un mémoire très précis du professeur Lefort, mais combien de praticiens ignorent et l'existence du mémoire et les idées qu'il renferme? Nous les résumons en quelques mots, prenant pour type l'entorse du pied, de beaucoup la plus fréquente, comme chacun sait, et pour des raisons développées dans tous les ouvrages classiques.

Dans la fracture les mouvements sont indolents à moins que, trop violents, ils ne causent une pression de dehors en dedans de la malléole externe. Les petits coups sur le trajet du péroné déterminent au contraire, à la partie inférieure de l'os, une douleur caractéristique (signe du professeur Richet). Enfin le malade, au moment de l'accident, est devenu immédiatement impotent et a dû être transporté dans son lit sans pouvoir continuer sa marche. Nous avons pu dans un cas faire un diagnostic différentiel rétrospectif très précis sur ce dernier signe.

Au contraire, dans l'entorse :

1<sup>o</sup> Les mouvements sont horriblement douloureux ;

2<sup>o</sup> La pression du péroné sur tous les points est absolument indolente ;

3<sup>o</sup> On détermine au contraire une douleur violente en promenant ses doigts sur la ligne articulaire.

A ce point de vue, rappelons que M. Terrillon, après d'autres auteurs d'ailleurs, a démontré que l'entorse du pied est plus souvent médio-tarsienne.

4<sup>o</sup> Enfin le malade a pu poursuivre son chemin au moment de l'accident, et ce n'est que plus tard qu'il lui a fallu, vaincu, se débarrasser de sa chaussure et garder le repos.

Nous n'insistons pas, ces signes suffisant, somme toute, pour poser un diagnostic dans la plupart des cas.

Nous ne dirons rien non plus de la thérapeutique des fractures du péroné. Qu'il nous suffise de rappeler que le repos absolu doit en faire les principaux frais.

Voilà l'entorse reconnue. Quelle va être la conduite du chirurgien?

Nous lisons dans le tome second de la *Nosographie chirurgicale d'Althelmé* (Richerand) :

L'application des réfrigérants et autres répercussifs, au moment où l'entorse vient d'avoir lieu, et pendant les premières vingt-quatre heures, est le plus sûr moyen de diminuer la violence des symptômes.

J'ai vu la douleur assoupie, l'enflure prévenue et l'inflammation empêchée par l'emploi des bains à la glace, où l'on tenait plongée la partie qui avait souffert. Il faut prolonger durant plusieurs heures l'application de ce moyen ; la simple immersion, ou même un bain de deux heures ne ferait qu'augmenter l'abord des humeurs, par la vive réaction à laquelle on donnerait lieu. Les cataplasmes relâchant, les bains de pied, les fomentations opiacées conviennent, lorsque l'inflammation est déjà développée ; on y substitue les toniques, lors-

que l'engorgement se résout; enfin, les fondants, tels que l'emplâtre de styrax saupoudré avec la fleur de soufre, les douches et les eaux thermales conviennent dans les cas où l'empâtement se dissipant avec peine, et le malade offrant des dispositions scrofuleuses, on doit craindre qu'il ne prenne le caractère d'une tumeur blanche.

L'inaction parfaite de la partie malade, une position telle que les humeurs en reviennent aisément, le repos continué jusqu'à la disparition complète des accidents, sont absolument nécessaires. On a vu, par un exercice prématuré, les douleurs assoupies se réveiller dans des articulations qui avaient souffert, un engorgement s'y former avec lenteur, les extrémités des os être frappées de carie, etc., etc."

C'était résumer de la façon la plus complètement succincte tout ce que l'on avait dit en 1805 sur ce point de thérapeutique chirurgicale.

Un mot seulement sur les bains de pieds froids. Comme dans toutes les autres inflammations de l'organisme, on a beaucoup de tendances à substituer la chaleur au froid pour l'entorse, et volontiers nous conseillons pour les cas simples l'immersion du membre dans l'eau chaude, aussi chaude que le malade peut la supporter.

Un quart d'heure de ce traitement peut supprimer une entorse légère.

Mentionnons enfin un agent qui a été appliqué à la thérapeutique de l'entorse avec le plus grand succès : le massage.

Le professeur Panas, qui préconise le massage avec tant de conviction, recommande de le faire suivre d'une compression ouatée.

Dans un nouveau livre que le docteur Schreiber (de Vienne) vient de publier, l'auteur partant de cette idée que le vide déterminé dans l'articulation au moment de l'écartement des parois y attire la synoviale dont le pincement est la cause principale des douleurs accusées par les malades, conseille de masser en tirillant fortement l'article.

Nous avouons ne pas très bien comprendre comment ce moyen peut ramener la synoviale à sa place ordinaire.

En terminant nous recommanderons un moyen qui n'est pas suffisamment employé peut-être et qui cependant mérite d'occuper la première place parmi les procédés que nous venons d'énumérer. Il consiste simplement à entourer la partie lésée d'une couche d'ouate assez épaisse, de recouvrir celle-ci d'une toile cirée et de maintenir le tout avec un bandage roulé.

En très peu de temps la chaleur se développe, la transpiration, retenue par le tissu imperméable, s'accumule; cette transpiration humecte la ouate et bientôt l'enflure et la douleur diminuent comme par enchantement.

Nous avons trouvé des peaux sèches, réfractaires à la stimulation de la chaleur; dans ces cas nous avons eu recours à l'auxiliaire que voici : on prend un morceau de flanelle humecté d'eau chaude salée; on tord cette flanelle et on l'interpose entre la ouate et la peau. Cette interposition a pour effet de sinapiser toute la région; en général, cependant, la sensation produite est celle d'une douce chaleur et d'un picotement sans acuité.—*Revue médicale.*

**Traitement des tumeurs hémorrhoidales,** par M. le professeur MICHAUX, de Louvain.—M. le professeur Michaux se déclare peu partisan de l'intervention chirurgicale pour le traitement des tumeurs

hémorrhoidales. En thèse générale, il ne considère pas comme légitime de soumettre les patients à une opération qui peut être dangereuse, dans le but de les délivrer d'une simple incommodité.

C'est là une conduite pleine de prudence, adoptée par la majorité des chirurgiens.

Il est des cas toutefois pour lesquels on s'exposerait au reproche d'inhumanité, en se refusant systématiquement à intervenir. C'est principalement lorsque les douleurs continuelles deviennent intolérables par leur intensité, lorsque les pertes de sang prennent par leur abondance un caractère inquiétant, ou enfin lorsque le volume et la situation des tumeurs rendent la marche excessivement pénible.

Dans les cas de cette nature, M. le prof. Michaux s'est servi plusieurs fois d'un procédé opératoire qui, croyons-nous, lui est propre et qui lui a fourni des résultats assez remarquables pour que nous nous permettions de les signaler.

La relation suivante d'un cas qui a été traité récemment à la clinique, est particulièrement intéressante sous ce rapport.

Adèle B..., de Tirlemont, âgée de 30 ans, célibataire de tempérament sanguin et de bonne constitution, est reçue à l'hôpital le 15 janvier de cette année et confiée aux soins de M. Ch. Van Vyve.

Voici les renseignements qu'elle fournit sur son état :

Vers l'âge de 20 ans, elle s'aperçut que la défécation devenait de plus en plus rare et pénible, et que la surface des fœcès était striée de sang. Bientôt elle constata la présence à la marge de l'anus de plusieurs petites tumeurs dont le volume alla sans cesse croissant, et même temps qu'augmentaient la gêne fonctionnelle, les douleurs et les pertes de sang.

Ces phénomènes acquirent à la longue une telle intensité qu'elle eut obligée de réclamer les secours de l'art. Le médecin, consulté, cautérisa à différentes reprises, à l'aide du crayon de nitrate d'argent, la surface des tumeurs, qui dans l'intervalle s'étaient ulcérées, mais l'affection ne s'améliorant pas, il conseilla à la patiente de s'adresser à la clinique chirurgicale de Louvain pour y subir une opération radicale, nécessité à laquelle elle n'eut pas de peine à se soumettre, vu les inconvénients de la situation.

Celle-ci était la suivante, lors de l'entrée à l'hôpital d'Adèle B... L'ouverture anale est encadrée à peu près uniformément d'un bourrelet de la grosseur du doigt, limité en dehors par la peau festonnée de la marge de l'anus, et en dedans par la muqueuse herniée de la partie inférieure du rectum ; ce bourrelet est constitué par toute une série de tumeurs hémorrhoidales externes. En outre, la muqueuse rectale présente sur une hauteur de plusieurs centimètres des dilatations variqueuses des veines formant des tumeurs isolées de la grosseur d'une amande (hémorrhoides internes). C'est au niveau de ces tumeurs qu'on trouve produites par-ci par-là des pertes de substance plus ou moins étendues. En ce point d'ailleurs, toute la muqueuse est exulcérée granuleuse, saignant au moindre attouchement.

Le doigt introduit ne pénètre d'abord qu'avec difficulté, mais bientôt, grâce au relâchement du sphincter, il arrive dans l'ampoule rectale et peut constater qu'il n'existe aucune lésion à ce niveau.

Adèle B... accuse dans la partie inférieure du rectum des douleurs atroces presque continuelles, augmentant par la pression ou le coë

tact, mais s'exagérant surtout pendant les efforts de la défécation. Cette fonction d'ailleurs ne s'exerce plus qu'avec une grande difficulté, et elle entraîne invariablement des pertes de sang dont l'abondance et la répétition fréquente menacent de ruiner l'excellente constitution de la patiente. L'émission de gaz suffit à elle seule pour ramener à la fois les accès douloureux et l'hémorrhagie. La situation n'est plus tenable pour la malade qui réclame avec instance l'opération.

M. le prof. Michaux fait observer qu'il se bornera à supprimer les tumeurs hémorrhoidales internes ulcérées, puisque ce sont elles seulement qui occasionnent les troubles morbides signalés.

L'opération eut lieu à la clinique du 17 janvier; comme soins préliminaires, la veille, purgation abondante au moyen de lavements et d'huile de ricin; le matin même, administration d'une poudre morphinée (un centigramme), dans le but de retarder les selles et de diminuer les douleurs après l'opération.

La patiente étant chloroformisée, et la région anale ayant été soigneusement lavée à l'aide d'une solution phéniquée, M. le prof. Michaux saisit, entre les mors d'une pince hémostatique ordinaire, les différentes tumeurs hémorrhoidales internes et les pinça ainsi successivement par la base, en fermant l'instrument. Sept pinces furent appliquées de cette manière et laissées à demeure; elles embrassaient toute la circonférence de l'ouverture anale, séparées toutefois par les parties de la muqueuse, saines et exemptes de tumeurs, qui n'avaient pas été saisies.

Toute l'opération réclama à peine quelques minutes.

La patiente fut reportée dans son lit et M. Michaux prescrivit de faire deux irrigations phéniquées; il recommanda, en outre, d'administrer une poudre morphinée, chaque fois que le besoin de la défécation, l'intensité du ténésme anal ou des douleurs paraîtraient l'exiger.

Après l'opération, tout se passa à merveille.

Addè B... demeura le reste de la journée dans un état d'assoupissement, résultat de l'action combinée, vraiment salutaire dans le cas présent, du chloroforme et de la morphine. Elle ne se plaignit jamais que les pinces à demeure la faisaient souffrir et, pendant les 48 heures qu'elles restèrent en place, on ne se vit obligé d'administrer que trois centigrammes de morphine. Les instruments furent enlevés le samedi 17, et les tumeurs gangrénées s'éliminèrent les jours suivants, sans qu'il survint la moindre complication. Les douleurs avaient disparu au point de rendre l'emploi de la morphine inutile. L'état général demeura satisfaisant; le 4<sup>me</sup> jour seulement, il y eut une légère réaction fébrile. Toutefois, sous l'influence de la morphine et de la stase stercorale, il survint un embarras gastro-intestinal qui persista pendant quelques jours.

Les plaies qui avaient succédé à la chute des eschares ne tardèrent pas à se cicatriser sous la protection de l'acide phénique, et l'on vit en même temps se flétrir en grande partie le bourrelet d'hémorrhoides externes qui avait été respecté. La première selle ne fut obtenue que douze jours après l'opération; elle fut sans doute un peu pénible, mais la perte de sang qui l'accompagna fut insignifiante. Depuis lors, la fonction de la défécation s'est exercée régulièrement et sans difficulté, les douleurs et les hémorrhagies ont complètement disparu.

Trois semaines après l'opération, Addè B... quittait l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

En résumé, le résultat obtenu nous paraît remarquable ; il y avait particulièrement dans le cas présent, comme le faisait observer M. le prof. Michaux, deux dangers à redouter de l'intervention chirurgicale, à savoir l'hémorragie résultant de l'ouverture des veines variqueuses, et le rétrécissement du rectum consécutif à la gangrène des tumeurs. Or, il ne s'est absolument pas produit d'hémorragie et il n'y a pas à craindre de rétrécissement, comme l'a démontré le toucher rectal pratiqué au moment de la sortie de l'hôpital d'Adèle B...

Les douleurs consécutives à l'étranglement des tumeurs ont été modérées, et si d'ailleurs elles s'étaient présentées à un degré plus accentué, les moyens de les calmer n'auraient pas fait défaut. Quant au danger qu'on redoute à si juste titre à la suite des opérations pratiquées sur cette région, des inflammations du tissu cellulaire ou des veines, nous sommes persuadé qu'on le prévient à son gré, en insistant sur l'emploi des antiseptiques.

Nous voulons tout spécialement insister sur la simplicité du procédé employé dans le cas présent avec un résultat si heureux : les instruments mis en usage sont à la disposition de tous les praticiens : la manœuvre opératoire est rapide et facile.

Plusieurs fois, d'ailleurs, le même procédé a été employé avec un égal succès dans des cas analogues par M. le prof. Michaux ; nous nous rappelons avoir observé l'un d'entre eux pendant le cours de nos études.

Si l'on tient compte de la fréquence des affections hémorrhoidales et des inconvénients qu'elles entraînent inévitablement à un degré variable, on se verra facilement entraîné, en présence des résultats que nous avons signalés, à intervenir plus souvent qu'on ne le fait d'ordinaire.—DR DANDOIS, in *Revue médicale*.

**Diabète et traumatisme.**—Dans une communication à la Société de chirurgie (séance du 7 mai) au sujet de la gravité spéciale des traumatismes chez les diathésiques, M. le prof. VERNEUIL en vient aux conclusions suivantes :

1° L'étude de la glycosurie et du diabète doit être faite par les chirurgiens, pour les besoins de la chirurgie.

2° Au point de vue chirurgical, la présence de la glycose dans l'urine, quelle qu'en soit la proportion, est toujours un fait sérieux.

3° La disparition du sucre, spontanée ou artificiellement obtenue, ne met point à l'abri des accidents locaux et généraux.

4° Il est donc impossible de compter sur les bons effets des traitements préparatoires, tels, au moins, que nous les instituons aujourd'hui.

5° Nous ne connaissons ni les causes réelles de la gravité du traumatisme chez les glycosuriques, ni les moyens sûrs d'atténuer cette gravité.

6° Certains diabétiques supportent les blessures accidentelles ou chirurgicales comme des sujets ordinaires, mais d'autres succombent plus ou moins rapidement en dépit de la médication préliminaire et de l'antisepsie la mieux conduite.

7° La mort survient de trois façons différentes : a) par septicémie consécutive à des complications, phlegmoneuses ou gangréneuses, dans le foyer traumatique lui-même ; b) par aggravation du diabète ou apparition d'une des complications viscérales qui lui sont propres ; c)

par développement simultané d'accidents locaux et de complications viscérales.

8<sup>o</sup> Nous ignorons la proportion des cas favorables et des cas funestes, mais ceux-ci paraissent assez fréquents pour inspirer aux chirurgiens beaucoup de réserve dans l'action.

9<sup>o</sup> Les traumas chez les glycosuriques seront soumis à une antisepsie rigoureuse, mais c'est à la thérapeutique générale qu'il faudra demander surtout l'atténuation de leur pronostic.—*Progrès médical*.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Diagnostic de la présentation de la main droite ou de la main gauche, du pied droit ou du pied gauche.**—M. le Dr MAZER nous donne, dans le *Courrier médical*, un moyen facile et pratique de faire ce diagnostic.

Lorsque la main qui se présente est dans le vagin ou sort de la vulve, l'accoucheur n'a qu'à appliquer cette main dans sa main, face palmaire contre face palmaire, les doigts de la main de l'enfant se dirigeant vers la paume de la main de l'accoucheur, et les doigts de l'accoucheur se dirigeant vers la paume de la main de l'enfant. Dans cette position, si le pouce de la main de l'accoucheur est du même côté que le pouce de la main de l'enfant (par rapport à l'axe des deux mains) la main qui se présente est la symétrique de la main employée par l'accoucheur. C'est la main droite de l'enfant si l'accoucheur a employé la main droite, et c'est la main gauche de l'enfant si l'accoucheur a employé la main gauche.

Si les deux pouces sont l'un d'un côté et l'autre de l'autre, par rapport à l'axe des deux mains, c'est-à-dire si le pouce de l'accoucheur correspond au petit doigt de l'enfant et si le petit doigt de l'enfant correspond au pouce de l'accoucheur, la main qui se présente est d'un nom contraire à celle dont se sert l'accoucheur, c'est-à-dire que si l'accoucheur s'est servi de la main droite, l'enfant présente la main gauche; si l'accoucheur s'est servi de la main gauche, l'enfant présente la main droite.

La présentation des pieds n'offre pas plus de difficulté à diagnostiquer. L'accoucheur ayant la face palmaire de sa main appliquée sur la face plantaire du pied qui se présente, les orteils se dirigeant vers la paume de sa main et les doigts de sa main se dirigeant vers le talon, ce pied sera du même nom que la main de l'accoucheur si le pouce est du côté du gros orteil; il sera d'un nom contraire si le pouce est d'un côté et le gros orteil de l'autre.

On ne peut pas toujours appliquer la main comme nous l'indiquons sur la main ou sous le pied de l'enfant; mais lorsqu'on peut toucher cette main ou ce pied, on peut toujours faire cette petite manœuvre par la pensée.

Ce moyen est d'autant plus facile à mettre en pratique que, contrairement aux conseils classiques, il ne peut s'oublier; on peut toujours, au moment de l'accouchement, prendre dans sa main la main de l'accoucheuse, de la garde-malade ou de l'accouchée elle-même, et constater que lorsqu'une main est appliquée sur la main du même côté, les

pouces se trouvent superposés et qu'ils sont au contraire superposés aux petits doigts lorsque c'est la main droite qui est appliquée contre la main gauche dans la direction expliquée plus haut.—*Revue médicale.*

**De l'arthrite de la grossesse,** par A. F. MERCIER.—Les caractères de l'arthrite de la grossesse sont d'être mono-articulaire, ou d'affecter au plus deux articulations, de durer longtemps, des mois, malgré les médications les plus énergiques et les mieux instituées, de ne pas s'accompagner de douleurs musculaires ni articulaires, d'aboutir rarement à l'ankylose, presque jamais à la suppuration, et d'être enfin très heureusement influencée par l'accouchement, qui en est à peu près le seul remède.

Cette arthrite a été rangée par certains auteurs dans le rhumatisme; par d'autres, dans la scrofule; par une troisième catégorie, dans les arthropathies d'origine blennorrhagique. Mercier, s'appuyant sur différentes observations et sur les caractères de l'affection, différents de ceux qu'on observe dans ces différentes maladies, rejette cette opinion; pour lui, il s'agit là d'une arthrite absolument spéciale, due exclusivement à la grossesse.

Cette variété d'arthrite est particulièrement intéressante au point de vue thérapeutique; voici, en effet, une affection qui, pendant tout le cours de la grossesse, reste rebelle aux traitements les plus énergiques et les mieux dirigés (elle est complètement réfractaire au salicylate de soude), et qui guérit spontanément et rapidement après l'accouchement. Le médecin ne devra pas oublier cette marche spéciale, il établira son pronostic et dirigera sa médication en conséquence.

La fin de la gestation amenant la guérison, on avait pensé à provoquer l'accouchement. Lorain a employé ce moyen dans un cas. L'arthrite s'est terminée par ankylose, c'est là une tentative peu encourageante.—*Bulletin de thérapeutique.*

**Du cancer du col utérin.**—Clinique de M. TERRILLON, suppléant du prof. Gosseln, à l'hôpital de la Charité.—La jeune femme que vous m'avez vu examiner au n° 10 de la salle Sainte-Catherine présente, comme vous avez pu le voir, toutes les apparences d'une bonne santé; elle est encore fraîche et grasse et ne se doute certainement pas qu'elle est atteinte d'un mal terrible, incurable, le plus souvent mortel, et à brève échéance.

Les symptômes de son mal sont en effet très bénins et ne l'inquiètent pas; elle a toujours été bien portante et c'est plutôt une question de propreté qu'une question de maladie qui l'a amenée à nous consulter. Elle a eu deux enfants, ses deux accouchements se sont bien faits; mais, depuis le dernier, c'est-à-dire depuis quatre ans, elle a eu des fleurs blanches; cet écoulement l'a d'abord peu gênée: c'est surtout depuis six mois qu'il est devenu permanent; il a pris aussi un caractère spécial, il empesait le linge et la tache qu'il y produisait se composait de deux zones concentriques, l'une brunâtre, quelquefois rosée au centre, l'autre plus pâle tout autour. Il y a trois mois, le caractère du liquide changea encore, la malade nous dit que son linge était souillé d'une façon permanente comme par de l'eau rouillée. Tout cela s'est passé sans douleur, et c'est ce qui explique pourquoi la malade ne s'est pas plainte plus tôt.

Nous l'avons touchée hier et voici ce que nous avons trouvé: au fond

du vagin, au lieu et place du col de l'utérus, le doigt a rencontré une masse lobulée, en forme de champignon, on ne peut pas y reconnaître l'orifice utérin; le tissu est dur; on peut promener le doigt tout autour, ce qui prouve que les culs-de-sac du vagin sont libres; bien plus, on peut reconnaître en arrière comme un pédicule formé de tissu sain qui supporte cette masse lobulée. Vous avez pu voir qu'après cet examen, j'ai ramené sur mon doigt des mucosites sanguinolentes glaireuses et sentant mauvais.

Ces quelques signes nous suffisent pour affirmer que nous sommes en présence d'une tumeur maligne du col de l'utérus, tumeur qui tuera la malade en peu de temps, si nous ne l'arrêtons pas dans son évolution fatale.

Faisant appel à vos souvenirs cliniques, je vous rappelle que le cancer se présente habituellement sous trois formes au niveau du col de l'utérus; 1<sup>o</sup> La forme en chou-fleur; 2<sup>o</sup> la forme ulcéreuse avec destruction du col; 3<sup>o</sup> la forme infiltrée, qui rend les lèvres du col grosses, bosselées, et comme cartilagineuses par place.

L'anatomie pathologique nous enseigne qu'il y a aussi trois variétés: 1<sup>o</sup> Le carcinome; 2<sup>o</sup> l'épithélioma pavimenteux; 3<sup>o</sup> l'épithélioma cylindrique.

Mais sachez que ces variétés ne correspondent pas à nos trois formes cliniques; on les retrouve réunies sur une même tumeur, c'est ce qui fait qu'elles présentent une grande analogie dans leur marche et dans leur évolution; dans la forme végétante, cependant, on a surtout du carcinome mou à forme encéphaloïde.

Le point qu'il importe au chirurgien de connaître, c'est de savoir jusqu'où s'étend la lésion; malheureusement, ni le toucher digital, ni les divers instruments qui sont à notre disposition ne nous permettent de mesurer exactement l'étendue du mal. Cependant, l'infiltration cancéreuse ne dépasse pas de beaucoup les limites de l'ulcération, car il se produit à mesure de la gangrène, de sorte que cette ulcération suit de très près la propagation du cancer dans le tissu sain; ce qu'il importe de savoir, c'est l'état des culs-de-sac du vagin.

Dans le cas qui nous occupe, en arrière du champignon cancéreux, nous sentons encore une partie du col, nous pouvons donc espérer que nous opérerons au delà des limites du mal.

Cette forme végétante est, du reste, la plus propice au point de vue thérapeutique; dans les formes ulcéreuses ou infiltrées, nous voyons le plus souvent les malades beaucoup trop tard pour pouvoir intervenir. C'est vous dire que la marche de cette affection est très insidieuse; sur vingt femmes, dix-neuf n'auront pas de symptômes au début, aussi, ne viennent-elles consulter que tard, alors qu'elles ont déjà des désordres graves.

Il existe cependant un symptôme au début: c'est un écoulement séreux, légèrement jaunâtre, ce n'est pas encore du pus; la tache sur le linge n'est sale qu'au milieu; l'abondance de cet écoulement est variable, il est souvent très abondant, et peut arriver à un et deux litres par jour. Puis, ce liquide prend peu à peu une teinte rosée, due au sang. La douleur manque souvent au début, elle ne se montre qu'après deux ou trois mois, et va alors en augmentant jusqu'à la mort. Ces douleurs, souvent atroces, ont des irradiations multiples: dans les reins, les cuisses, du côté des trochanters, du coccyx, et paraissent dues à l'irritation des filets nerveux pris dans l'envahissement cancéreux.

Bientôt arrive l'affaiblissement; ces malades maigrissent et prennent la teinte jaune-paille, caractéristique de la cachexie cancéreuse. Les troubles digestifs se montrent, la perte d'appétit, le dégoût pour les aliments, surtout pour la viande. Dans la dernière période enfin, on voit des désordres ultimes portant sur les organes voisins, le cancer s'infiltré dans les parties voisines, le col tombe en partie, le vagin, le rectum, la vessie forment une même masse indurée, ulcérée, traversée par des fistules qui font du vagin un véritable cloaque. Souvent, aussi, les uretères sont comprimés, le fonctionnement des reins est gêné, c'est alors qu'on observe de l'urémie, et les malades meurent dans le coma ou avec des attaques d'éclampsie.

Vous le voyez, le pronostic est des plus graves; cette affection abandonnée à elle-même ne guérit pas, et quand on opère on a presque toujours des récidives. Cependant, je suis de ceux qui croient qu'on peut retarder la mort par l'opération, au moins chez l'adulte; c'est qu'en effet, à cette période de la vie, cette maladie marche vite et l'évolution se fait en six ou dix mois. Chez les vieilles femmes, au contraire, c'est plus lent; on voit à la Salpêtrière des malades qui ont un cancer de l'utérus depuis quatre et cinq ans.

Quel est donc le traitement que nous pouvons opposer à cette terrible affection? Tout d'abord nous pouvons le diviser en : 1<sup>o</sup> traitement contre la tumeur; 2<sup>o</sup> traitement contre les accidents.

1<sup>o</sup> *Traitement contre la tumeur.*—Le procédé par excellence serait de la détruire toute entière; mais je vous ai déjà dit que ce n'était pas toujours possible. On peut cependant détruire le col par plusieurs moyens :

a. Les cauterisations successives par le fer rouge, l'acide chromique, le perchlorure de fer. Par ces divers moyens, on n'agit pas suffisamment, on n'atteint que les parties superficielles de la tumeur, ils sont surtout bons à employer contre les hémorrhagies.

b. La destruction interstitielle par les flèches de pâte de Canquoin, les injections interstitielles de chlorure de zinc. Méfiez-vous de ces procédés; on ne peut pas à volonté limiter l'action du caustique, et on a vu des chirurgiens perforer de cette façon les culs-de-sac du vagin; vous voyez d'ici les funestes conséquences.

c. L'ablation de la tumeur, que vous pouvez faire : 1<sup>o</sup> par le grattage, surtout dans la forme ulcéreuse; il faut aller dans ce cas jusqu'au tissu sain qui est dur; on fait l'évidement conoïde du col; cette opération donne beaucoup de sang, mais l'hémorrhagie cesse quand on arrive sur le tissu sain; 2<sup>o</sup> avec les ciseaux courbes; 3<sup>o</sup> avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Ces moyens sont bons dans la forme infiltrée.

Mais, pour le cas dont nous avons à nous occuper, le meilleur procédé, à mon avis, c'est l'aïse galvanique que nous pourrions conduire facilement au delà du champignon cancéreux, et, en allant doucement, nous n'aurons même pas d'hémorrhagie; toutefois, il faut savoir que l'hémorrhagie est à craindre, soit primitivement si on coupe une artère trop vite, soit consécutivement, au moment de la chute des eschares vers le septième ou le onzième jour, et cette hémorrhagie peut être foudroyante. C'est ce qui m'est arrivé sur une malade que j'opérai devant mon maître, le professeur Verneuil; l'hémorrhagie survint pendant le sommeil, et, avant qu'on eût pu trouver du secours, la malade était morte. Cet accident est moins à redouter à l'hôpital que dans la cli-

tèle de la ville, parce qu'ici l'interne de garde aurait le temps de faire le tamponnement. C'est ce qui est arrivé dans un cas pareil dans le service de mon collègue M. Polaillon, et la malade guérit.

L'écraseur linéaire de Chassaignac, très vanté par M. le professeur Verneuil, a, me semble-t-il, le défaut de glisser; on ne sait pas toujours ce qu'on enlève.

2<sup>o</sup> *Traitement contre les accidents.*—Quand il est trop tard, que vous ne pouvez plus songer à attaquer la tumeur, il est divers accidents qu'il faut savoir combattre. Les hémorrhagies, quelquefois si inquiétantes, seront arrêtées par la cautérisation à l'acide chromique; par les injections vaginales avec du perchlorure de fer étendu de cinq fois son volume d'eau; par la position, la tête basse, le bassin élevé; par l'ergot de seigle ou les injections sous-cutanées d'ergotine.

L'odeur est quelquefois tellement repoussante qu'elle doit attirer l'attention des chirurgiens. Les injections vaginales fréquentes avec la solution d'acide phénique au centième; d'acide thymique au 2 centièmes; de chloral à 2 pour cent; le permanganate de potasse à 5 pour cent; mais cette dernière solution a l'inconvénient de tacher le linge.

Les douleurs, enfin, sont souvent le point capital à combattre; employez les suppositoires de belladone composés avec 3 à 4 centigrammes d'extrait. Le chloral par la bouche sous forme de potion ou de sirop de Follet; les cataplasmes laudanisés; enfin la morphine en injection hypodermique. Évitez surtout l'opium à l'intérieur, car vous savez qu'il amène la constipation et l'inappétence, deux symptômes à combattre chez vos malades.

NOTA.—La malade qui a fait l'objet de cette clinique a subi l'amputation du col par l'anse galvanique; elle est sortie du service le 26 décembre; au toucher, on aurait affirmé qu'elle avait le col normal et qu'elle n'avait jamais subi d'opération. Il n'y a pas eu le moindre accident durant son séjour à l'hôpital.—*Médecin praticien.*

**De la montée du lait**, par le docteur A. CRAVIN.—Le Dr Cravin a, par de nouvelles observations, affirmé le fait, maintenant généralement admis, de la non-existence de la fièvre de lait. Il n'y a qu'une catégorie de cas où il se produit un léger mouvement fébrile, c'est quand, la femme n'allaitant pas, les seins sont le siège d'un engorgement variable.

D'après les statistiques de l'auteur, c'est en général de la quarante-huitième à la soixante-douzième heure après l'accouchement qu'a lieu la montée du lait chez les primipares et de la soixante-douzième à la quatre-vingt-seizième heure chez les multipares.

La succion avance la montée du lait; ainsi, sur huit femmes qui n'allaitaient pas, elle s'est montrée un peu moins précoce que sur huit qui donnaient le sein à l'enfant.

Dans l'avortement et l'accouchement prématurés, la montée du lait s'opère d'une façon variable: 1<sup>o</sup> après l'avortement ovarien (premier au vingtième jour), pas de réaction du côté des seins; 2<sup>o</sup> après l'avortement embryonnaire (premier, deuxième et troisième mois de la gestation), il se produit une montée laiteuse, mais de faible intensité; 3<sup>o</sup> dans l'avortement fœtal (troisième au sixième mois), la montée laiteuse est, parfois très prononcée; 4<sup>o</sup> enfin, dans l'accouchement prématuré, les choses se passent à peu près comme dans la parturition à terme.

Sauf exception, toute affection fébrile, surtout quand elle est intense, diminue ou arrête la sécrétion lactée, et empêche la fluxion mammaire quand elle se montre avant elle. Ces faits ont été l'origine de la théorie du lait répandu de Puzos.

Dans la grossesse extra-utérine, il se fait d'habitude une montée de lait après la mort du fœtus: à cet égard, les faits sont semblables à ceux qu'on observe dans la grossesse utérine où la mort de l'enfant cause le même phénomène. Au moment du pseudo travail, au neuvième mois, nouvelle montée laiteuse. Il n'existe pas de documents pour dire s'il s'établit aussi des symptômes analogues du côté de la mamelle, quand le fœtus est extrait après le terme normal de la grossesse.—*Bulletin de thérapeutique.*

## PÉDIATRIE.

**Incontinence d'urine.**—Clinique du Professeur BARTHOLOW au *Jefferson Medical College Hospital.*—Ce garçon, âgé de 14 ans, a presque toujours souffert d'incontinence d'urine. Il importe d'examiner cette maladie sous plus d'un aspect.

En premier lieu, la constitution physique du malade ne révèle rien de particulier. C'est un tempérament nerveux, il est vrai, mais encore que ce tempérament favorise jusqu'à un certain point la production de l'affection qui nous occupe, il n'en est en aucune façon la cause directe.

Dans beaucoup de cas, l'incontinence est due à une condition particulière que nous retrouvons précisément ici. La vessie laisse parfois échapper l'urine, surstimulée qu'elle est par celle-ci. Dans le cas présent, l'urine est fortement acide, ce qui doit être une cause puissante d'incontinence. En effet, la trop grande acidité de l'urine a pour effet d'irriter constamment la muqueuse vésicale; tout de même, si le sphincter de la vessie fonctionne normalement, il ne peut y avoir d'incontinence, quel qu'irritant que soit le liquide urinaire. Le rôle du sphincter est en partie volontaire et en partie sous l'influence du grand sympathique, ce qui fait que l'urine ne coule pas d'elle-même, même quand l'attention du sujet est détournée de la vessie. Quand le désir de vider la vessie se fait sentir, chacun sait que l'acte est en partie soumis à la volonté, l'écoulement de l'urine étant amené par le relâchement du sphincter. Dans le cas présent, le sphincter se relâche de lui-même durant le sommeil, et l'urine s'échappe.

Nous avons donc affaire ici à deux facteurs; l'acidité de l'urine et le relâchement du sphincter. On pourrait en ajouter un troisième, qui est une contractilité anormale de la couche musculaire de la vessie, se manifestant durant le sommeil; la volonté n'étant plus là pour le contrôler, le sphincter se laisse vaincre. Or cette contractilité anormale de la couche musculaire de la vessie est due elle aussi, très probablement à une trop grande acidité de l'urine, acidité qui irrite la muqueuse, et par action réflexe provoque les contractions spasmodiques. À ces trois facteurs on peut encore joindre un quatrième dont on ne rencontre que peu d'exemples. L'incontinence ou la soi-disant incontinence se manifeste parfois par le fait que la personne, chaque fois que la vessie est pleine, rêve ordinairement qu'elle urine. Elle sent bien

l'urine dans sa vessie, et le sphincter conserve sa fonction. Mais dans ce cas, c'est le cerveau qui est en défaut. Le malade rêve qu'il a envie de pisser, et même qu'il se retire à l'écart pour satisfaire ce besoin. Le traitement de cette forme d'incontinence sera différent de celui des autres formes. Ce garçon ne rêve pas comme je viens de le dire. Son incontinence est due : (a) à une trop grande acidité de l'urine, (b) à la faiblesse du sphincter, (c) à la contraction spasmodique de la couche musculaire de la vessie.

Dans le but de combattre cet excès d'acidité de l'urine, je prescris l'usage prolongé de quelque alcalin, de préférence un sel de potasse. Rien n'égale dans ces cas l'effet du bicarbonate, pris sous forme de potion effervescente. Ensuite, il faut prescrire un médicament qui aura pour effet de seconder l'action du sphincter; ce sera l'ergot. J'ordonnerai donc une pilule renfermant de un quart de grain à deux grains d'extrait aqueux d'ergot et un quart de grain d'extrait de noix vomique.

En troisième lieu, on pourra diminuer la puissance contractile de la couche musculaire par l'administration d'un bromure donné en une seule dose, au coucher. C'est assurément ce qui peut le mieux apaiser le spasme vésical. Les bromures s'adapteront principalement aux cas où le malade rêve qu'il urine.

Si le sujet était anémique, nous ne pourrions rien faire de mieux que de prescrire l'iodure de fer qui, dans ce cas, est d'une efficacité incontestable.

Malgré le fait qu'ici, la maladie dure depuis un certain temps, je n'hésite pas à dire que, sous l'effet des médicaments employés, nous allons bientôt constater une amélioration marquée.—*Archives of Pediatrics*.

**Traitement de l'épistaxis chez les enfants.**—Dans leur nouvelle édition de Rilliet et Barthez, MM. BARTHEZ et SANNÉ résument ainsi le traitement de l'épistaxis chez les enfants :

Lorsque le flux sanguin est peu abondant et qu'il se répète périodiquement chez un enfant fort et bien portant, on peut considérer cette évacuation comme salutaire, et il faut se garder de rien faire qui tende à la supprimer. Dans les cas contraires, où l'hémorragie dépasserait certaines limites et deviendrait menaçante par son intensité, il faut, qu'elle qu'en soit la cause, se hâter d'y porter remède.

L'écoulement sanguin étant, dans la grande majorité des cas, le résultat d'une altération du sang, et survenant chez des enfants affaiblis, à une période avancée de maladies qui les ont profondément débilisés, le traitement devra être général aussi bien que local.

Le traitement général consistera dans l'emploi des toniques : fer, quinquina, vins généreux, et dans celui des astringents. Il n'est pas nécessaire de dire que les émissions sanguines doivent être proscrites.

Quant au traitement local, il a pendant longtemps consisté surtout dans l'application de linges froids sur le front, les tempes et la nuque, dans l'emploi des révulsifs sur les extrémités, et dans l'usage des injections astringentes. Aux applications froides, nous préférons les compresses chaudes placées sur le front, ainsi que les injections très chaudes poussées dans la cavité des fosses nasales, opérations que nous avons souvent pratiquées avec succès.

Nous avons eu à nous louer de l'introduction de petits tampons d'ouate imbibés de perchlorure de fer ou des injections de perchlorure de fer faites à l'aide de la seringue de M. Créjuy. Dans plusieurs cas graves, l'un de nous, M. Sanné, a pu arrêter l'hémorrhagie, en poussant dans la fosse nasale saignante de petits cônes de beurre de cacao, dans lesquels il avait fait incorporer du perchlorure de fer solide pulvérisé.

La ventouse Junod peut rendre de grands services dans les cas pressants

Comme dernière ressource, le tamponnement peut être mis en usage ; toutefois ce ne sera pas sans difficulté qu'on parviendra à pratiquer cette opération, dans certains cas.

Négrier, d'Angers, a proposé l'emploi d'un moyen très simple pour arrêter les épistaxis. Il conseille de tenir les bras élevés pendant quelques secondes. Ce moyen lui a réussi au bout de dix secondes chez un enfant de 14 ans, qui avait perdu 200 grammes de sang. Cette pratique est d'un bon effet : elle est maintenant d'un usage général.

On a recommandé aussi de verser goutte à goutte de l'éther sur le front : la réfrigération qui en résulte serait assez considérable pour tarir rapidement l'hémorrhagie.

Les insufflations de *seigle ergoté* en poudre nous ont paru très efficaces, mais elles occasionnent quelquefois de violentes douleurs. L'*ergotine* en injection, ou portée dans les narines au moyen de bourdonnets de charpie, n'a pas les mêmes inconvénients et produit le même effet utile. Ce médicament peut être employé aussi à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, ou en injection hypodermique.—*Rev. de thérap. med. chirurg.*

**Le benzoate de soude dans la diarrhée estivale des enfants.**—Le Docteur R. GUAITA, avec d'autres auteurs d'ailleurs, considère la diarrhée estivale des enfants comme une maladie zymotique provoquée par la présence d'un microbe spécial provenant de l'extérieur ou bien se développant pendant la digestion dans le tube intestinal. Un régime défectueux, une mauvaise hygiène, la chaleur excessive, seraient des causes prédisposantes. Partant de cette opinion, il pensa à employer le benzoate de soude, lequel fut déjà mis en usage et loué par Kapuscinsky et Zilewicz, dans les vomissements et la diarrhée des enfants, comme antiférmescible et modificateur de la muqueuse intestinale, mais ces auteurs y joignaient le sous-nitrate de bismuth.

L'auteur employa le benzoate de soude seul et sans aucun autre médicament, dans cinquante-trois cas, chez des enfants de six mois à deux ans. Dans trente-cinq de ces cas, l'affection datait de vingt-quatre à trente heures ; dans les dix huit autres, de six à quatorze jours. Dans la première catégorie, la guérison se produisit toujours après un espace de quatre à huit jours ; dans la seconde, après une moyenne de vingt et un jours, sans un seul décès. Après un purgatif (calomel, jalap), l'auteur fait prendre, dans les vingt quatre heures, de 4 à 6 grammes de benzoate dans 100 grammes d'eau, et cela pendant deux jours. Le troisième jour, purge légère (magnésie, mannite), suivie d'une nouvelle administration de benzoate. Après deux jours, on observe constamment l'amélioration des selles, la cessation de leur fécondité et du vomissement. Pendant le traitement, l'enfant est maintenu

à la diète et ne prend que de la limonade et quelques cuillerées de vin généreux. Le lait et le bouillon sont absolument proscrits, l'auteur ayant observé que le lait, et spécialement le lait de vache, fermento facilement dans l'estomac, et augmente ainsi le mal. Toutefois, aux nourrissons, il faut laisser le sein, mais seulement quatre fois en vingt-quatre heures.

On pourra associer, d'ailleurs, au traitement, les médicaments que des indications spéciales peuvent rendre utiles. Par son action antizymotique, le benzoate de soude serait donc, pour le docteur Guainia un médicament précieux dans la diarrhée estivale des enfants.—*Bulletin de thérapeutique.*

**Maladies fébriles chez les enfants; emploi des onctions générales graisseuses pour modifier la température.**—Ce traitement est fréquemment employé en Angleterre et en Allemagne avec succès, frappé des avantages que les auteurs lui attribuaient, le Dr Colrat y a eu recours dans le but d'abaisser la température, chez les enfants atteints d'une affection aiguë, telle que la scarlatine, la variole, la broncho-pneumonie, etc. Il s'est servi d'axonge, de cérat et surtout de vaseline. Dans tous les cas, il a observé consécutivement à l'onction cette période de bien-être, de calme, de sommeil, signalée par tous les auteurs, et il a obtenu un abaissement de la température générale du corps assez notable et assez persistant.

La chute de la température commence cinq minutes après l'onction, et au bout d'une heure on a le maximum de l'abaissement; la température reste un moment stationnaire, puis elle remonte pour atteindre le degré initial, environ 1½ h. ou 3 heures après l'onction. Si à ce moment on fait une nouvelle friction, on observe de nouveau les mêmes phénomènes.

On n'observe jamais d'accidents; il semble même que l'albuminurie et les inflammations séreuses sont moins communes chez les scarlatineux traités par les onctions grasses.—*Scalpel.*

**Du traitement hydrothérapique dans les maladies infantiles.**—

Communication du professeur HEUBNER.—Le région thoracique chez les enfants formant une part très grande du corps entier, le rafraîchissement de cette partie produit des effets notables sur tout l'organisme.

Un linge mouillé et soigneusement exprimé, à la température de 16 degrés centigrades, sera placé sur la poitrine, le ventre, les cuisses du jeune sujet et ramené sur les côtés, le tout couvert d'une flanelle. Le linge sera renouvelé toutes les demi-heures quand la température du malade sera à 40°, et toutes les heures quand la température sera un peu plus basse.

Ces applications seront ainsi renouvelées pendant la plus grande partie de la journée. Un enveloppement complet de l'enfant dans le linge mouillé abaissera encore davantage la température; mais plus l'enfant est jeune, moins il est capable de supporter ce traitement.

L'hydrothérapie peut être aussi appliquée dans les affections catarrhales, pour produire la chaleur et la transpiration. Dans ce cas, les linges mouillés doivent être recouverts avec un surtout lâche, en flanelle, et peuvent rester en place une heure et demie. L'addition d'un peu de moutarde à l'eau en favorise l'effet.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

## FORMULAIRE.

## Coqueluche.

1<sup>re</sup>.—*Dr W. C. Webb.*

R.—Croton chloral.....	ʒi
Tinct. belladon.....	ʒii
Tinct. cardam. co.....	ʒii
Glycerinæ.....	ʒiii

M.—*Dose* : Une demi-cuillerée à thé toutes les quatre heures pour un enfant de deux ans.—*Physician and Surgeon.*

2.—*Dr H. L. Harrington.*

R.—Extr. ergotæ liquid.....	ʒiv
Pot. bromid.....	ʒvi
Syrup. simpl. ....	} ʒviiiss
Aquæ.....	

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures.—*Physician and Surgeon.*

Toux des phthisiques.—*Green.*

R.—Sol. morphinæ hydrochlorat.....	} aa
Spt. chloroformi.....	
Vin. ipecacuanhæ.....	} m iii
Oxymel. scilla.....	
Syrup. tolut.....	} m. xx
Mucilag.....	
Aquæ.....	ʒi

M.—A prendre 3 ou 4 fois durant la nuit.—*Physician and Surgeon.*

Empyème.—*Hebert.*

R.—Hydrate de chloral.....	10 parties
Borate de soude.....	5 —
Eau distillée.....	500 —

M.—En injection. Cette injection est à la fois désinfectante, cicatrisante et anesthésique.—*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*

Pharyngite folliculaire.—*Green.*

R.—Créosote.....	} gtt xxiv
Teinture de myrrhe.....	
Teinture de lavande.....	} aa ʒiii
Sirup simple.....	
Eau.....	ʒvi
	ʒv

M.—En gargarisme.—*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*

Dyspepsie flatulente.—*Farquharson.*

R.—Bicarb. sodæ.....	} aa ʒii
Sacchari pulv.....	
Spt. amm. arom.....	gtt XL
Aq. menth pip.....	ʒvi ss

M.—*Dose* : Une cuillerée a soupe après le repas.—*Union médicale.*

**Paralyse infantile.**—*Henberger.*

R.—Strychnine.....	gr. $\frac{3}{4}$
Poudre de réglisse.....	gr. xxxvi

M.—Divisez en 40 pilules.—Dose : Deux par jour.—*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*

**Spermatorrhée.**—*Beard.*

R.—Tinct. lupulini.....	ʒiv
Tinct. opii.....	ʒii
Mixt. camph.....	ʒii
Tinct. cantharid.....	gtt i

M.—Dose : De une à deux cuillerées à thé, le soir au coucher.

**Impuissance.**—*Hammond.*

R.—Strychniæ sulph. ....	gr i
Acid. hypophosph. dilut.....	ʒi

M.—Dose : Dix gouttes, trois fois par jour, avant les repas, dans une cuillerée à thé d'extrait fluide de Coca.—*Phys. and Surg. Investigator.*

**Manie puerpérale.**—*Dr A. J. Burdano.*

R.—Pot. bromid.....	} ââ
Sodii bromid.....	
Chloral. hydrat.....	ʒiv
Aq. camphor.....	ʒiv

M.—Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour, dans beaucoup d'eau.—*Physician and Surgeon.*

**Leucorrhée.**—*Parvin.*

R.—Tinct. benzoin.....	ʒi
Aquæ rosæ.....	ʒvii

M.—Deux onces de ce mélange dans une chopine d'eau. En injections.—*Col' and Clinical Record.*

**Bubon.**—*Keyes.*

R.—Tinct. aconit.....	} ââ
Tinct. belladon.....	
	} p. æq.

M.—Application locale au moyen d'un pinceau.—*Physician and Surgeon.*

**Eczéma du cuir chevelu.**

R.—Acid. salicylic.....	gr. x
Tinct. benz.....	m. xx
Vaselinæ.....	ʒi

M.—En onctions.—*Edinburgh Medical Journal.*

---



---

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUILLET 1884.

---



---

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

---

## La Kermesse.

Si, à l'hôpital Notre-Dame, on a jamais douté des sympathies du public Montréalais envers cette institution, toute trace de doute a dû forcément disparaître en face du résultat produit par la Kermesse. Le noble et infatigable zèle déployé en cette occasion par les dames organisatrices de cette fête de charité vient d'être couronné de la récompense la plus belle (après la satisfaction que laisse toujours après elle une bonne action) : une recette dont le chiffre dépasse les espérances de ceux-là même qui espéraient le plus.

Cette recette s'élève en somme à \$15,021.42 répartis comme suit :  
 Lunchs et diners, \$2,004.40 ; Section française, 1,907.20 ; Section irlandaise et roue de fortune, 1,890.18 ; Section canadienne, 1,639.81 ; Section anglaise, 1,085.00 ; Section américaine, 866.17 ; Loterie, 958.95 ; Rafraîchissements, 942.39 ; Bureau de tabac, 490.55 ; Fleurs, 487.44 ; Thés, 54.35 ; Dons en argent, 839.88 ; Admissions et concert, 2,055.10.

Grâce à ce secours, l'hôpital Notre-Dame va pouvoir améliorer sensiblement ses conditions d'existence. Une partie du prix d'ac-

(\$30,000) de la propriété actuellement occupée par l'hôpital sera payée, et plusieurs améliorations et réparations urgentes vont pouvoir être faites incessamment. Le nombre des lits sera très probablement augmenté, et une pièce aménagée pour l'installation d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Nous sommes heureux de constater qu'en cette circonstance la charité publique s'est exercée sans distinction de nationalité ni de religion. Nous en félicitons cordialement nos concitoyens d'origine étrangère. Ce qu'ils ont fait là ne saurait être oublié.

Le comité exécutif de la Kermesse était composé de Mesdames J. R. Thibaudeau, Jacques Grenier, Henry R. Gray, L. B. de Gonzague Henri Masson, Ed. Barnard et J. P. Rottot et de Messieurs J. R. Thibaudeau, O. McGarvey, E. A. Gèneux, R. J. Devins, Gustave Drollet et Dr. E. P. Lachapelle.

La direction des divers départements était disposée comme suit : Table Canadienne : Mmes J. P. Rottot et A. Levesque.—Table Anglaise : Mmes J. C. Würtele et R. S. Tylee.—Table Française : Mmes M. Schwob et L. B. de Gonzague.—Table Américaine : Mmes C. F. Sise et E. Barnard.—Table Irlandaise : Mmes James McShane et R. J. Devins.—Rafraichissements : Mmes P. Guy et Duncan McDonald.—Fleurs : Mmes C. Geoffrion et Arthur Boyer.—Tabagie : Mmes Armand LaRocque et E. Lareau.—Loterie : Mmes Alex. Lacoste et J. A. Laramée.—Lunchs et Diners : Mmes Jacques Grenier et C. S. Snowdon.

---

### Le "Journal d'Hygiène populaire."

---

La seconde livraison du *Journal d'Hygiène* vient de nous être remise. Il y a progrès bien évident, et il nous fait plaisir de le constater. La partie typographique laisse peu à désirer, et l'apparence générale du journal y a beaucoup gagné.

Au risque de passer pour être trop sévères, nous ferons cependant remarquer à notre confrère qu'il semble encore oublier parfois qu'il s'adresse au *peuple* et par conséquent à une classe de lecteurs peu susceptibles d'entendre un langage scientifique. Par le fait, il semble aussi mettre de côté le but même du journal qui est de traiter des choses de l'hygiène et non de celles de la médecine proprement dite.

Ces réflexions nous viennent au sujet de l'article intitulé : "Soignons nos enfants" et dans lequel est traitée la question de la diarrhée infantile. Le traitement de cette maladie y est donné fort au long, non seulement au point de vue hygiénique (prophylaxie, diète etc.), mais aussi au point de vue médical. A notre avis, cela ne devrait pas être. Un cas étant donné de *cholera infantum*, une fois les mesures hygiéniques prises, si la diarrhée persiste, la première chose à faire est de requérir les soins d'un médecin qui prescrira ce qu'il jugera à propos, suivant la nature et la gravité du cas, ce à quoi l'hygiène n'a rien à voir. Le traitement médical de la diarrhée, sur lequel le confrère s'étend avec tant de complaisance, et dont il profite pour nous couler une formule ou deux, nous semble donc assez hors de propos dans un article de

ce genre. Le public en général est un fort mauvais juge dans les questions médicales, surtout quand il s'agit de thérapeutique. Les charlatans sont là pour le prouver. Nous ne saurions donc admettre que ce même public soit mis au courant d'une médication à laquelle il ne comprendra que tout juste ce qu'il lui faut pour s'embrouiller tout à fait. Cela dispense peut-être, pour le moment, des soins d'un homme de l'art, mais ce n'est pas le malade qui en bénéficiera, à coup sûr, et le *Journal d'Hygiène*, qui se prête de la sorte à une vulgarisation inopportune de la médecine, tout à fait en dehors de son rôle, n'y gagnera pas non plus.

### Viande et tubercule.

Nous lisons dans le *Journal d'Hygiène populaire*: "Un animal qui ne présentera des tubercules que dans un organe, et dont la viande aura les qualités requises, pourra être livré à la consommation.... Nous savons que nous sommes en contradiction ici avec quelques autorités... mais nous sommes convaincus que nous donnons la doctrine reconnue partout par la science dans tous les pays et que les ordonnances hygiéniques sont appuyées sur cette doctrine."

Si nous nous en tenons à la lettre même de la vérité purement scientifique, nous concéderons volontiers à notre confrère que, toutes réserves faites, dans le cas d'un animal ne présentant de tubercules que dans un seul organe, il est possible que la viande en d'autres parties du corps ait les qualités requises (c'est-à-dire soit exempte de tubercules) et puisse, strictement parlant, être livrée à la consommation. Mais la difficulté vient en grande partie du fait qu'une viande peut sembler saine et exempte de tubercules à un examen ordinaire, et cependant contenir une certaine proportion de ces éléments morbifiques qu'un examen plus minutieux pourrait seul faire découvrir.

Le boucher, qui a tout intérêt à débiter ses viandes en aussi grande quantité que possible, n'est nullement compétent à pratiquer un tel examen, de sorte que, de ce côté, le public n'est pas du tout sauvegardé. Même pratiqué par des hommes compétents, cette recherche surtout quand la viande est débitée par morceaux, est parfois très difficile et, au dire de la plupart des auteurs, donne rarement de bons résultats (1).

Le parti le plus sage, en même temps que le plus sûr, serait donc de prohiber la viande des animaux chez lesquels on aurait trouvé des éléments tuberculeux, ne fut-ce que dans un seul organe, car advenant un cas douteux, c'est le public et non pas le boucher qui doit bénéficier de ce doute. Il ne faudrait pas, pour éviter à un seul homme une perte relative, exposer plusieurs familles au danger d'une contagion qui, dans l'état actuel de nos connaissances, semble bien établie.

Admettons même pour un moment qu'il soit pratiquement possible

(1) Congrès international d'Hygiène de Paris. 3e Question.—Hygiène alimentaire. Rapport de MM. Bouley, Nocard, Bouchardat et Gauthier.

de découvrir dans la plupart des cas la présence des tubercules dans les diverses parties du corps, voir même d'en extraire et détruire une partie, nous ne croyons pas que ce soit là une chose qu'on doive crier sur tous les toits, encore moins ériger en principe, attendu qu'il y aurait là une porte très large ouverte aux abus. Avec ce système, nous ne manquerions pas de bouchers qui affirmeraient avoir bien examiné ou fait examiner leurs viandes, ou en avoir extrait les matières tuberculeuses, tandis que, en réalité, ils n'en auraient rien fait. Dans une matière de cette gravité, il importe que toutes les précautions soient prises pour sauvegarder la santé du public ; mieux vaut alors pécher par excès de prudence.

**Le Cholera Infantum.**—Cette terrible maladie, qui enlève chaque été tant de petits êtres et contre laquelle le médecin se trouve désarmé, a commencé sa moisson annuelle. Mille traitements ont été successivement préconisés ; un grand nombre n'ont pu subir l'épreuve clinique et tous sont souvent restés impuissants, enrayés dans leur action par la violation des lois hygiéniques, la suralimentation et les délais mortels d'un traitement empirique antérieur. Les médecins ne le savent que trop, l'expérience de pareils faits est désolante ; l'observation des lois hygiéniques dans les villes ne peut être que relative et incomplète ; tant d'agents morbides échappent au contrôle des autorités et des particuliers ; les quartiers les plus malsains et les plus encombrés sont partout peuplés par la classe la moins favorisée de la fortune et généralement la moins intelligente, et c'est là que l'ignorance des préceptes hygiéniques aidant la pauvreté, les désavantages du sol, les miasmes de l'industrie manufacturière et les effets d'une chaleur torride, on constate une effrayante mortalité infantile dont le chiffre le plus élevé est dû aux maladies des voies digestives. Quelqu'intelligent et approprié que soit le traitement médical de ce genre d'affections, rien n'y fera si l'hygiène est violée et l'alimentation laissée au caprice morbide du petit malade ou au préjugé stupide des gens qui croient que plus un enfant mange, plus il devra engraisser et se bien porter.

Dans le traitement médical, les mercuriaux autrefois si en vogue sont maintenant restreints à certains cas particuliers ; les opiacés, si souvent contrindiqués chez l'enfant dont le cerveau est toujours prêt à se congestionner, semblent n'être appropriés qu'au cholera infantum lié à la dentition, et s'administrent de préférence par la voie rectale ou la méthode cutanée ; les astringents ne produisent qu'un effet passager souvent défavorable ; enfin, chacune de ces médications à ses indications, précieuses à l'occasion, mais assez restreintes.

La cause la plus fréquente du choléra des enfants se trouve incontestablement dans un défaut d'équilibre entre le pouvoir digestif de l'estomac et la digestibilité des aliments ingérés. Que cette cause soit immédiate ou consécutive, elle n'en reste pas moins la lésion capitale de l'affection et exige des mesures hygiéniques actives, une alimentation et une intervention médicale appropriées.

On emploie tantôt les alcalins, chaux, soude, magnésie, etc., des poudres inertes, bismuth etc., les acides muriatique, sulfurique, lac

tique, etc. Mais dans ces dernières années on semble avoir donné la préférence aux préparations de pepsine destinées à fournir à l'estomac les sucs digestifs qui lui manquent. Nombreuses sont les préparations de pepsine, mais toutes ne sont pas efficaces. Parmi celles qu'on fabrique en Amérique, celle de Wyeth, de Philadelphie, nous semble mériter la préférence.

La Lactopeptine est une préparation du même genre, elle est très appréciée et nous a donné de très bons résultats. C'est un composé de pepsine, de pancréatine, de ptyaline et d'acides lactique et chlorhydrique; comme on le voit, rien n'y manque en fait d'agents digestifs, et les procédés de fabrication pourraient seuls en annuler l'effet. Jusqu'aujourd'hui, nous n'avons eu qu'à nous féliciter de la Lactopeptine que nous livre la *Pharmaceutical Association* de New-York. On conseille d'administrer la Lactopeptine mêlée aux aliments ou dans du lait; nous ne saurions approuver l'habitude qu'ont certains de nos confrères de la dissoudre dans l'eau de chaux; un excipient alcalin ne convient guère à une préparation acide et qui perd toutes ses propriétés en perdant son acidité.

---

## NECROLOGIE.

---

**J. E. Landry, M.D.**—Il nous fait peine d'avoir à enrégister aujourd'hui la mort d'un de nos plus éminents chirurgiens canadiens.

Jean Etienne LANDRY, docteur en médecine, membre correspondant de la société d'Anthropologie de Paris, membre honoraire de la société d'Emulation de Louvain, ancien Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire à l'Université Laval, est décédé le 17 juin dernier, à l'âge de 79 ans.

Le Dr Landry naquit à Carleton (Bonaventure), le 25 décembre 1805. Il fit ses études à Ste. Anne, dans le collège que venait d'y fonder son oncle maternel, le Révd. Charles Frs. Painchaud, et il étudia la médecine à l'hôpital de la Marine où il passa quatre années; il fut licencié le 10 juillet 1840. Après avoir pratiqué sa profession pendant quatre ans à la Pointe Lévis, il revint à Québec, demeura trois nouvelles années à l'hôpital de la Marine, à titre de chirurgien de cette institution, et pratiqua ensuite la médecine dans la ville jusqu'en 1864.

A cette époque, le Dr Landry devint propriétaire de l'Asile d'aliénés de Beauport.

Dans l'automne de 1854, il fut nommé professeur d'anatomie, puis de chirurgie à l'Université-Laval et alla en Europe pour acquérir, au nom de cette institution, une bibliothèque médicale, des préparations anatomiques et les instruments de chirurgie. A son retour, le printemps suivant, il se mit ardemment aux devoirs de son professorat, et, pendant plus d'un quart de siècle, il les accomplit avec une constance qui ne faiblit jamais. Sa réputation de chirurgien était incontestée et s'étendait au loin.

Le Dr Landry était chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de la Marine. Comme clinicien il se distinguait par une clarté d'élocution et une sûreté de coup d'œil peu communes. Comme opérateur, nul n'avait la main aussi ferme et ne gardait mieux son sang froid, dans les cas les

plus difficiles. Universellement respecté, aimé et même un peu craint de ses élèves, il savait, à l'occasion leur prouver tout l'intérêt qu'il leur portait. Aussi la nouvelle de sa mort sera-t-elle reçue avec douleur par tous ceux qu'il avait formés à la science chirurgicale et qui avaient conservé pour leur vieux professeur un véritable culte de respect et de vénération.

On annonce, à Paris, la mort de M. le Dr A. Blondeau, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*. M. Blondeau a succombé à des complications gouteuses. Nos collègues du *Progrès* voudront bien agréer l'expression de notre plus vive condoléance.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

*Sixth Annual Announcement of the Fort Wayne College of Medicine. Session 1884-85.*

*International Medical Congress. Eight Session, Copenhagen, 10th to 16th August 1884. Rules and Program.*

*Transactions of the 15th Annual Meeting of the Medical Society of the State of Tennessee.*

*General Report of the Commissioner of Agriculture and Public Works of the Province of Quebec for the fiscal year ending 30th June 1883.*

Rapport du Surintendant de l'Instruction Publique de la Province de Québec pour l'année 1882-83.

Rapport du Commissaire des Terres de la Couronne de la Province de Québec pour les douze mois expirés le 30 juin 1883.—Imprimé par ordre de la Législature—1884.

## NOUVELLES MÉDICALES.

M. le Dr. Alph. Méthot a laissé St. Maurice, pour aller se fixer à Ste. Anne de la Pérade.

Nos échanges de Paris nous apprennent que M. GOSSELIN vient de donner sa démission comme professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris.

**Université Laval. Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.**—Les examens pour la licence et le doctorat ont eu lieu dans le courant du mois de juin dernier. En voici le résultat :

*Docteurs en médecine* :—MM. Thomas Brennan et J. E. Barnaud.

*Licenciés en médecine* — MM. Arthur David et Euclide Tremblay.

*Bacheliers en médecine* :— MM. N. G. Chabot, Arthur Delisle, L. N. Delorme, S. Filiatrault, W. A. Hénault, J. M. Legault, C. O. Ostigny et L. J. H. Roy.

Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

PREMIER EXAMEN :

*Chimie* :—Recherche de l'arsenic par l'appareil de Marsh. Décrivez l'appareil et expliquez les réactions qui ont lieu. Comment distinguez la tache arsenicale de la tache antimoniale.

*Anatomie* :—Circulation veineuse superficielle du membre supérieur.

*Pathologie générale* :—De la gangrène. Quelles en sont les causes? Décrivez-en les différentes espèces.

*Histologie* :—Caractères du tissu glandulaire.

*Physiologie* :—Action du foie dans la digestion.

*Hygiène* : Le climat des montagnes offre-t-il quelques avantages dans quelques maladies et pourquoi?

SECOND EXAMEN :—

*Pathologie interne* : Pneumonie.—Lésions anatomiques ; symptômes ; terminaison.

*Pathologie externe* :—Quels sont les agents ordinaires de l'étranglement des hernies? Qu'entendez-vous par collet du sac? Comment reconnaissez-vous qu'une hernie est étranglée? Dans quelle direction devez-vous débrider l'agent de l'étranglement dans la hernie inguinale? oblique?

*Tocologie* :—Décrivez la version podalique.

*Matière médicale* :—Iodure de potassium ; action physiologique ; usages.

*Ophthalmologie* :—Quelles sont les indications à remplir dans les cas de brûlure de l'œil.

*Médecine légale* :—D'où tirez-vous les preuves de la vie chez l'enfant, dans un cas d'infanticide?

*Toxicologie* :—Traitement de l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

---

NAISSANCES.

LAURENDEAU.—A St-Gabriel de Brandon, le 7 juin, la dame du Dr Albert Laurendeau, une fille.

CHOLET.—A Ste-Justine de Newton, le 30 juin, la dame du Dr H. Cholet, un fils.

---

DÉCÈS.

GABOURY.—A St Martin, Isle Jesus, le 5 juin, Dame Virginie Lavoie, épouse de Dr A. Gaboury.

MERRILL.—A Montreal, le 16 juin, Alphonse-Rodriguez, enfant du Dr G. H. Merrill.

TRUDEL.—A Montreal, le 28 juin, Joseph-Eugène-Henri, enfant du Dr F. A. Trudel.